



Protocolo nº 6678/2024
Termo de Fomento nº 02/2025
Termo Aditivo nº 111/2025

TERMO ADITIVO DE TERMO DE FOMENTO

Termo Aditivo de 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 Galácio 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 Viera 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**, com sede na Avenida Newton Prado nº 1883, nesta cidade de Pirassununga/SP, inscrita no CNPJ 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, **SUELI SANTIAGO DOS SANTOS**, brasileira, casada, portador da Cédula de Identidade RG nº 9.687.654 - 2 e inscrita no CPF/MF nº 963.863.128-72, residente e domiciliado na Rua Sete de Setembro, nº 1181, Bairro Vila Steola, na cidade de Pirassununga/SP, doravante designada simplesmente **ENTIDADE**, celebram o presente pacto mediante as cláusulas e condições a seguir estabelecidas, ficando justo e acordado o quanto segue:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1 Trata-se da prestação de serviços de Terapia Renal Substitutiva (Hemodiálise – Cód. 15.04) aos portadores de insuficiência renal aguda e crônica, encaminhados pela rede pública, conforme Plano de Trabalhos.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO ADITIVO

2.1 Conforme Plano de Trabalho às fls. 686/696, Declaração de Aprovação de Plano de Trabalho em fls. 698, Parecer Jurídico em fls. 776/777 e Manifestação da Secretaria Municipal de Saúde em fls. 799, fica **ADITIVADO** o presente Termo de Fomento 02/2025 quanto à **“EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS”** relacionados no **ITEM 1.1** do Plano de Trabalho em fls. 691, mediante o apresentado:



DE:

EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

- 1.1 O serviço ora conveniado funciona 06 (seis) dias por semana, contemplando 03 turnos/dia. É composto por 14 poltronas, que atende 84 pacientes/mês, sendo destinados a este convênio 09 poltronas para atendimento de 51 pacientes, que representam 60% do total de vagas, podendo se estender até o limite de 60 pacientes.

Protocolo 6678/2024 – fls. 09.

PARA:

EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

- 1.1 O serviço ora conveniado funciona 06 (seis) dias por semana, contemplando 03 turnos/dia. É composto por 17 poltronas, que atende 102 pacientes/mês, sendo destinados a este convênio 11 poltronas para atendimento de 60 até 66 pacientes, que representam 64,70% do total de vagas.

Protocolo 6678/2024 – fls. 691.

- 2.2 Conforme Declaração de Aprovação de Plano de Trabalho em fls. 698 e Parecer Jurídico em fls. 776/777, o presente Termo Aditivo de Termo de Fomento abrangerá o período de 01/06/2025 até 31/12/2025.

CLÁUSULA TERCEIRA – DOS VALORES E DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

- 3.1 Os valores e percentuais relacionados ao presente Termo Aditivo de Termo de Fomento serão os conforme apresentados em fls. 796/797 pela Secretaria Municipal de Saúde, que segue abaixo:

Planilha

Valor mensal (até)	Termo de Fomento nº 02/2025	Termo Aditivo (PT Apresentado)	Diferença em R\$	% Aumento
Março 2025.	R\$ 288.962,97			
Abril 2025.	R\$ 288.962,97			
Maió 2025.	R\$ 288.962,97			
Junho 2025.	R\$ 288.962,97	R\$ 312.096,09	R\$ 23.133,12	8,0056%
Julho 2025.	R\$ 288.962,97	R\$ 312.096,09	R\$ 23.133,12	8,0056%
Agosto 2025.	R\$ 288.962,97	R\$ 312.096,09	R\$ 23.133,12	8,0056%
Setembro 2025.	R\$ 288.962,97	R\$ 312.096,09	R\$ 23.133,12	8,0056%
Outubro 2025.	R\$ 288.962,97	R\$ 312.096,09	R\$ 23.133,12	8,0056%
Novembro 2025.	R\$ 288.962,97	R\$ 312.096,09	R\$ 23.133,12	8,0056%
Dezembro 2025.	R\$ 288.962,97	R\$ 312.096,09	R\$ 23.133,12	8,0056%
Total Global	R\$ 2.022.740,79	R\$ 2.184.672,63	R\$ 161.931,84	8,0056%



3.2 Conforme manifestação da Contabilidade da Secretaria Municipal de Saúde em fls. 798, a dotação orçamentária que correrá o presente pacto será a seguinte:

Ficha(2025): 378

12.02.00 10.301.1001-2.768 Fonte 05 Despesa 3.3.50.39 Aplicação 300.0155.....

Empenho: 2387/2025

3.3 Poderá ser realizado apostilamento em caso de mudança da dotação orçamentária.

CLÁUSULA QUARTA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

4.1 Permanecem em vigor todas as demais cláusulas contratuais não atingidas pelo presente termo.

E, por assim estarem justos e pactuados, ratificam todas as cláusulas assinando-o juntamente com as duas testemunhas presenciais abaixo.

Pirassununga, _____ de _____ de 2025.

FERNANDO LUBRECHET
Prefeito Municipal

SUELI SANTIAGO DOS SANTOS
IRMANDADE DA SANTA
CASA DE MISERICÓRDIA DE
PIRASSUNUNGA
CNPJ 54.848.361/0001-11

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 nº 6678/2024

Termo de Fomento nº 02/2025

Termo Aditivo nº 111/2025

Órgão Público: Prefeitura Municipal de Pirassununga/SP

Entidade: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PIRASSUNUNGA

OBJETO: TRATA-SE DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA (HEMODIÁLISE – CÓD. 15.04) AOS PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA E CRÔNICA, ENCAMINHADOS PELA REDE PÚBLICA, CONFORME PLANO DE TRABALHOS.

Advogado(s): 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.

Pelo Presente termo, nós, abaixo identificados:

1. Estamos CIENTES de que:

- a) O ajuste acima referido, seus aditamentos, bem como o acompanhamento de sua execução contratual, estarão sujeitos 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, 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 Eletrônico do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (<https://doe.tce.sp.gov.br/>), 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 dos responsáveis pela contratante 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);



2. Damo-nos por NOTIFICADOS para:

- a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente 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 DESPESAS E RESPONSÁVEL QUE ASSINA 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 6678/2024

TERMO DE FOMENTO Nº 02/2025

TERMO ADITIVO Nº 111/2025

OBJETO: Trata-se da prestação de serviços de Terapia Renal Substitutiva (Hemodiálise – Cód. 15.04) aos portadores de insuficiência renal aguda e crônica, encaminhados pela rede pública, conforme Plano de Trabalhos.

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 **23/06/2025** às **07:46:12** 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 **fernandolubrechet@gmail.com**, 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:

F9C55D0C611936D6BC48B6906C3745BE08648B54DD74A5EBBFF4D24467

Esta declaração foi certificada e sua autenticidade é garantida pela chave

5a9a6502-d9f9-409c-a965-c9ceb79428f7

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 **23/06/2025** às **08:16:24** 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

d6e8e361-b076-47a7-89c4-c9d8b0d9b980

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
PROTOCOLO 6678/2024**

**Plano de Trabalho – fls. 686/696
Planilha de Valores apresentada pela Sec. Municipal de Saúde – fls. 796/797
Dotação Orçamentária – fls. 798
Manifestação Secretária Municipal de Saúde – fls. 799**

**Protocolo nº 6678/2024
Termo de Fomento nº 02/2025
Termo Aditivo nº 111/2025**

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

OBJETO: TRATA-SE DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE TERAPIA RENAL SUBSTITUTIVA (HEMODIÁLISE – CÓD. 15.04) AOS PORTADORES DE INSUFICIÊNCIA RENAL AGUDA E CRÔNICA, ENCAMINHADOS PELA REDE PÚBLICA, CONFORME PLANO DE TRABALHOS.

Advogado(s): 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.



santa casa de misericórdia de pirassununga

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PIRASSUNUNGA

PLANO DE TRABALHO - FOMENTO

ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DRC – COM HEMODIÁLISE – CÓD. 15.04

PERÍODO 01/06/2025 A 31/12/2025

VALOR R\$ 2.184.672,63

PROTOCOLO Nº 6678/2024

- ANO 2025 -



santa casa de misericórdia de pirassununga

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PIRASSUNUNGA
PLANO DE TRABALHO – ADITIVO AO TERMO DE FOMENTO
AMPLIAÇÃO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM DRC COM
HEMODIÁLISE – CÓD. 15.04
FAEC – REPASSE DO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE AO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
VIGÊNCIA DO PERÍODO 01/06/2025 A 31/12/2025

I – IDENTIFICAÇÃO DO PROPONENTE

RAZÃO SOCIAL: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PIRASSUNUNGA

CNPJ: 54.848.361.0001-11

CNES: 2785382

ATIVIDADE ECONÔMICA PRINCIPAL

Atividades de Atendimento Hospitalar e Pronto Socorro

ENDEREÇO: Avenida Newton Prado 1883 - Centro

Cidade: Pirassununga

UF: SP

CEP: 13.631-040

Telefone: (19) 3565-8100

e-mail: adm@santacasapirassununga.com.br

CONTA CORRENTE

Banco

Agência

Conta Corrente

Praça de Pagamento

104

4281

000576992635-6

Pirassununga-SP

II - RESPONSÁVEIS PELA INSTITUIÇÃO

PROVEDORA: SUELI SANTIAGO DOS SANTOS

CPF: 963.863.128-72

RG: 9.687.654-2

ÓRGÃO EXPEDIDOR: SSP/SP

ENDEREÇO: Rua Sete de Setembro, nº 1181 – Vila Steola

CIDADE: Pirassununga

UF: SP

CEP: 13634-047

TELEFONE: (019) 3565-8100 - Ramal 8101

RESPONSÁVEL TÉCNICO MÉDICO DA INSTITUIÇÃO

DIRETOR TÉCNICO: Dr. MARCELO MARTINELLI MIGUEL

CPF: 330.276.298-40

RG: 349.993.774

ÓRGÃO EXPEDIDOR: SSP/SP

Nº CRM: 135049

ÓRGÃO EXPEDIDOR: CRM/SP

CIDADE: Pirassununga

UF: SP

CEP: 13631-040

TELEFONE: (019) 3565-8100 - Ramal 8101

RESPONSÁVEL TÉCNICO MÉDICO – SERVIÇO DE HEMODIÁLISE

DIRETOR TÉCNICO: Dr. DIONÍZIO BARONI JÚNIOR

CPF: 039.563.489-07

RG: 75.051.646

ÓRGÃO EXPEDIDOR: SSP/SP

Nº CRM: 137291

ÓRGÃO EXPEDIDOR: CRM/SP

CIDADE: Pirassununga

UF: SP

CEP: 13631-040

TELEFONE: (019) 3565-8100 - Ramal 8218

JUSTIFICATIVA

A Irmandade da Santa Casa de Pirassununga é o único Hospital do Município e neste ano está completando 122 anos de existência; atende a toda sua população com 73.545 habitantes. A cidade situa-se a beira da Rodovia Anhanguera que é destaque na malha viária do Estado e os acidentes ocorridos em cerca de 70 km da mesma são atendidos neste hospital.

Cumprindo os objetivos estatutários, a Instituição mantém convênio com o Sistema Único de Saúde que foi municipalizado a partir de janeiro de 2010, portanto é parte integrante do Sistema Municipal de Saúde.

Além de seu credenciamento junto ao SUS para realização de procedimentos de média complexidade e exames diagnósticos de média e alta complexidade. Em Outubro de 2021 foi credenciado junto ao Ministério da Saúde o Serviço de **Atenção Especializada em DRC com Hemodiálise – Cód. 15.04**

Desta forma, apesar da atual conjuntura econômica desfavorável, a Santa Casa de Misericórdia de Pirassununga busca manter os serviços públicos dentro dos parâmetros de qualidade preconizados pelos órgãos fiscalizadores, seguindo sempre as diretrizes de segurança ao paciente e melhores práticas assistenciais.

Ante o exposto, o presente Plano de Trabalho tem como objetivo a prestação de serviços de Hemodiálise à população do Sistema de Saúde – SUS, fundamentando e tornando pública a proposta do Convênio, doravante executado nos termos da Deliberação CIB nº 38 de 17/06/2019 e sua Retificação publicada no DOE nº 111 – 10/06/20 - seção 1– p.29.

OBJETO

A finalidade deste Plano de Trabalho é estabelecer os parâmetros de gerenciamento das atividades, ao qual a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Pirassununga ampliará a prestação de atendimento aos usuários no âmbito do Sistema Único de Saúde, em **Atenção Especializada em DRC com Hemodiálise – Cód. 15.04**, estabelecendo as metas quantitativas e qualitativas e os indicadores de desempenho que serão monitorados, visando o acompanhamento e a avaliação da efetividade do Termo de Fomento e o Aditivo celebrado entre as partes.

CARACTERIZAÇÃO GERAL DA UNIDADE

Negócio: Promoção da Saúde.

MISSÃO, VISÃO E VALORES

1. **Missão:** Atender de forma humanizada e com qualidade na assistência Hospitalar.
2. **Visão:** Ser referência regional, destacando-se pela excelência na prestação de serviços de saúde quanto a: Qualidade, Ética e Moral, Tecnologia, Profissionalismo, Responsabilidade Social e Progresso.
3. **Valores:** Ética, Humanização, Compromisso Social e Excelência.

HISTÓRICO DA INSTITUIÇÃO

Desprovida de qualquer assistência hospitalar, a população de Pirassununga tinha necessidades urgentes de atendimento na área da Saúde.

Neste contexto, em 09 de fevereiro de 1902, foi fundada a Santa Casa de Misericórdia de Pirassununga, com o objetivo de prestar assistência médico-hospitalar para adultos e crianças, maternidade, sala de cirurgia, consultório médico e, bloco alimentar, assim se iniciou a longa jornada daquela que viria ser a referência da população e braço da saúde municipal.

Daí por diante, seguiu-se a conquista de novos serviços, equipamentos e desafios até então inimagináveis.

A grande e rude prova certamente, será lembrada pela “Pandemia” que sacudiu a liberdade e saúde mundial, a “COVID-19”.

Mais uma vez, a Santa Casa de Misericórdia e o Município fizeram prova de pareceria e meta em comum: enfrentar juntos essa calamidade para atender a população de Pirassununga sem perder os valores de compaixão, solidariedade, fraternidade para aliviar o sofrimento vivido não só pelo Estado de São Paulo como, pelo Mundo afora.

Para acompanhar a evolução da tecnologia hospitalar, a entidade vem se modernizando, abrigando-se atualmente numa área de 12.009,473 m², com edificação de 6.668,35 m², prestando serviços de média e alta complexidade, e à partir de Outubro de 2021 ampliou seu credenciamento junto ao Ministério da Saúde para atendimento a Hemodiálise para a cidade e região, que abrange mais de 100.000 habitantes.

É o único Hospital da cidade, e conta com 107 Leitos, sendo que destes 10 Leitos são de UTI.

Instalações Físicas para Assistência – HEMODIÁLISE

Instalação	Qtde./Consultório
AMBULATORIAL	
Consultório	1
Área para Prescrição Médica	1
Posto de Enfermagem	1
Sala para Hemodiálise com área para lavagem de fístula	1
Sala de Recuperação e Atendimento Emergência	1
URGÊNCIA E EMERGÊNCIA	
Consultório Médico	1
Sala de Curativo	1
Sala de Pequena Cirurgia	1
Sala de Repouso/Observação	1

Equipamentos - HEMODIÁLISE

Equipamento	Existente	Em Uso	SUS
EQUIPAMENTOS PARA MANUTENCAO DA VIDA			
Desfibrilador	1	1	SIM
Monitor de Pressão Não-Invasivo	1	1	SIM
Reanimador Pulmonar/AMBU	1	1	SIM
EQUIPAMENTOS POR METODOS GRAFICOS			
Eletrocardiógrafo	1	1	SIM
OUTROS EQUIPAMENTOS			
Equipamentos para Hemodiálise	14	14	SIM

Diálise

Caracterização de Serviço de Diálise			
Salas Hemodiálise	Salas de Reuso	Máquinas Hemodiálise	Tratamento D'água
HBsAg+ = 0	HBsAg+ = 0	Proporção = 14	<input checked="" type="checkbox"/> Filtro de areia
HBsAg- = 1	HBsAg- = 1	Outras = 4	<input checked="" type="checkbox"/> Filtro de carvão
DPI = 0	HCV+ = 0	-	<input checked="" type="checkbox"/> Abrandador
DPAC = 0	-	-	<input checked="" type="checkbox"/> Maq. de Osmose Reversa

Caracterização Geral das Atividades Pactuadas

Dentro da proposta organizacional da Saúde para o município, a instituição deve garantir o acesso aos serviços pactuados de forma regular e contínua, disponibilizados por meio da Central de Regulação de Oferta de Serviço de Saúde-CROSS.

A Instituição se compromete a prestar assistência humanizada, através do desenvolvimento de ações centradas nos usuários e seus familiares, buscando sempre a melhoria de seus serviços, em consonância com as orientações do Ministério da Saúde, expressas na Política Nacional de Humanização do SUS.

As atividades pactuadas estão submetidas aos dispositivos de controle e regulação progressivamente implantados/implementados pelo Gestor Municipal em conjunto com a direção do Hospital.

O desenvolvimento das atividades pactuadas neste Convênio será avaliado pela Comissão de Acompanhamento, constituída por representantes da SMS, do Conselho Municipal de Saúde e do Hospital, formalizada através de Resolução publicada em Diário Oficial do Município, conforme determinação legal e o estabelecido no Convênio.

Os procedimentos relacionados à Terapia Renal Substitutiva - TRS, serão cobrados por meio de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais – APAC e financiados, em sua totalidade, por meio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC, conforme determina a PORTARIA Nº 3.603, DE 22 DE NOVEMBRO DE 2018.

EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

- 1.1 O serviço ora conveniado funciona 06 (seis) dias por semana, contemplando 03 turnos/dia. É composto por 17 poltronas, que atende 102 pacientes/mês, sendo destinados a este convênio **11** poltronas para atendimento de **60 até 66** pacientes, que representam **64,70%** do total de vagas.
- 1.2 O Serviço Médico será prestado por profissionais obrigatoriamente cadastrados na SANTA CASA, com apresentação de toda documentação comprobatória da regularidade da habilitação para a prestação de serviço, e inseridos no CNES dessa Instituição.
- 1.3 É vedada a cobrança por serviços médicos, hospitalares e outros complementares da assistência ao paciente em decorrência deste convênio. (SUS)

METODOLOGIA DE AVALIAÇÃO E ACOMPANHAMENTO

A avaliação de desempenho institucional que objetiva acompanhar a prestação de serviço e validar a transferência dos recursos da produção executada, será realizada em até 45 dias após o mês da Execução, em relação às metas físicas, sendo necessário atingir no mínimo 85% (oitenta e cinco por cento) das metas; e em relação às metas qualitativas, trimestralmente, conforme cronograma definido neste Convênio.

COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO – FORMAÇÃO E ATUAÇÃO

O acompanhamento do presente Convênio deverá ser realizado pela Comissão de Acompanhamento e apresentada ao Conselho Municipal de Saúde.

A Comissão é tripartite com representantes do Conselho Municipal de Saúde, da Santa Casa de Pirassununga e Secretaria Municipal de Saúde de Pirassununga e, se reunirão trimestralmente para análise das metas pactuadas a partir do faturamento enviado e processado pela Secretaria Municipal de Saúde de Pirassununga, na competência.

A Tabela de Referencia do SUS foi utilizada para valorização dos procedimentos contratados.

O instrumento fundamental norteador das análises, será esse Plano de Trabalho, parte integrante do Termo de Fomento, principalmente no que se refere ao cumprimento das metas estabelecidas e a avaliação da qualidade da atenção à saúde dos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, no âmbito deste Convênio.

METAS QUANTITATIVAS

As metas quantitativas e qualitativas a serem atingidas na prestação do Serviço de Hemodiálise levarão em conta os parâmetros estabelecidos e apresentados a seguir;

Fundo de Ações Estratégicas-FAEC - HEMODIÁLISE				
Nº de Pacientes de acordo com a Oferta de Máquinas cadastradas no CNES da Instituição			Valor Mensal Até	Valor no Período de JUNHO/2025 à DEZEMBRO/2025 Até
Nº de Pacientes Cadastrados	Nº de Sessões	Valor por Sessão		
De 60 a 66 pacientes	16	R\$ 240,97	R\$ 254.464,32	R\$ 1.781.250,24
Valor Total			R\$ 254.464,32	R\$ 1.781.250,24

OBS.: A capacidade instalada do Serviço é no limite de 66 pacientes/mês. Considerando que no período contemplado há variação no número de dias dos meses, sendo 04 meses de 31 dias, 03 meses de 30 dias, e, Considerando ainda as intercorrências com pacientes que determinam a necessidade de sessões extras, apurou-se uma média mensal de aproximadamente 16 sessões por paciente, alterando o valor mensal para R\$ 254.464,32.

METAS QUALITATIVAS

TAXAS	METAS
1. Taxa de Desnutrição (Albumina < 3.5)	< 5%
2. Taxa de Anemia	< 5%
3. Taxa de Mortalidade	< 10%
4. Taxa de Soro conversão para Hepatite / HIV	0
5. Taxa Pirogeniu/Bacteremia durante sessão	< 5%
6. Taxa de Transplante Efetivado	5%
7. Taxa de Inscritos em Lista de Espera para Transplante	> 30%
8. Taxa de Infecção de Cateter de Longa Permanência	< 5%
9. Taxa de Infecção de Cateter de Curta Permanência	< 10%
10. Taxa de Pacientes com Fístula Artéria Venosa	> 85%
11. Taxa de Pacientes com Cateter de Longa Permanência (Permicath)	< 10%
12. Taxa de Pacientes com Cateter de Curta Permanência	< 5%
13. Taxa de Hospitalização por qualquer motivo	< 5%
14. Taxa de KT/V > 1,30 por sessão	> 90%
15. Taxa de Pacientes com Hiperparatireoidismo secundário grave	< 10%

PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

A Programação Orçamentária foi estabelecida conforme capacidade Instalada de Máquinas de Hemodiálise, e o repasse será realizado conforme a produção realizada e informada ao Ministério da Saúde, tendo como base o valor da Tabela de Referência do SUS (SIGTAP), assim como os Indicadores de Desempenho estabelecidos para o período de vigência do presente Convênio.

O valor total do Período de Junho à Dezembro/2025 é de **R\$ 2.184.672,63 (Dois Milhões, Cento e Oitenta e Quatro Mil, Seiscentos e Setenta e Dois Reais e Sessenta e Três Centavos)** e o valor mensal **R\$ 312.096,09 (Trezentos e Doze Mil e Noventa e Seis Reais e Nove Centavos)**, sendo que poderá haver variação de acordo com a produção efetivamente realizada e repassado pelo Fundo Nacional de Saúde.

HEMODIÁLISE		
PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA – Período de 01/06/2025 a 31/12/2025		
RECURSO FINANCEIRO DE FONTE FEDERAL		
PÓS FIXADO	Valor Mensal Até	Valor no Período de Junho/2025 à Dezembro/2025 Até
FAEC - Atenção Especializada em DRC com Hemodiálise - cód. 15.04*	R\$ 254.464,32	R\$ 1.781.250,24
TOTAL DOS SERVIÇOS	R\$ 254.464,32	R\$ 1.781.250,24

***De acordo com a Portaria nº 3603 de 22 de novembro de 2018, os recursos relacionados a Terapia Renal Substitutiva _ por meio do FAEC, serão repassados, em sua totalidade, mensalmente após a apuração da produção registrada no Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA, conforme artigos 1º e 2º.**

“Art. 1º Fica estabelecido que os procedimentos relacionados à Terapia Renal Substitutiva-TRS, cobrados por meio de Autorização de Procedimentos Ambulatoriais - APAC, sejam financiados, em sua totalidade, por meio do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação - FAEC.

Art. 2º Fica definido que os recursos financeiros para o financiamento dos procedimentos de que trata o art. 1º serão transferidos mensalmente aos Estados, Distrito Federal e Municípios, após a apuração da produção registrada no Sistema de Informações Ambulatoriais - SIA.”

PORTARIA GM/MS Nº 1.992, de 24/11/2023 Inclui incentivos por Equipamento de Hemodiálise	PROPOSTA CIB - Nº Equipamentos	Valor Mensal para o Nº de Equipamentos	Valor no Período de Junho/2025 à Dezembro/2025
Incentivo - 81.16 - DRC Categoria I -Incentivo financeiro de custeio para estabelecimentos que tenham de 1 a 19 equipamentos de hemodiálise em uso no SUS destinados ao cuidado da pessoa com Doença Renal Crônica - DRC	13	R\$ 57.631,77	R\$ 403.422,39

ATIVIDADES	Concedente - Valor até		Valor no Período de JUNHO/2025 à DEZEMBRO/2025 Até
	Previsão de Início	Previsão de Término	
Atenção Especializada em DRC com Hemodiálise Cód. 15.04 + Incentivo conforme Portaria GM/MS Nº 1.992/2023	01º/Jun/2025	31/Dez/2025	R\$ 2.184.672,63
	R\$312.096,09		

PREVISÃO DE EXECUÇÃO

Início: 01/06/2025

Término: 31/12/2025

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

Os valores deverão ser repassados em até 05 (cinco dias) do crédito do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde.

ATIVIDADES	Previsão de Despesas	
	Período de 01/06/2025 à 31/12/2025	Valor Total Até
Execução do FAEC -Atenção Especializada em DRC com Hemodiálise Cód. 15.04 + Incentivo conforme Portaria GM/MS 1992/2023	Concedente Valor Mensal Até	
jun/25	R\$ 312.096,09	R\$ 312.096,09
jul/25	R\$ 312.096,09	R\$ 312.096,09
ago/25	R\$ 312.096,09	R\$ 312.096,09
set/25	R\$ 312.096,09	R\$ 312.096,09
out/25	R\$ 312.096,09	R\$ 312.096,09
nov/25	R\$ 312.096,09	R\$ 312.096,09
dez/25	R\$ 312.096,09	R\$ 312.096,09
Total	R\$ 2.184.672,63	R\$ 2.184.672,63

PRESTAÇÃO DE CONTAS

A proponente disponibilizará a prestação de contas até 45 dias após o Mês da prestação de serviços e se compromete, em circunstâncias excepcionais, a colaborar com a Secretaria Municipal de Saúde, prestando, a qualquer tempo, as informações que lhe forem solicitadas.



santa casa de misericórdia de pirassununga

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 Junho de 2025.

SUELI SANTIAGO DOS SANTOS:96386312872
Assinado de forma digital por
SUELI SANTIAGO DOS
SANTOS:96386312872
Dados: 2025.06.06 07:21:09 -03'00'

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



Processo Eletrônico
Prefeitura Municipal De Pirassununga

CNPJ: 45.731.650/0001-45 Telefone:

Juntada de Documentos

Data e Hora: 24/06/2025 09:12:07

Usuário: 6343 - MIRIÃ ZANARDO VALENTE/ENFERMEIRA

Local: GESTORA DE CONVÊNIOS - SEC. MUN. SAÚDE - SUBLOCAL

Qtd. Páginas: 3

Página Início: 845

Documento: PARECER / DESPACHO / COMUNICADO / HOMOLOGAÇÃO

Descrição: Documento à PGM - envio de informações solicitadas em fls. retro

Assinatura: Assinado digitalmente em 25/06/2025 09:55:47 por SOLANGE APARECIDA MARTINS com o Certificado :SOLANGE APARECIDA MARTINS:03178180826

Valor mensal (até)	Termo de Fomento nº 02/2025	Termo Aditivo (PT Apresentado)	Diferença em R\$	% Aumento
Março 2025.	R\$ 288.962,97			
Abril 2025.	R\$ 288.962,97			
Maió 2025.	R\$ 288.962,97			
Junho 2025.	R\$ 288.962,97	R\$ 312.096,09	R\$ 23.133,12	8,0056%
Julho 2025.	R\$ 288.962,97	R\$ 312.096,09	R\$ 23.133,12	8,0056%
Agosto 2025.	R\$ 288.962,97	R\$ 312.096,09	R\$ 23.133,12	8,0056%
Setembro 2025.	R\$ 288.962,97	R\$ 312.096,09	R\$ 23.133,12	8,0056%
Outubro 2025.	R\$ 288.962,97	R\$ 312.096,09	R\$ 23.133,12	8,0056%
Novembro 2025.	R\$ 288.962,97	R\$ 312.096,09	R\$ 23.133,12	8,0056%
Dezembro 2025.	R\$ 288.962,97	R\$ 312.096,09	R\$ 23.133,12	8,0056%
Total Global	R\$ 2.022.740,79	R\$ 2.184.672,63	R\$ 161.931,84	8,0056%



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRASSUNUNGA

Estado de São Paulo

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

contabilidade.saúde@pirassununga.sp.gov.br

Protocolo: 6678/2024

Assunto: Indicação de Dotação orçamentária

A dotação que ocorrerá o termo aditivado é:

Ficha(2025): 378

12.02.00 10.301.1001-2.768 Fonte 05 Despesa 3.3.50.39 Aplicação 300.0155.....

Empenho: 2387/2025

Considerando que o valor vem do FNS, e que é conforme produção, caso ao final do exercício (2025) gestora identifiquem que o valor dotação não será suficiente, cabe a mesmo solicitar a Secretaria Municipal de Finanças elaboração do Projeto de Lei SUPLEMENTAR, tipo: EXCESSO DE ARRECADAÇÃO, para que assim o saldo financeiro repassado fique igual ao valor dotado, conforme produção da Santa Casa.

BRUNO EMERSON
ROMAO PEREIRA:
44160049826

Assinado digitalmente por BRUNO EMERSON ROMAO PEREIRA:44160049826
DN: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, OU=RFB e-CPF A3, OU=(EM BRANCO), OU=16749299000111, OU=videoconferencia, CN=BRUNO EMERSON ROMAO PEREIRA:44160049826
Razão: Eu sou o autor deste documento
Localização: sua localização de assinatura aqui
Data: 2025.06.23 16:53:32-03'00'
Foxit Reader Versão: 10.1.4

BRUNO EMERSON ROMÃO PEREIRA

CONTADOR – CRC SP 332670-O-0

Pirassununga, 23 de junho de 2025



PREFEITURA MUNICIPAL DE PIRASSUNUNGA
Estado de São Paulo
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Referente Protocolo: 6678/2024

À Procuradoria-Geral do Município

Assunto: Informações solicitadas para fins de formalização de Termo Aditivo

Em atendimento à solicitação da Procuradoria-Geral do Município (PGM), conforme documento anexado em fl. 786, e considerando o Plano de Trabalho apresentado pela Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Pirassununga (ISCMP) às fls. 686-696, o qual foi aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde em 09/06/2025, cujo documento de aprovação encontra-se em fl. 698, encaminhamos a planilha em anexo contendo os valores e percentuais solicitados, bem como documento elaborado pelo Contador desta Pasta indicando a dotação orçamentária solicitada.

Informamos que, para a realização dos cálculos apresentados na planilha supracitada, foram utilizados apenas os valores referentes aos meses de Junho a Dezembro de 2025, ou seja, somente os valores dispostos nas linhas destacadas em verde.

Atenciosamente,

Pirassununga, 24 de junho de 2025

Solange Aparecida Martins
Secretária Municipal de Saúde

Assinado de forma digital
por SOLANGE
APARECIDA MARTINS,
CPF nº 031.781.808-26
em 25/06/2025 às
09:55:22 (GMT-03:00)