



Protocolo Administrativo nº 581/2025

Fundamentação Legal: Lei Federal 13.019/2014 e suas alterações

Emenda Impositiva: Nº 24/2024

Termo de Fomento nº 018/2025

Celebração de Termo de Fomento. Serviços públicos voltados a saúde pública. Verba decorrente de emenda impositiva/parlamentar Nº 24/2024. Conformidade da documentação com os incisos II a V, Art. 35, Lei Federal n.º LF 13.019/14. Regularidade formal da documentação apresentada. Intervenção da Secretaria de Saúde e Comissão de Avaliação e Monitoramento para avaliar o Plano de Trabalho.

TERMO DE FOMENTO

Termo de Fomento que entre si celebram, de um lado, o **MUNICÍPIO DE PIRASSUNUNGA**, inscrito no CNPJ 45.731.650/0001-45, com sede à Rua Galício Del Nero, nº 51, Centro, neste ato representado pelo Prefeito Municipal, **FERNANDO LUBRECHET**, brasileiro, casado, professor universitário, portador da Cédula de Identidade RG nº 26.374.283-0 SSP/SP e inscrito no CPF/MF sob o nº. 190.434.078-44, residente e domiciliado na Rua Dr. Arthur Vieria de Moraes, nº 477 – Bairro Jardim Veneza II em Pirassununga-SP, denominada simplesmente de **MUNICÍPIO** e, de outro lado, a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PIRASSUNUNGA**, CNPJ 54.848.361/0001-11, localizada na Avenida Newton Prado 1883, Centro, CEP 13.631-040, na cidade de Pirassununga/SP, telefone (19) 3565-8100, e-mail adm@santacasapirassununga.com.br, neste ato representada por **SUELI SANTIAGO DOS SANTOS**, portadora do CPF 963.863.128-72, RG 9.687.654-2 SSP/SP, com endereço na Rua Sete de Setembro 1181, Vila Steola, CEP 13.634-047, na cidade de Pirassununga/SP, telefone (19) 3565-8100 ramal 8101, e-mail diretoria@santacasapirassununga.com.br, doravante designada simplesmente **ENTIDADE**, celebram o presente **Termo de Fomento nos termos da Lei Federal 13.019/2014, Plano de Trabalho em fls. 122/138** e demais normas aplicáveis, mediante as cláusulas e condições a seguir estabelecidas, ficando justo e acordado o quanto segue:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1. Investimento. Aquisição de Cadeiras de Escritório Modelo Executiva para Santa Casa de Pirassununga (ANEXO III-Orçamentos).

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO

2. São obrigações do Município:

2.1 **O repasse deverá ser realizado em até 30 dias após a data de publicação do extrato do termo de fomento no Diário Oficial do Município**, conforme manifestação da entidade em fls. 167/168 e manifestação da Secretaria Municipal de Saúde em fls.163.

2.2 Fiscalizar a aplicação dos recursos e o desenvolvimento das atividades correspondentes;

2.3 Examinar as prestações de contas dos recursos financeiros repassados à ENTIDADE.

2.4 Para eventuais ajustes ou irregularidades indicar o prazo para que a ENTIDADE adote as providências para o saneamento e o cumprimento das obrigações decorrentes deste Termo de Fomento, suspendendo quando decorrido o prazo, a seu critério, os repasses ou novas concessões de recursos financeiros;

2.5 Esgotadas as providências relativas ao inciso anterior, comunicar ao Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, no prazo máximo de 15 (quinze) dias, por meio de cópia da documentação relativa às providências adotadas para a regularização da pendência;

2.6 Autorizar, a seu critério, de forma fundamentada, eventuais solicitações de prorrogação de prazo, para a aplicação de recursos e prestação de contas, sem prejuízo da prestação de contas anual que



não poderá ultrapassar o dia 31 de janeiro do exercício seguinte à transferência dos recursos e desde que atendida a finalidade pactuada no Plano de Trabalho;

2.7 Atestar a existência de fato e do funcionamento da entidade, relativa ao período da concessão.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES DA ENTIDADE

3 São obrigações da Entidade:

3.1 Desenvolver e manter seus objetivos institucionais.

3.2 Aplicar integralmente os recursos financeiros repassados pelo Município, na prestação dos serviços objetos deste Termo de Fomento.

3.3 Apresentar mensalmente e anualmente ao Município, o relatório das atividades desenvolvidas e comprovando a aplicação dos recursos financeiros recebidos.

3.4 Prestar contas ao Município mensalmente nos termos do item 6.2 do presente termo. Ao final da vigência do fomento, conforme as instruções específicas do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, até 31 de dezembro do corrente ano dos recursos repassados preferencialmente durante o exercício, conforme item 6.3, sob pena de ficar impedida de receber quaisquer outros recursos financeiros por parte do Município.

3.5 Manter a contabilidade, os procedimentos contábeis atualizados e em boa ordem, sempre à disposição dos agentes públicos responsáveis pelo controle interno e externo de forma a garantir o acesso às informações da correta aplicação e utilização dos recursos financeiros recebidos.

3.6 Assegurar ao Município as condições necessárias ao acompanhamento, supervisão, fiscalização e avaliação da execução e dos resultados do objeto deste Termo de Fomento.

3.7 Abertura obrigatória de conta bancária exclusiva em Instituição Financeira Oficial, cujas despesas bancárias correrão por conta da ENTIDADE, para recebimento dos repasses.

3.8 A aplicação dos recursos recebidos exclusivamente para cobrir despesas de custeio.

CLÁUSULA QUARTA - DO VALOR

4.1 O valor total do presente Termo de Fomento é de **R\$ 10.000,00 (dez mil reais)**, conforme Plano de Trabalhos em fls. 122/138 e Manifestação da Secretaria Municipal de Saúde em fls.161.

4.2 As despesas decorrentes do presente pacto correrão à conta da seguinte dotação orçamentária, conforme nota de reserva orçamentária em fls.161:

12.01.00 – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

4.4.50.42 – AUXÍLIOS

10.302.1003-2.468 – CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL

FONTE 08 – EMENDAS PARLAMENTARES INDIVIDUAIS – LEGISLATIVO MUNICIPAL

CLÁUSULA QUINTA - DA VIGÊNCIA

5.1 O prazo de vigência deste Termo de Fomento será até 31/12/2025, a contar da data de assinatura.

CLÁUSULA SEXTA - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

6.1 A prestação de contas dos recursos consignados a este termo de fomento, nos termos da legislação vigente, será feita por meio de prestação de contas parcial e final, na seguinte conformidade:

6.2 A prestação de contas mensal deverá ser apresentada ao MUNICÍPIO até o décimo dia útil do mês subseqüente a prestação do serviço, ficando sujeita à aprovação, para liberação dos meses subseqüentes por meio de Relatório Circunstanciado das Atividades Desenvolvidas no período e Demonstrativo Contábil e Financeiro da Execução conforme Instrução nº 01/2024 do Tribunal de



Contas do Estado – ANEXO 10, que deverá ser instruído com os documentos abaixo comprovando que os recursos financeiros recebidos foram aplicados nas ações previstas no Plano de Trabalho anexo a este termo:

6.2.1 Cópias das notas fiscais e os demais documentos comprobatórios das despesas emitidos pelos respectivos fornecedores com indicação no conteúdo original dos documentos, inclusive nota fiscal eletrônica, com a identificação do órgão público concessor, do número do Termo de Colaboração/Fomento e os demais elementos identificadores, não sendo admitida a inserção dessas informações após a emissão do respectivo documento, nos termos do artigo 183, VII da Resolução 01/2024 do TCESP;

6.3 A Prestação de Contas Anual deverá ser apresentada até 28 de fevereiro do ano subsequente, dos recursos repassados durante o exercício anterior, sob pena de ficar impedida de receber quaisquer outros recursos financeiros por parte do Município, composto dos seguintes documentos de acordo com a Instrução nº 01/2024 do Tribunal de Contas do Estado – ANEXO 10 e conforme as orientações da Secretaria Municipal de Finanças:

6.3.1 Demonstrativo Integral das Receitas e Despesas computadas por Fonte de Recursos aplicadas ao objeto do termo de fomento, em cada quadrimestre – ANEXO 10;

6.3.2 Certidão com a manifestação expressa do Conselho Fiscal sobre a exatidão da aplicação do valor recebido no exercício;

6.3.3 Certidão contendo os nomes e CPFs dos Dirigentes e Conselheiros da ENTIDADE e respectivos períodos de atuação;

6.3.4 Relatório Anual da ENTIDADE sobre as atividades desenvolvidas com os recursos próprios e as verbas públicas repassadas;

6.3.5 Regulamento para a contratação de obras e serviços, bem como para compras com emprego de recursos financeiros repassados à ENTIDADE;

6.3.6 Conciliação Bancário do mês de Dezembro da conta corrente específica, aberta em Instituição Financeira Oficial, indicada pelo MUNICÍPIO, para movimentação dos recursos do pacto, acompanhada do respectivo Extrato Bancário;

6.3.7 Demonstrações Contábeis e Financeiras acompanhados do balancete analítico acumulado de dezembro, com indicação dos valores repassados pelo órgão concessor e a respectiva conciliação bancária acompanhada do extrato bancário, referente ao exercício em que o numerário foi recebido;

6.3.8 Publicação do Balanço Patrimonial da ENTIDADE, dos exercícios encerrado e anterior;

6.3.9 Certidão Expedida pelo Conselho Regional de Contabilidade – CRC, comprovando a habilitação do profissional responsável pelo balanço e demonstrações contábeis;

6.3.10 Declaração que evidencie se ocorreu ou não contratação de parentes inclusive por afinidade, de dirigentes da ENTIDADE ou de membros do poder público MUNICÍPIO;

6.3.11 Declaração que evidencie se ocorreu ou não contratação de empresa(s) pertencente(s) a parentes, inclusive por afinidade, de dirigentes da ENTIDADE ou de membros do poder público MUNICÍPIO;

6.3.12 Cópia da Ata de eleição da última Presidência/Diretoria;

6.3.13 Divulgar em site oficial da entidade todas as informações sobre suas atividades e resultados, em consonância com a Lei Municipal nº 5.312, de 06 de julho de 2018.

6.3.14 Exigir da ENTIDADE para os ajustes selecionados pelo Tribunal de Contas, no prazo de 10 dias, após o encerramento de cada quadrimestre do ano civil relatório sobre a execução do termo de fomento no período apresentando comparativo específico das metas propostas com os resultados quantitativos e qualitativos alcançados;

6.3.15 Relação dos contratos e respectivos aditamentos firmados com a utilização de recursos públicos administrados pela ENTIDADE para os fins estabelecidos na avença contendo tipo e número do ajuste, identificação das partes, data, objeto, vigência, valor pago no exercício e condições de pagamento;

6.3.16 Comprovante da devolução dos recursos não aplicados, quando houver;



6.3.17 Quando da conclusão, denúncia, rescisão ou extinção do termo os saldos financeiros remanescentes, inclusive os provenientes das receitas obtidas em aplicações serão devolvidos para Municipalidade no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias, do evento, sob pena de imediata instauração de tomadas de contas especial do responsável;

CLÁUSULA - SÉTIMA

DO CONTROLE E DA FISCALIZAÇÃO DE EXECUÇÃO DO TERMO DE FOMENTO

7.1 O controle e a fiscalização da execução do presente ajuste ficarão sob a responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, do Setor de Controle Interno e do Ordenador de Despesas, que ficarão responsáveis pela comunicação ao Tribunal de Contas do Estado de São Paulo no prazo de 03 (três) dias qualquer irregularidade.

CLÁUSULA OITAVA - DA RESTITUIÇÃO

8.1 A ENTIDADE se compromete a restituir, no prazo de 30 (trinta) dias, os valores repassados pelo Município, atualizados pelos índices de remuneração das cadernetas de poupança, a partir da data de seu recebimento, nas seguintes hipóteses:

8.2 Não execução do objeto com a utilização dos recursos em finalidade diversa das atividades pactuadas no Plano de Trabalho.

8.3 Não cumprimento dos dispostos na cláusula sexta do presente ajuste.

8.4 Não efetuar a devolução de recursos não utilizados até 31 de dezembro do exercício financeiro em execução, quando houver.

CLÁUSULA NONA - DA RESCISÃO E DA DENÚNCIA

9.1 Este termo de ajuste poderá, a qualquer tempo e por iniciativa de qualquer dos partícipes, ser denunciado mediante notificação prévia de 30 (trinta) dias, ressalvada a hipótese de rescisão por descumprimento de suas cláusulas ou por infração legal.

9.2 Em qualquer caso, responderá cada partícipe pelas obrigações assumidas, até a data do rompimento do acordo.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA PUBLICAÇÃO

10.1 A eficácia deste Termo de Fomento fica condicionada à publicação do respectivo extrato no órgão de Imprensa Oficial do Município

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO APOSTILAMENTO

11.1 Poderão ser promovidas alterações de natureza estritamente material ou documental no presente Termo de Fomento, mediante apostilamento, desde que não impliquem modificação do objeto, das metas, do cronograma de execução, do valor pactuado, das formas de execução, ou de demais elementos essenciais do Plano de Trabalho.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA TOMADA DE CONTAS ESPECIAL

12.1 A Administração Pública poderá instaurar tomada de contas especial a qualquer tempo, quando houver indícios de supostas irregularidades.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO FORO

13.1 Fica eleito o foro da Comarca de Pirassununga para dirimir quaisquer questões resultantes da execução deste Termo de Fomento.



E por estarem de acordo com as cláusulas e condições ajustadas, firmam o presente Termo de Fomento, na presença das testemunhas abaixo assinadas.

Pirassununga, _____ de _____ de 2025.

FERNANDO LUBRECHET PREFEITO MUNICIPAL	IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PIRASSUNUNGA CNPJ 54.848.361/0001-11 SUELI SANTIAGO DOS SANTOS CPF 963.863.128-72

SOLANGE APARECIDA MARTINS
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CPF 031.781.808-26

Testemunhas:

DAVIDSON DIEGO FIORELLI
CPF 353.807.828-92

NAYARA ALBERTI LOURENÇO DA COSTA
CPF 390.199.198-06



**CADASTRO DO RESPONSÁVEL ÓRGÃO OU ENTIDADE: PREFEITURA MUNICIPAL DE
PIRASSUNUNGA**

Nome	FERNANDO LUBRECHET
Cargo	PREFEITO MUNICIPAL
CPF nº	190.434.078-44
Período de gestão	01/01/2025 À 31/12/2028

As informações pessoais do responsável esta cadastrada no módulo eletrônico do Cadastro TCESP, conforme previsto no Artigo 2º das Instruções nº01/2024, conforme “Declaração de Atualização Cadastral” ora anexada.

FERNANDO LUBRECHET
Prefeito Municipal
prefeito@pirassununga.sp.gov.br



TERMO DE CIÊNCIA E NOTIFICAÇÃO COM O TERCEIRO SETOR

Protocolo Administrativo nº 581/2025
Fundamentação Legal: Lei Federal 13.019/2014 e suas alterações
Emenda Impositiva: Nº 24/2024
Termo de Fomento nº 018/2025

Órgão Público: Prefeitura Municipal de Pirassununga/SP
Entidade: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PIRASSUNUNGA

OBJETO: Investimento. Aquisição de Cadeiras de Escritório Modelo Executiva para Santa Casa de Pirassununga (ANEXO III-Orçamentos).

Valor: R\$ 10.000,00 (dez mil reais).

Exercício: 2025.

Advogados Município: Dr. Valter Tadeu Camargo de Castro – OAB/SP 83.082; Dr. Caio Vinícius Peres e Silva – OAB/SP 214.257; Dra. Érica Regina Pianca – OAB/SP 206.780 e Dr. Cleber Botazini de Souza – OAB/SP 319.544; Dr. Fábio Henrique Zan – OAB/SP 214.302; Dr. Rodrigo de Azevedo Leonel – OAB/SP 496.127; Dr. Tiago Alberto Freitas Varisi – OAB/SP 422.843

Estamos CIENTES de que:

- a) O ajuste acima referido e seus aditamentos / o processo de prestação de contas estará sujeito a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
- b) Poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, conforme dados abaixo indicados, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;
- c) Além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;
- d) As informações pessoais do(s) responsável(is) pelo órgão concessor, entidade beneficiária e interessados, estão cadastradas no módulo eletrônico do “Cadastro Corporativo

TCESP – CadTCESP”, nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº 01/2024, Conforme Declaração(ões) de Atualização Cadastral anexa (s).

Damo-nos por NOTIFICADOS para:

- a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e conseqüente publicação;
- b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

Pirassununga, _____ de _____ de 2025.



AUTORIDADE MÁXIMA, ORDENADOR DE DESPESA DO ÓRGÃO PÚBLICO PARCEIRO E RESPONSÁVEIS QUE ASSINARAM O AJUSTE E/OU PARECER CONCLUSIVO PELO ÓRGÃO PÚBLICO PARCEIRO:

Nome: **FERNANDO LUBRECHET**

Cargo: Prefeito Municipal

CPF: 190.434.078-44

Assinatura: _____

AUTORIDADE MÁXIMA DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA E RESPONSÁVEIS QUE ASSINARAM O AJUSTE E/OU PRESTAÇÃO DE CONTAS PELA ENTIDADE PARCEIRA:

Nome: **SUELI SANTIAGO DOS SANTOS**

CPF: 963.863.128-72

Assinatura: _____

DEMAIS RESPONSÁVEIS:

Tipo de ato sob sua responsabilidade: **Acompanhamento Processual**

Nome: **TIAGO ALBERTO FREITAS VARISI**

Cargo: Procurador Geral

CPF: 279.150.988-70

ASSINATURA: _____

SOLANGE APARECIDA MARTINS

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CPF 031.781.808-26

ASSINATURA: _____



DECLARAÇÃO DE DOCUMENTOS À DISPOSIÇÃO DO TCE-SP

ÓRGÃO PÚBLICO: PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRASSUNUNGA

CNPJ Nº: 45.731.650/0001-45

ENTIDADE: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PIRASSUNUNGA

CNPJ Nº: 54.848.361/0001-11

PROTOCOLO ADM. Nº 581/2025

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL: Lei Federal 13.019/2014 e suas alterações

TERMO DE FOMENTO Nº 018/2025

OBJETO: Investimento. Aquisição de Cadeiras de Escritório Modelo Executiva para Santa Casa de Pirassununga (ANEXO III-Orçamentos).

Valor: R\$ 10.000,00 (dez mil reais).

Declaro, na qualidade de responsável pela entidade supra epigrafada, sob as penas da Lei, que os demais documentos originais, atinentes à correspondente licitação, encontram-se no respectivo processo administrativo arquivado na origem à disposição do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, e serão remetidos quando requisitados.

Pirassununga, ____ de _____ de 2025.

FERNANDO LUBRECHET

Prefeito Municipal



TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO

Declaração de Atualização Cadastral

Eu, **FERNANDO LUBRECHET**, CPF **190.434.078-44**, atesto que na data de **10/01/2025 às 10:09:41** minhas informações pessoais perante este Tribunal encontram-se atualizadas no sistema Cadastro TCESP, constando os seguintes dados:

- Nome Completo;
- CPF;
- RG;
- Data de Nascimento;
- E-mail institucional;
- E-mail pessoal;
- Telefone Celular
- Endereço Residencial.

Atesto também que o endereço de e-mail **prefeito@pirassununga.sp.gov.br**, indicado como endereço principal no Cadastro TCESP, é o endereço de contato com o Tribunal, e que é minha responsabilidade mantê-lo atualizado no caso de qualquer alteração.

Código de autenticidade dos dados prestados no Cadastro TCESP:

C4D4D373CEEF43E2128945AE536B8B30D9D97386753D4A91E96DEC4B5C

Esta declaração foi certificada e sua autenticidade é garantida pela chave

0095caf2-88f1-48c6-84e4-ce9c10b6e32b

Para conferência, acesse <https://www4.tce.sp.gov.br/verificacao-documentos>
e insira a chave acima, ou acesse pelo QR Code apresentado ao lado.





TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO

Declaração de Atualização Cadastral

Eu, **TIAGO ALBERTO FREITAS VARISI**, CPF **279.150.988-70**, atesto que na data de **14/01/2025 às 12:00:19** minhas informações pessoais perante este Tribunal encontram-se atualizadas no sistema Cadastro TCESP, constando os seguintes dados:

- Nome Completo;
- CPF;
- RG;
- Data de Nascimento;
- E-mail institucional;
- E-mail pessoal;
- Telefone Celular
- Endereço Residencial.

Atesto também que o endereço de e-mail **tiago.varisi@adv.oabsp.org.br**, indicado como endereço principal no Cadastro TCESP, é o endereço de contato com o Tribunal, e que é minha responsabilidade mantê-lo atualizado no caso de qualquer alteração.

Código de autenticidade dos dados prestados no Cadastro TCESP:

E7AF6AF7D4E6ECDD3A9B11531F04D2893701A4F4D9AFEF05FCED937249

Esta declaração foi certificada e sua autenticidade é garantida pela chave

ecb534da-ed41-4fc0-86cb-744e50bf9bcd

Para conferência, acesse <https://www4.tce.sp.gov.br/verificacao-documentos> e insira a chave acima, ou acesse pelo QR Code apresentado ao lado.





TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO

Declaração de Atualização Cadastral

Eu, **SOLANGE APARECIDA MARTINS**, CPF **031.781.808-26**, atesto que na data de **15/04/2025** às **10:52:34** minhas informações pessoais perante este Tribunal encontram-se atualizadas no sistema Cadastro TCESP, constando os seguintes dados:

- Nome Completo;
- CPF;
- RG;
- Data de Nascimento;
- E-mail institucional;
- E-mail pessoal;
- Telefone Celular
- Endereço Residencial.

Atesto também que o endereço de e-mail **saude.solange@pirassununga.sp.gov.br**, indicado como endereço principal no Cadastro TCESP, é o endereço de contato com o Tribunal, e que é minha responsabilidade mantê-lo atualizado no caso de qualquer alteração.

Código de autenticidade dos dados prestados no Cadastro TCESP:

723B4AD7227AE98CF4A5AC5382A55B32FF179E1F34C130A19F0C3446C0

Esta declaração foi certificada e sua autenticidade é garantida pela chave

0869c111-1517-40d8-9694-1f2675360bb4

Para conferência, acesse <https://www4.tce.sp.gov.br/verificacao-documentos>
e insira a chave acima, ou acesse pelo QR Code apresentado ao lado.





**ANEXO ÚNICO – PLANO DE TRABALHO
PROTOCOLO 581/2025 – FLS. 122 à 138**

**Protocolo Administrativo nº 581/2025
Fundamentação Legal: Lei Federal 13.019/2014 e suas alterações
Emenda Impositiva: Nº 24/2024
Termo de Fomento nº 018/2025**

**Órgão Público: Prefeitura Municipal de Pirassununga/SP
Entidade: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PIRASSUNUNGA**

OBJETO: Investimento. Aquisição de Cadeiras de Escritório Modelo Executiva para Santa Casa de Pirassununga (ANEXO III-Orçamentos).

Valor: R\$ 10.000,00 (dez mil reais).

Exercício: 2025.

Advogados Município: Dr. Valter Tadeu Camargo de Castro – OAB/SP 83.082; Dr. Caio Vinicius Peres e Silva – OAB/SP 214.257; Dra. Érica Regina Pianca – OAB/SP 206.780 e Dr. Cleber Botazini de Souza – OAB/SP 319.544; Dr. Fábio Henrique Zan – OAB/SP 214.302; Dr. Rodrigo de Azevedo Leonel – OAB/SP 496.127; Dr. Tiago Alberto Freitas Varisi – OAB/SP 422.843



santa casa de misericórdia de pirassununga

IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PIRASSUNUNGA

PLANO DE TRABALHO EMENDA Nº 24/2024 VEREADOR CARLOS LUIZ DE DEUS “CARLINHOS DE DEUS” VALOR R\$ 10.000,00

PROTOCOLO Nº 581/2025

- 2025 -



santa casa de misericórdia de pirassununga

PLANO DE TRABALHO
Emenda Impositiva Municipal nº 24/2024
Valor R\$ 10.000,00

I – IDENTIFICAÇÃO DO PROPONENTE

CNPJ 54.848.361/0001-11	Denominação conforme contido no Cartão do CNPJ IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISER. DE PIRASSUNUNGA		Exercício 2025	
Endereço AVENIDA NEWTON PRADO, 1.883 – CENTRO – CEP. 13.631-040				
Município PIRASSUNUNGA		Caixa Postal -	CEP 13.631-040	UF SP
DDD 19	Fone 3565-8100	FAX 3561-7096	E-mail adm@santacasapirassununga.com.br	
Nº do Registro no Cnes 2785382			Cnas – Registro/Data 5.565/38 / 15/09/1938	

Conta Corrente

Banco	Agência	Conta Corrente	Praça de Pagamento

II – IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS LEGAIS DO PROPONENTE

Nome Completo Sueli Santiago dos Santos		CPF 963.863.128-72		
Cargo ou Função Provedora	Data da Posse 10/06/2024	Nº do RG 9.687.654-2	Órgão Expedidor SSP/SP	Data 08/04/2022
Endereço Residencial Completo Rua 7 de Setembro, nº 1181 – Vila Steola				
Município Pirassununga		CEP 13.634-047	UF SP	
Fone 19 – 3565-8100 – Ramal 8131		E-mail diretoria@santacasapirassununga.com.br		

Nome Completo Marcelo Martinelli Miguel		CPF 330.276.298-40		
Cargo ou Função Diretor Técnico	Nº do RG 34.999.377-4	Órgão Expedidor SSP/SP	Data 18/07/1996	
Fone 19 – 3565.8100 – Ramal 8131		E-mail marcelomartinelli@msn.com		

III – QUALIFICAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO**DADOS DO VEREADOR MUNICIPAL**

Nome: CARLOS LUIZ DE DEUS “Carlinhos de Deus” **Partido:** MDB
Nº da Emenda: 24/2024 **Tipo de Emenda:** Impositiva **Valor:** R\$ 10.000,00

DADOS DA PROPOSTA

Tipo de Proposta: Emenda Impositiva nº 24/2024
Ano da Proposta: 2024 **Valor:** R\$ 10.000,00
Nº da Lei: 6483 **Data da Lei:** 10/01/2025

Objeto	Descrição do Objeto
INVESTIMENTO	- Aquisição de Cadeiras de Escritório Modelo Executiva para Santa Casa de Pirassununga (ANEXO III-Orçamentos)

Objetivo

Utilizar o recurso da Emenda Impositiva nº 24/2024 para aquisição de Cadeiras de escritório, objeto desse Plano de Trabalho, necessárias aos setores da Santa Casa que estão com cadeiras sem condições de uso.

Justificativa da Proposição

A Santa Casa de Pirassununga, único hospital da cidade, é um serviço essencial, que atende a toda a população de Pirassununga, é organizada em setores Administrativo, Assistencial e de Apoio;

A falta de recursos para a substituição adequada de seu mobiliário, conforme o desgaste pelo tempo de uso acabou por chegar ao ponto de haver pouquíssimas cadeiras de escritório que esteja em condições adequadas de uso, tanto as da área assistencial, quanto da recepção, portaria e toda a área administrativa.

Essa condição de trabalho compromete a saúde do trabalhador, que uma vez sanada resulta em maior produtividade, melhoria da qualidade de vida no trabalho, diminuição do absenteísmo por motivos médico-assistenciais e o aumento do comprometimento e satisfação dos colaboradores.

Assim, esse recurso proporcionará a necessária condição para a substituição de parte dessas cadeiras, que são necessárias ao atendimento à demanda de serviços, com as condições seguras de trabalho.

População Beneficiada: 73.545 habitantes

Compreendendo usuários do Sistema Único de Saúde – SUS em internação hospitalar.

IV – METAS A SEREM ATINGIDAS

Manter a taxa de alcance da produção conveniada de internações para maior ou igual a 85% do total de 180 internações hospitalares/mês

Ações para Alcance: Disponibilizar e programar/realizar as manutenções preventivas no mobiliário com a finalidade de zelar e preservar o tempo de vida útil das cadeiras de escritório, garantindo as condições de trabalho adequadas à equipe.

Situação Atual: Contratualização Atual com a Secretaria Municipal de Saúde de 180 internações hospitalares/mês, com produção já no primeiro mês do Convênio de 101%. Condições de trabalho com certo comprometimento, devido à condição ergonômica gerada pelas cadeiras que estão todas em péssimas condições de uso.

Situação Pretendida: Manter a taxa de alcance da produção conveniada para maior ou igual a 85% do total de 180 internações hospitalares/mês com a regularidade do funcionamento dos aparelhos de ar condicionado e disponibilização dos leitos.

Indicador de Resultado: Produção Efetiva do agrupamento x 100 / Quantidade pactuada do agrupamento.

Fonte: Relatório SIH (Sistema de Informação Hospitalar) Monitoramento Mensal e Avaliação trimestral.

Meta Qualitativa

Garantir a qualidade e segurança da assistência prestada a 100% da demanda de pacientes clínicos com tempo médio de permanência igual ou menor que 07 dias.

Ações para Alcance: Acompanhar o desempenho da manutenção preventiva do mobiliário, a fim de preservar a condição de trabalho dos colaboradores.

Situação Atual: A equipe técnica e administrativa trabalhando sem as condições ergonômicas adequadas devido a situação em que se encontram as cadeiras.

Situação Pretendida: Garantir as condições adequadas de trabalho à equipe e oferecer uma prestação de serviço adequada aos pacientes.

Indicador de Resultado: Manter o tempo médio de permanência nas especialidades Clínica e Cirúrgica igual ou menor que 7,0 dias para uma média mensal 180 pacientes/mês. Número de pacientes no mês / Total de pacientes com saída no mesmo período.

Monitoramento Mensal e Avaliação trimestral com equipe multidisciplinar.

V - ETAPAS OU FASES DE EXECUÇÃO

Ordem	Etapa	Duração	Descrição
1.	ORÇAMENTOS	Apresentação no ato do protocolo do Plano de Trabalho	Apresentação dos orçamentos para aquisição das cadeiras de escritório para os funcionários
2.	AQUISIÇÃO DO MOBILIÁRIO	245 Dias	Efetivar a aquisição das Cadeiras para os Setores da Santa Casa.
3.	RECEBIMENTO E DISPONIBILIZAÇÃO DO MOBILIÁRIO	245 Dias	Recebimento, conferência e disponibilização das cadeiras aos funcionários dos Setores.
4.	PAGAMENTOS DAS COMPRAS	245 Dias	Efetuar os pagamentos conforme prazos estabelecidos em Nota Fiscal/Fatura.
5.	PRESTAÇÃO DE CONTAS	30 Dias	Prestar Contas dos Itens adquiridos e cumprimento de Metas.

ANEXO III - ORÇAMENTOS

VI – PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS

Ordem	Natureza	Tipo de Objeto	Aplicação	Proponente	%	Concedente	%
1.	CUSTEIO	Aquisição de Mobiliário: Cadeiras de escritório giratórias modelo Executiva, Ergonômicas-NR 17 sem braços	Aquisição das Cadeiras de Escritório para os Setores da Sta. Casa	R\$ 0,00	0%	R\$ 10.000,00	100,00%

VII – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

O repasse deverá ser realizado em até 05 dias da data de assinatura do Termo de Convênio.

Nº da Parcela	Valor	%	Concedente	%	Total do Desembolso
Única	R\$ 10.000,00	100%	R\$ 10.000,00	100,00%	R\$ 10.000,00

VIII - PREVISÃO DE EXECUÇÃO

INÍCIO: Data de assinatura do Termo de Convênio

TÉRMINO: 31/12/2025

IX - DECLARAÇÃO

Na qualidade de Provedora, eleita conforme Ata de Eleição e Posse datada de 10/06/2024 com Protocolo de Registro e Microfilme nº 6176 de 08/10/2024, DECLARO a existência de débitos junto ao Tesouro ou órgão da Administração Pública, informando que todos encontram-se em fase de parcelamento ou negociação, e ainda, que referidos débitos não impedem a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas nos orçamentos deste Poder, na forma deste Plano de Trabalho.

Pirassununga, 02 de Abril de 2025.

SUELI SANTIAGO DOS SANTOS:96386312872 Digitally signed by SUELI SANTIAGO
DOS SANTOS:96386312872
Date: 2025.04.04 09:52:41 -03'00'

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PIRASSUNUNGA
Sueli Santiago dos Santos
Provedora

- ANEXO I -

METAS QUANTITATIVAS MENSAIS

AMBULATORIAL (SIA)

Exames / Procedimentos Ambulatoriais

Atendimento Ambulatorial	Qtde.Média Mensal	Valor Unitário	Valor Médio Mensal FONTE V	Valor Total Período Janeiro a Julho/2025
Endoscopia Digestiva	3	R\$ 250,00	R\$ 750,00	R\$ 5.250,00
Laboratório	5499	R\$ 4,73	R\$ 26.010,27	R\$ 182.071,89
Radiologia	1840	R\$ 8,18	R\$ 15.051,20	R\$ 105.358,40
Ultrassonografia	120	R\$ 29,75	R\$ 3.570,00	R\$ 24.990,00
Tomografia Computadorizada	430	R\$ 147,63	R\$ 63.480,90	R\$ 444.366,30
Eletrocardiograma	250	R\$ 7,75	R\$ 1.937,50	R\$ 13.562,50
Tocardiografia	69	R\$ 7,75	R\$ 534,75	R\$ 3.743,25
Adm. de Medicamentos	2602	R\$ 3,50	R\$ 9.107,00	R\$ 63.749,00
Retirada de Corpo Estranho	50	R\$ 63,00	R\$ 3.150,00	R\$ 22.050,00
Serviço de Alta Complexidade:	28	R\$ 368,75	R\$ 10.325,00	R\$ 72.275,00
Valor Total			R\$133.916,62	R\$ 937.416,34

Ambulatório Pós Cirúrgico – ORTOPEDIA

Retorno de Cirurgias de Urgência/ Emergência/ Eletiva		
Consultas – Valor R\$ 50,00 – Por Produção		
Especialidade	Número de Consultas/Mês	Valor/Mês
Ortopedia	100	R\$ 5.000,00
Total	100	R\$ 5.000,00

INTERNAÇÕES (SIH)

INTERNAÇÕES - 2025							
INTERNAÇÃO	CARACTERÍSTICA	FONTE I		FONTE V		VALOR TOTAL/MÊS	
		Qtde.	Valor	Qrde.	Valor	Qtde	Valor
CIRÚRGICA	URGÊNCIA	20	R\$ 36.022,80	22	R\$ 39.625,08	42	R\$ 75.647,88
	ELETIVA	1	R\$ 1.801,14	2	R\$ 3.602,28	3	R\$ 5.403,42
CLÍNICO	ADULTO	50	R\$ 90.057,00	40	R\$ 72.045,60	90	R\$ 162.102,60
	PEDIÁTRICO	6	R\$ 10.806,84	6	R\$ 10.806,84	12	R\$ 21.613,68
OBSTÉTRICA	PARTO NORMAL	11	R\$ 19.812,54	9	R\$ 16.210,26	20	R\$ 36.022,80
	CESAREANA	7	R\$ 12.607,98	6	R\$ 10.806,84	13	R\$ 23.414,82
TOTAL		95	R\$ 171.108,30	85	R\$ 153.096,90	180	R\$ 324.205,20

CIRURGIAS ELETIVAS

Especialidade	Cirurgias Eletivas/Mês	
	FONTE I	FONTE V
Cirurgia Geral	1	-
Ginecologia	-	1
Ortopedia	-	1
Total	1	2

SUELI SANTIAGO DOS SANTOS:96386312872 Digitally signed by SUELI SANTIAGO
DOS SANTOS:96386312872
Date: 2025.04.04 09:53:09 -03'00'

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PIRASSUNUNGA
Sueli Santiago dos Santos
Provedora

- ANEXO II -

METAS QUALITATIVAS

a) Apresentar e encaminhar ao Gestor Local os seguintes relatórios MENSAIS:

Observação: Poderão ser formulados outros indicadores a serem monitorados, além dos dispostos neste ajuste, de acordo com a necessidade da gestão municipal.

a.1)- Relatórios de Gestão:

1. Revisão de óbito:

Indicador: Relatório da Comissão de Revisão de óbitos com análise dos óbitos por faixa etária e medidas adotadas.

2. Relatório de CCIH(Controle de Infecção Hospitalar):

Indicador: Relatório da CCIH com análise das ocorrências do período e das medidas adotadas (centro cirúrgico, UTI, berçário patológico, etc.).

3. Taxa de ocupação hospitalar:

Indicador: Relação percentual entre o número de pacientes dia e o número de leitos dia em determinado período, porém considerando- se para o calculo dos leitos dia no denominador os leitos instalados e constantes do cadastro do hospital, incluindo os leitos bloqueados e excluindo os leitos extras.

4. Taxa de ocupação operacional:

Indicador: Relação percentual entre o número de pacientes dia e o número de leitos dia em determinado período.

5. Tempo médio de permanência:

Indicador: Relação entre o total de pacientes dia e o total de pacientes que tiveram saída do hospital em determinado período, incluindo os óbitos. Representa o tempo médio em dias que os pacientes ficaram internados no hospital.

6. Tempo médio de permanência para leitos cirúrgicos:

Indicador: Relação entre o total de pacientes/dia internados.

7. Taxa de mortalidade hospitalar:

Indicador: relação percentual entre o número de óbitos ocorridos em pacientes internados e o número de pacientes que tiveram saída do hospital, em determinado período. Mede a proporção dos pacientes que morreram durante a internação hospitalar.

8. Taxa de ocupação de leitos de UTI.

9. Taxa de mortalidade institucional:

Indicador: Relação percentual entre o número de óbitos ocorridos em pacientes após 24 horas de internação e o número de pacientes que tiveram saída do hospital, em determinado período. Mede a mortalidade ocorrida até 24 horas após a internação hospitalar.

-
10. **Densidade de incidência de infecção por cateter venoso central (CVC).**
 11. **Média de pacientes/dia:**
Indicador: Relação entre o número de pacientes dia e o número de dias, em determinado período. Representa o número médio de pacientes em um hospital.
 12. **Assegurar a alta hospitalar responsável, conforme estabelecido na PNHOSP.**
Indicador: Fornecimento de orientações aos pacientes e familiares quanto a continuidade do tratamento, mediante protocolo.
 13. **Manter os dados do CNES atualizados, em especial dos serviços, equipamentos e recursos humanos.** A entidade se compromete a encaminhar **quadrimestralmente** ao Gestor local o relatório do período com relato resumido das alterações, inclusões e exclusões ocorridas no período.
Indicador: Relatório do CNES.
 14. **Apresentar no mínimo 95% das altas hospitalares, no faturamento hospitalar ao SUS na própria competência, ou seja, no mês subsequente.**
Indicador: Relatório do SIHD.
 15. **Apresentar, no mínimo, 95% dos tratamentos ocorridos no mês juntamente com o faturamento do SIA, da competência do ato.**
Indicador: Relatório do SIA.

a.2)- Indicadores de Qualidade:

1. **Taxa de infecção hospitalar.**
Indicador: Nº de Infecção ocorridas no período / Nº de altas no mesmo Período X 100.
2. **Taxa de mortalidade por anestesia.**
Indicador: Nº de óbitos por anestesia em determinado período / Total anestésias no mesmo período X 100.
3. **Taxa de mortalidade operatória.**
Indicador: Nº de óbitos ocorridos durante o ato cirúrgico no período / Total de atos cirúrgicos no mesmo período X 100.
4. **Taxa de mortalidade pós-operatória.**
Indicador: Nº de óbitos pós-operatórios em determinado no período / Total de atos cirúrgicos no mesmo período X 100.
5. **Taxa de mortalidade materna hospitalar;**
Indicador: nº de óbitos de obstetrícia durante determinado período / Nº de pacientes de obstetrícia saídos no mesmo período X 100.
6. **Taxa de mortalidade neonatal hospitalar.**
Indicador: Nº de óbitos em menores de 28 dias ocorridos em determinado período, no hospital / Nº de nascidos vivos no mesmo período X 100.

7. Taxa de mortalidade fetal.

Indicador: Nº de óbitos fetais ocorridos em determinado período, no hospital / Nº de nascidos vivos no mesmo período X 100.

8. Taxa de internação em >65 anos por Infecção Respiratória.

Indicador: Nº de pacientes >65 anos internados por Infecção Respiratória em determinado período / Nº de pacientes internados por Infecção Respiratória no mesmo período X 100.

9. Taxa de mortalidade em >65.

Indicador: Nº de óbitos em pacientes >65 anos internados em determinado período / Nº de pacientes internados no mesmo período X 100.

10. Taxa de reinternação.

Indicador: Nº de reinternação após 03 dias da alta hospitalar/ Nº de altas (cura ou melhorado + transferidos + óbito) no mesmo período X 100.

a.3)- Participação nas Políticas Prioritárias do SUS:

a.3.1) - HUMANIZA SUS:

1. Implantar sistema de avaliação de satisfação do usuário internado e ambulatorial conforme preconizado no Programa Nacional de Humanização.

Indicador: relatório com o resultado da pesquisa.

2. Garantir aos usuários internados, especialmente os idosos, gestantes, crianças e adolescentes e deficientes Físicos o direito a acompanhante 24 (vinte e quatro) horas por dia.

3. Garantir o direito de crianças e adolescentes de brincar, oferecendo brinquedoteca.

a.3.2) - Atenção à Saúde Materno-infantil:

1. Desenvolver política de incentivo ao aleitamento materno.

Indicador: Apresentar relatório com número de partos e parturientes orientadas.

2. Efetuar avaliação de anóxia neonatal

Indicador: Apresentar prontuários com fichas de registro de apgar.

3. Efetuar controle da taxa de parto cirúrgico SUS.

Indicador: Apresentar relatório com número total de partos, partos normais e partos cirúrgicos no mesmo período.

4. Participar efetivamente do Comitê de Mortalidade Materna e Neonatal da Vigilância Epidemiológica Municipal.

Indicador: Apresentar relatório com razão de mortalidade materna e taxa de mortalidade neonatal.

5. Efetuar vacinação Hepatite B.

Indicador: Apresentar relatório com número total de nascimentos e RNs vacinados no mesmo período.

6. Encaminhar para a Rede Municipal ou APAE:
 - BCG: **Indicador:** Apresentar relatório com número total de nascimentos e RNs encaminhados para Rede Municipal (CEM).
 - TESTE DO PEZINHO SUS – APAE: **Indicador:** Apresentar relatório com número total de nascimentos e RNs encaminhados para APAE.
 - TESTE DA ORELHINHA SUS – CEM: **Indicador:** Apresentar relatório com número total de nascimentos e RNs encaminhados para o CEM.
 - TESTE DO OLHINHO SUS – CEM: **Indicador:** Apresentar relatório com número total de nascimentos e RNs encaminhados para o CEM.
7. Proporção de recém-nascidos com baixo peso ao nascer – faixas <750g, 750g a 1.499g, 1.500g a 2.499g.
Indicador: Nº de recém-nascidos com peso ao nascer nas faixas de <750g, 750 a 1.499g, 1.500 a 2.499g em um determinado período e local de residência / Nº total de recém nascidos no mesmo período e local X 100.
8. Proporção de recém-nascidos prematuros.
Indicador: Nº de recém-nascidos com idade gestacional ao nascer < 37 semanas em um dado período e local de residência / Nº total de recém-nascidos no mesmo período e local X 100.
9. Proporção de recém-nascidos filhos de mães adolescentes.
Indicador: Nº de recém-nascidos filhos de mães com idade <16 em dado período e local de residência / Nº total de recém- nascidos no mesmo período e local X 100.
10. Proporção de cesáreas em primíparas.
Indicador: Apresentar relatório com número total de cesáreas X cesáreas em primíparas.

a.3.3) - HIV-DST-AIDS:

1. Realizar teste rápido para HIV e parturientes que não apresentem teste HIV no pré-natal.
Indicador: Apresentar relatório com número total de partos e teste de HIV no leito.
2. Realizar exames VDRL e TPHA confirmatório, conforme Portaria 2.104/2002.
Indicador: Realizar notificação compulsória de sífilis congênita, de gestantes HIV+ e de crianças expostas;
3. Disponibilizar administração do AZT xarope na maternidade para RN filhos de mães soropositivas para HIV, diagnosticadas no pré-natal ou na hora do parto, garantindo-se que a primeira dose seja administrada, ainda na sala de parto.
Indicador: Apresentar registro específico em prontuário.

b) Apresentar e encaminhar ao Gestor, os seguintes relatórios trimestrais:

- 1. Revisão de Prontuário:** Relatório contendo itens relacionados à organização dos prontuários e a qualidade dos registros.
- 2. Ética Médica:** Ata de reunião específica, no período.
- 3. Comissão de Óbito:** Ata da reunião específica, no período.

c) GESTÃO HOSPITALAR

Apresentar os aspectos centrais da gestão e dos mecanismos de gerenciamento e acompanhamento das metas físicas e de qualidade acordadas entre instituição e gestor e que deverá conter:

1. Equipe de monitoramento e acompanhamento do Convênio/Plano Operativo, cuja indicação será formalizada por meio de ofício.
Indicador: Relatório Gerencial Mensal.
2. Encaminhamento de todas as informações ou relatórios solicitados e pactuados neste plano operativo, nos prazos fixados, devendo ainda participar das reuniões de avaliação na SMS/SES.
3. Apresentação anual das licenças /alvarás da Vigilância Sanitária ou o protocolo de renovação.
4. Elaboração de planejamento hospitalar em conjunto com a equipe multiprofissional visando às metas setoriais específicas para cada área de atuação, promovendo ou permitindo a participação de técnicos ou dirigentes em cursos de capacitações e treinamentos que possam contribuir com a melhoria do funcionamento da instituição.
5. Aplicação de ferramentas gerenciais que induzam à horizontalização da gestão, à qualificação gerencial e ao enfrentamento das questões corporativas, incluindo rotinas técnicas e operacionais, sistema de informação e avaliação de satisfação do usuário.
6. Gestão administrativo-financeira que agregue transparência ao processo gerencial da instituição, inclusive com a abertura de planilhas financeiras para acompanhamento da CONVENENTE, garantindo equilíbrio econômico do convenio firmado e regularidade de pagamento integral e a termo da contraprestação.
7. Garantia da aplicação integral na Unidade hospitalar dos recursos financeiros de custeio e de investimento provenientes do SUS.

SUELI SANTIAGO DOS SANTOS:96386312872 Digitally signed by SUELI SANTIAGO
DOS SANTOS:96386312872
Date: 2025.04.04 09:56:00 -03'00'

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PIRASSUNUNGA

Sueli Santiago dos Santos

Provedora

- ANEXO III -

ORÇAMENTOS

CADEIRA DE ESCRITÓRIO MODELO EXECUTIVA, GIRATÓRIA, ERGONOMICA NR17 SEM BRAÇOS REGULÁVEIS VTR			
EMPRESA	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
PAULO TADEU FERREIRA & CIA. LTDA-ME (PIRAMÓVEIS) CNPJ 64.998.032/0001-00	25	R\$ 399,00	R\$ 9.975,00
CASA FACURI CNPJ 72.729.791/0001-04	25	R\$ 400,00	R\$ 10.000,00
GRANMEDICA DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS PARA SAÚDE CNPJ 37.531.583/0001-97	25	R\$ 450,00	R\$ 11.250,00

SUELI SANTIAGO DOS SANTOS:96386312872 Digitally signed by SUELI SANTIAGO
DOS SANTOS:96386312872
Date: 2025.04.04 09:56:20 -03'00'

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PIRASSUNUNGA
Sueli Santiago dos Santos
Provedora

PIRAMÓVEIS

PAULO TADEU FERREIRA & CIA LTDA –ME.

CNPJ: 64.998.032/0001-00 - INSC. EST.: 536.017.413 – 118

Pirassununga, 28 de Março de 2025.

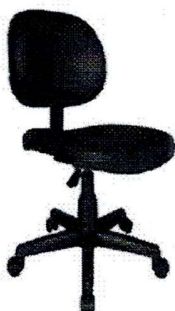
Para:-

Santa Casa de Pirassununga

Conforme solicitação de Vossa Senhoria, estamos encaminhando nossa proposta para o fornecimento das cadeiras abaixo discriminadas:-

25 – Cadeiras giratória modelo **Executiva** sem braços, assento e encosto de espuma injetada e revestida em corino preto.

R\$ 399,00 – 9.975,00 (nove mil, novecentos e setenta e cinco reais)



CONDIÇÕES GERAIS:

Prazo de entrega: 10 dias úteis

Validade da proposta: 10 Dias.

Avenida Painguas, 101 – Jardim Urupês – Pirassununga/SP.

CEP: 13.630 – 250 / Fone: (19)3561-5108 – 98822-9739


CASA FACURI
DESDE 1942

A/C: LEANDRO SCMP

DATA ORÇADA: 28/03/2025

VALIDADE: 30 DIAS.

PRODUTOS:

QUANTIDADE:	DESCRIÇÃO:	VALOR UNITÁRIO:	TOTAL:
25	CADEIRA GIRATÓRIA EXECUTIVA COURINO GOMADA COM BACK SYSTEM SEM BRAÇOS	400,00	10.000,00

SUBTOTAL

10.000,00

CONDIÇÕES DE PAGAMENTO: À VISTA

PRAZO DE ENTREGA: 15 DIAS APÓS APROVAÇÃO

RESPONSÁVEL: ALBINO/HÉZIO.

CNPJ: 72.729.791/0001-04 | CEP: 13.630-140 | IE: 536.023.316.115

Rua XV de novembro, 1171 – Centro | Pirassununga-SP

019 9 9971 8080 | 019 3561 3489 | casafacuri@hotmail.com



GRANMEDICA DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS PARA SAUDE
CNPJ: 37.531.583/0001-97 INSC. EST. 107984156
APARECIDA DE GOIÂNIA - GO

PROPOSTA COMECIAL

Aparecida de Goiania 28 de março de 2025

PRODUTO	UNIDADES	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL
CADEIRA EXECUTIVA GIRATORIA SEM BRAÇO EM COURVIN	25	R\$ 450,00	R\$ 11.250,00

CLIENTE: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Pirassununga

NOME/RAZÃO SOCIAL: 54.848.361/0001-11

ENDEREÇO: Pirassununga SP

VALOR DA PROPOSTA: R\$ 11.250,00

VALIDADE DA PROPOSTA: 15/03/2025

CONDIÇÃO DE PAGAMENTO: 30 Dias - via depósito/boleto

ENTREGA: CIF (por conta do remetente)

DADOS BANCÁRIOS: BANCO DO BRASIL

AGÊNCIA: 4534-9 **CORRENTE:** 113636-4

CORRENTISTA: GRANMEDICA DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS PARA SAUDE

E-mail: lucas.vendas@granmedica.com.br

E-mail: lucas.administrativo@granmedica.com.br

TELEFONE: (62) 3574-3048 / (62) 99388-7937

ABIA ESTER FERNANDES GONSALVES
COUTINHO E FERNANDES PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES
CNPJ 37.531.583/0001-97
RG 5524383 SSP GO

Av. Maj. Manoel Augusto Silva Brandão, qd 81 - Lt 15 - Parque Veiga Jardim, Aparecida de Goiania - GO, 74954-410



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRASSUNUNGA
ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
contabilidade@pirassununga.sp.gov.br
PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRASSUNUNGA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

DESPACHO TÉCNICO

Gestor da Parceria: Bruno Emerson Romão Pereira

Assunto: Análise do Plano de Trabalho – Emenda Impositiva nº 24/2024

Proponente: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Pirassununga

Valor Total: R\$ 10.000,00

Protocolo: 581/2025

1. Fundamentação Legal

O presente despacho tem como base a Lei Federal nº 13.019/2014, alterada pela Lei nº 13.204/2015, que regula as parcerias entre a administração pública e as organizações da sociedade civil (OSC), notadamente a celebração de termos de fomento. Apoia-se também nos princípios da legalidade, eficiência, publicidade e economicidade previstos no artigo 37 da Constituição Federal.

2. Análise Técnica do Plano de Trabalho

2.1 Prazo de repasse exíguo:

O plano prevê repasse em até 5 (cinco) dias após assinatura do termo. Contudo, diante dos trâmites internos necessários à execução da despesa (empenho, liquidação e pagamento), bem como trâmites internos da Prefeitura Municipal de Pirassununga, este prazo mostra-se exíguo e operacionalmente inviável.

Sugestão: Recomenda-se ampliar o prazo para **até 30 (trinta) dias**, compatibilizando com a rotina administrativa do município.

3. Conclusão

O Plano de Trabalho encontra-se **tecnicamente viável e em conformidade com a Lei nº 13.019/2014**, desde que observadas as recomendações de aprimoramento aqui registradas.

Ressalto que, na qualidade de gestor da parceria, e conforme previsto nos artigos 35 e 58 da Lei nº 13.019/2014, esta manifestação técnica ocorre anterior à celebração do Termo de Fomento, integrando o fluxo regular de análise prévia à formalização da parceria. As considerações aqui apresentadas visam assegurar a aderência ao objeto pactuado, a viabilidade de execução, a eficiência dos recursos públicos e a conformidade legal do instrumento.

Solicita-se que tais considerações sejam formalmente encaminhadas à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Pirassununga para, se entender cabível, realizar os devidos ajustes no Plano de Trabalho.

Após o retorno da entidade com as adequações ou justificativas técnicas, o processo poderá prosseguir para a formalização do Termo de Fomento, conforme o rito legal.

Bruno Emerson Romão Pereira
 Contador – CRC SP 332670-O-0
 Pirassununga, 14 de abril de 2025

BRUNO EMERSON ROMA
 PEREIRA:44160049826

Assinado digitalmente por BRUNO EMERSON ROMÃO PEREIRA em 14/04/2025
 CN=BRUNO EMERSON ROMÃO PEREIRA, OU=PIRASSUNUNGA, OU=SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - PMS, OU=PIRASSUNUNGA, OU=ESTADO DE SÃO PAULO, CN=BRUNO EMERSON PEREIRA em 14/04/2025
 Localização: não foi possível localizar a localização de assinatura aqui
 Data: 2025.04.14 14:00:02
 Total Págs: 1 de 1

Assunto: PROTOCOLO 581/2025 - Anexo ao Plano de Trabalho - Resposta ao Despacho Técnico do Gestor da Parceria

De: <secretaria@santacasapirassununga.com.br>

Data: 16/04/2025, 16:12

Para: <sempapel@pirassununga.sp.gov.br>, Comunicação <comunicacao@pirassununga.sp.gov.br>

CC: <maryguiomar@santacasapirassununga.com.br>, "saletecarvalho"

<saletecarvalho@santacasapirassununga.com.br>, <saude.solange@pirassununga.sp.gov.br>, <secsaude@pirassununga.sp.gov.br>

Boa tarde!

PROTOCOLO 581/2025

Favor inserir o documento em anexo ao PROTOCOLO 581/2025:

- Anexo ao Plano de Trabalho – Resposta ao Despacho Técnico do gestor da parceria.

Desde já agradeço.

Qualquer dúvida fico à disposição.

Atenciosamente,



Marina Bonini
Assistente Administrativo
Sta. Casa Pirassununga
Fone: (19) 3565-8100 Ramal: 8101
E-mail: secretaria@santacasapirassununga.com.br

—Anexos:_____

Resposta ao Despacho Técnico do Gestor da Parceria.pdf

552KB

**ANEXO AO PLANO DE TRABALHO DA EMENDA IMPOSITIVA Nº 24/2024
- PROTOCOLO Nº 581/2025 -**

A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE PIRASSUNUNGA, com sede nesta cidade, a Av. Newton Prado, nº 1.883 Centro, CEP 13631 -040 - inscrita no CNPJ/MF sob o nº 54.848.361/0001-11, registrada, nos termos da Lei nº 6.839/80, no Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo sob nº 01.694, neste ato, representada na forma de seus atos constitutivos por sua provedora, Sra. SUELI SANTIAGO DOS SANTOS, brasileira, casada, empresária, portadora da Cédula de Identidade RG nº 9.687.654-2 SSP/SP e inscrito no CPF/MF nº 963.863.128-72, vem por meio deste, esclarecer e solicitar o quanto segue:

Tendo tomado conhecimento do DESPACHO TÉCNICO do Gestor da parceria da emenda impositiva nº 24/2024 - Protocolo nº 581/2025 – Sr. Bruno Emerson Romão Pereira, no dia 14 de Abril de 2025, a Santa Casa se manifesta a fim de sanar a dificuldade que reconhece operacionalmente inviável, e vem por meio deste, **proceder ao ajuste recomendado quanto ao prazo para repasse de recursos de 5 (cinco) para até 30 (trinta) dias;**

Onde se lê no Item VII – Cronograma de Desembolso – à página 5 de 14 **“O repasse deverá ser realizado em até 05 (cinco) dias da data de assinatura do Termo de Fomento.**

Leia-se – **“O repasse deverá ser realizado em até 30 (trinta) dias da data de assinatura do Termo de Fomento.**

Sendo o que tinha a argumentar, fica no aguardo do seguimento do processo para a etapa de formalização do Termo de Fomento, e antecipadamente agradece.

Atenciosamente,

SUELI SANTIAGO DOS SANTOS:96386312872
Assinado de forma digital por
SUELI SANTIAGO DOS
SANTOS:96386312872
Dados: 2025.04.16 16:08:41
-03'00'

Sueli Santiago dos Santos
Provedora