



Protocolo Administrativo nº 602/2025

Fundamentação Legal: Lei Federal 13.019/2014 e suas alterações

Emenda Impositiva nº 113/2024

Termo de Fomento nº 053/2025

### 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](mailto:adm@santacasapirassununga.com.br), neste ato representada por **SUELI SANTIAGO DOS SANTOS**, Provedora, 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](mailto: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. 15/24**, e demais normas aplicáveis, mediante as cláusulas e condições a seguir estabelecidas, ficando justo e acordado o quanto segue:

### **CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

1. Custeio. Implantação de atendimento odontológico hospitalar para crianças e pessoas com necessidades especiais de perfil neurológico.

### **CLÁUSULA SEGUNDA - DAS OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO**

2. São obrigações do Município:

2.1 **O repasse deverá ser realizado em até 5 dias úteis após a data de publicação do extrato do termo de fomento no Diário Oficial do Município.**

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 final que não poderá ultrapassar 30 dias da vigência do Plano de Trabalho, que é de 360 dias da assinatura do Termo de Fomento, 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 ao término da vigência 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\$ 59.265,00 (cinquenta e nove mil e duzentos e sessenta e cinco reais)**, conforme Plano de Trabalhos em fls. 15/24 e Manifestação da Secretaria Municipal Saúde em fls. 133.

4.2 As despesas decorrentes do presente pacto correrão à conta da seguinte dotação orçamentária, conforme **nota de reserva orçamentária em fls.144**:

12.01.00 – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

3.3.50.39 – OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS – PESSOA JURÍDICA

10.302.1003-2.809 – CLASSIFICAÇÃO FUNCIONAL

FONTE 08 – EMENDAS PARLAMENTARES INDIVIDUAIS – LEGISLATIVO MUNICIPAL

### CLÁUSULA QUINTA - DA VIGÊNCIA

5.1 O prazo de vigência deste Termo de Fomento será de **90 (noventa) dias** a partir da 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 subsequente ao faturamento dos procedimentos realizados conforme emissão de nota fiscal, ficando sujeita à aprovação, para liberação dos meses subsequentes 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 Final deverá ser apresentado em até 30 dias do término da vigência do Fomento, dos recursos repassados para execução do Objeto, 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.



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

**SOLANGE APARECIDA MARTINS**  
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CPF 031.781.808-26

**Testemunhas:**

TESTEMUNHA 01

TESTEMUNHA 02



**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 602/2025**  
**Fundamentação Legal: Lei Federal 13.019/2014 e suas alterações**  
**Emenda Impositiva nº 113/2024**  
**Termo de Fomento nº 053/2025**

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

**OBJETO: Custeio. Implantação de atendimento odontológico hospitalar para crianças e pessoas com necessidades especiais de perfil neurológico.**

**Valor: R\$ 59.265,00 (cinquenta e nove mil e duzentos e sessenta e cinco 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 extraíndo 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 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 DESPESA DO ÓRGÃO PÚBLICO PARCEIRO E RESPONSÁVEIS QUE ASSINAM 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 ASSINAM O AJUSTE E/OU PRESTAÇÃO DE CONTAS PELA ENTIDADE PARCEIRA:**

Nome: **SUELI SANTIAGO DOS SANTOS**

Cargo: Provedora

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** 602/2025

**FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:** Lei Federal 13.019/2014 e suas alterações

**TERMO DE FOMENTO Nº** 053/2025

**OBJETO:** Custeio. Implantação de atendimento odontológico hospitalar para crianças e pessoas com necessidades especiais de perfil neurológico.

**Valor:** R\$ 59.265,00 (cinquenta e nove mil e duzentos e sessenta e cinco 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 **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 – PLANO DE TRABALHO  
PROTOCOLO 602/2025 – FLS. 15 à 24**

**Protocolo Administrativo nº 602/2025**

**Fundamentação Legal: Lei Federal 13.019/2014 e suas alterações**

**Emenda Impositiva nº 113/2024**

**Termo de Fomento nº 053/2025**

**Órgão Público: Prefeitura Municipal de Pirassununga/SP**

**Entidade: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PIRASSUNUNGA**

**OBJETO: Custeio. Implantação de atendimento odontológico hospitalar para crianças e pessoas com necessidades especiais de perfil neurológico.**

**Valor: R\$ 59.265,00 (cinquenta e nove mil e duzentos e sessenta e cinco 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

**IRMANDADE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PIRASSUNUNGA**

**PLANO DE TRABALHO  
EMENDA Nº 113/2024  
VEREADOR MUNICIPAL WELLINGTON LUIZ CINTRA  
VALOR R\$ 59.265,00**

**PROTOCOLO Nº 602/2025**

**- 2025 -**



santa casa de misericórdia de pirassununga

**PLANO DE TRABALHO**  
**Emenda Impositiva - Municipal nº 113/2024**  
**Valor R\$ 59.265,00**

**I – IDENTIFICAÇÃO DO PROPONENTE**

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

**Conta Corrente**

<b>Banco</b>	<b>Agência</b>	<b>Conta Corrente</b>	<b>Praça de Pagamento</b>
104	4281		Piracicaba

**II – IDENTIFICAÇÃO DOS RESPONSÁVEIS LEGAIS DO PROPONENTE**

<b>Nome Completo</b> Sueli Santiago dos Santos		<b>CPF</b> 963.863.128-72		
<b>Cargo ou Função</b> Prov edora	<b>Data da Nomeação</b> 10/06/2024	<b>Nº do RG</b> 9.687.654-2	<b>Órgão Expedidor</b> SSP/SP	<b>Data</b> 08/04/2022
<b>Endereço Residencial Completo</b> Rua Sete de Setembro, nº 1181 – Vila Steola				
<b>Município</b> Pirassununga		<b>CEP</b> 13634-047	<b>UF</b> SP	
<b>Fone</b> 19 – 3565-8100 – Ramal 8101		<b>E-mail</b> <a href="mailto:diretoria@santacasapirassununga.com.br">diretoria@santacasapirassununga.com.br</a>		
<b>Nome Completo</b> Marcelo Martinelli Miguel		<b>CPF</b> 330.276.298-40		
<b>Cargo ou Função</b> Diretor Técnico	<b>Nº do RG</b> 34.999.377-4	<b>Órgão Expedidor</b> SSP/SP	<b>Data</b> 18/07/1996	
<b>Fone</b> 19 – 3565.8100 – Ramal 8101		<b>E-mail</b> <a href="mailto:marcelomartinelli@msn.com">marcelomartinelli@msn.com</a>		

**III – QUALIFICAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO****DADOS DO VEREADOR MUNICIPAL****Nome:** Wellington Luiz Cintra**Partido:** Republicanos**Nº da Emenda:** 113/2024**Tipo de Emenda:** Impositiva**Valor:** R\$ 59.265,00**DADOS DA PROPOSTA****Tipo de Proposta:** Emenda Impositiva nº 111/2024**Ano da Proposta:** 2024**Valor:** R\$ 59.265,00**Nº da Lei:** 6483**Data da Lei:** 10/01/2025**Objeto**

CUSTEIO

**Descrição do Objeto**

- Implantação de Atendimento Odontológico Hospitalar para Crianças e Pessoas com Necessidades Especiais de perfil Neurológico.

**Objetivo**

Tornar o tratamento odontológico menos ameaçador e mais humanizado para crianças e pessoas com Necessidades Especiais de difícil manejo para atendimento odontológico em nível ambulatorial, seja por imaturidade relacionada a pouca idade, ou qualquer tipo de atraso global no desenvolvimento que comprometa a condição de colaborar com seu tratamento. Estes pacientes serão atendidos de forma multimodal, ou seja, serão atendidos com tratamentos sob sedação em nível hospitalar, visando o conforto e a segurança do paciente e até mesmo a viabilidade destes tratamentos. Esse serviço está ancorado em técnicas de manejo comportamental baseados nas metodologias; ABA (Análise do Comportamento Aplicada) e TEACCH (Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com limitações relacionadas à comunicação), que facilitam a comunicação entre o Cirurgião-dentista e o paciente, ofertando tratamento odontológico inclusivo e exclusivo.

**Justificativa da Proposição**

Pacientes com Necessidades Especiais, de qualquer idade; portadores de Transtornos de Neurodesenvolvimento, que englobam os Transtornos do Espectro Autista (TEA); e/ou Transtornos neurocognitivos (condição que afeta o funcionamento cognitivo, como memória, atenção, linguagem, raciocínio ou julgamento), são pacientes que possuem grande incidência de cárie, normalmente associados a uma dieta cariogênica, devido a alta seletividade alimentar; a higiene oral prejudicada devido a falta de coordenação motora e resistência frequente na higiene oral diária realizada por seus cuidadores; ao uso de medicamentos de uso contínuo e a própria limitação na motricidade oral (movimentos realizados pela própria boca, como a mastigação e deglutição), levam a maiores problemas bucais e uma grande incidência de traumatismo dentário (Amaral et al.,2012). Este projeto também contempla Crianças imaturas ou odontofóbicas não colaborativas com o tratamento em ambulatório, necessitando assim de contensão farmacológica para um tratamento mais seguro.

Devido as características desses pacientes -alterações de ordem sensorial, dificuldades na comunicação e na interação social- o tratamento odontológico torna-se um grande desafio tanto para o paciente e sua família, como para o cirurgião-dentista, levando em consideração a quantidade de estímulos sensoriais e emocionais que o tratamento odontológico proporciona.

O uso de Metodologias, como ABA e TEACCH, minimizam as dificuldades dos pacientes nestes ambientes, e fazem parte de todas as etapas de atendimentos/procedimentos; desde a primeira consulta até a entrada do paciente em centro cirúrgico. Um exemplo disso é a antecipação do procedimento, que realiza o treino antecipado do uso da máscara facial, utilizada na sedação inalatória. Muitas vezes, os tratamentos odontológicos desses pacientes são realizados com o paciente sob anestesia geral, que é uma alternativa para um tratamento odontológico de melhor qualidade e maior segurança. (Wang et al., 2012).

O CDC (Centro de Controle e Prevenção de Doenças, agência do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos, sediada na Geórgia, e tem o objetivo de proteger o país das ameaças à saúde e à segurança, tanto no exterior quanto em território lançou um documento que mostra uma mudança na prevalência do Transtorno do Espectro Autista (TEA): 1 em cada 36 crianças de 8 anos foram identificadas com TEA nos EUA no ano de 2020.

A prevalência de pessoas com TEA vem aumentando progressivamente ao longo dos anos. Em 2004, o número divulgado pelo CDC era de 1 a cada 166. Em 2012, esse número estava em 1 para 88. Já em 2018, passou a 1 em 59. Em 2020, a prevalência divulgada estava em 1 em 54.

Atualmente, o número ainda é maior que as estimativas do último estudo. Publicado em 2 de dezembro de 2021, o relatório anterior do CDC mostrava que 1 em cada 44 crianças aos 8 anos de idade era diagnosticada autista, segundo dados coletados no ano de 2018, em contraponto com o número atual de 1 em cada 36 crianças.

Segundo alguns estudos, apesar de não ter uma estatística de prevalência do TEA no Brasil, estima-se que a incidência no território nacional seja de 2,7 milhões de indivíduos, em torno de 1% da população (Oliveira Evangelho et al., 2021), tornando assim um problema de saúde pública causando impacto na sociedade, na família e no indivíduo com TEA, portanto destaca-se que, ao mesmo tempo, é uma questão particular e também coletiva.

Diante deste contexto, é necessário, e imprescindível, a adoção de uma abordagem humanizada que oferta um tratamento odontológico inclusivo e exclusivo. (Bernardes M., 2023, p.219).

Apresentamos esta Proposta de Implantação de Atendimento Odontológico Hospitalar para Crianças e Pessoas com Necessidades Especiais de perfil neurológico, para resolução de toda a demanda de tratamento em única sessão, a serem realizados, por Cirurgiões-dentistas membros do Corpo Clínico da Santa Casa, com formação comprovada na atuação do tratamento odontológico deste perfil de paciente e neste formato clínico e educacional.

**População Beneficiada:** Crianças e Pessoas com Necessidades Especiais de perfil Neurológico Compreendendo usuários do Sistema Único de Saúde – SUS

#### IV – METAS A SEREM ATINGIDAS

<p><b>Metas Quantitativas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar tantas quantas consultas de Avaliação para tratamento odontológico forem autorizadas pela Secretaria Municipal de Saúde.</li> <li>Realizar tantos quantos tratamentos forem regulados pela Secretaria Municipal de Saúde, dentro do limite financeiro disponível.</li> <li>Realizar o acompanhamento Pós-procedimento Imediato, de todos os pacientes submetidos ao tratamento.</li> </ul>
<p><b>Metas Qualitativas</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Disponibilizar equipe técnica especializada em atendimento para Crianças e Pessoas com Necessidades Especiais de perfil Neurológico na área de Odontologia, para a realização dos tratamentos.</li> <li>Garantir a assistência em casos de intercorrências de pacientes submetidos aos tratamentos, buscando índices nulos de infecção hospitalar. (C.C.I.H)</li> <li>Acompanhamento do Núcleo de Segurança do paciente.</li> </ul>

#### V - ETAPAS OU FASES DE EXECUÇÃO

Ordem	Etapa	Duração	Descrição
1.	RECEBIMENTO DA DEMANDA DE PACIENTES	90 Dias	Receber do Município o Encaminhamento dos pacientes a serem submetidos a avaliação e tratamento odontológico.
2.	DISPONIBILIZAÇÃO DE DATAS PARA AGENDAMENTO DAS CONSULTAS E ORIENTAÇÕES	90 Dias	Encaminhamento à Secretaria Municipal de Saúde das datas para agendamento das consultas e Orientações para os pacientes.
3.	DISPONIBILIZAÇÃO DE DATAS PARA AGENDAMENTO DOS PROCEDIMENTOS	90 Dias	Encaminhamento à Secretaria Municipal de Saúde das datas para agendamento dos procedimentos e Orientações para os pacientes.
4.	REALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS ODONTOLÓGICOS	90 Dias	Realização de tantas quantas avaliações e tratamentos forem autorizados pela Secretaria Municipal de Saúde, dentro do limite financeiro disponível.
5.	PAGAMENTO DOS PROFISSIONAIS PRESTADORES DE SERVIÇOS CONF. PORTE ESTABELECIDO.	90 Dias	Pagamento dos Profissionais Prestadores dos Serviços.
6.	PRESTAÇÃO DE CONTAS	30 Dias	Prestação de Contas dos atendimentos realizados e cumprimento de Metas.

**Observação:** As etapas (de 1 a 5) constam duração da execução de 90 dias (período de vigência do Plano de Trabalho), porque cada uma das etapas poderá ser realizada durante toda a vigência e não de forma segmentada.

## VI – PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS

Ordem	Natureza	Tipo de Objeto	Aplicação	Proponente	%	Concedente	%
1.	CUSTEIO	Recursos para Implantação de Atendimento Odontológico Hospitalar para Crianças e Pessoas com Necessidades Especiais de perfil Neurológico.	Serv. Hospitalares e Honorários Odontológicos/ Médicos para a realização dos atendimentos.	R\$ 0,00	0%	R\$ 59.265,00	100%

### Dos Procedimentos e Valores

A contratante estabelecerá o quantitativo de procedimentos de acordo com sua necessidade, respeitando o valor concedido, conforme item VI.

Fica acordado que os procedimentos serão previamente autorizados pela Secretaria Municipal de Saúde e realizados conforme autorização e acompanhamento da mesma.

O valor de cada procedimento cirúrgico eletivo será conforme o Porte estabelecido, que está baseado no tempo de duração do Procedimento, por se tratar de tratamento em única sessão devido as particularidades dos pacientes.

A especificação do Porte é classificada conforme a Tabela abaixo:

Código do Procedimento	Especificação do Porte	Tempo de Duração do Procedimento	Honorários Profissionais (Cir. Dentistas e Anestesiastas)	Serv. Hospitalares	Total
0414010001	Pequeno Porte	Até 1 hora	R\$ 2.000,00	R\$ 1.800,00	R\$ 3.800,00
0414010002	Médio porte	Até 2 horas	R\$ 4.000,00	R\$ 2.850,00	R\$ 6.850,00
0414010003	Porte Intermediário	Até 3 horas	R\$ 5.000,00	R\$ 3.600,00	R\$ 8.600,00
0414010004	Grande Porte	Acima de 3 horas	R\$ 6.000,00	R\$ 4.500,00	R\$ 10.500,00

O orçamento será apresentado de forma descritiva por item, conforme procedimentos descritos no **ANEXO I**.

**Os Valores da Tabela Não incluem OPME (Órtese, Prótese e Materiais Especiais). Dessa Forma, quando utilizados, se Necessário, serão incluídos ao Valor do Procedimento, mediante apresentação da Nota Fiscal mais 20% de custo de operacionalização.**



santa casa de misericórdia de pirassununga

## 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	%	Proponente	%	Concedente	%	Total do Desembolso
Única	R\$ 59.265,00	0%	R\$ 0,00	100%	R\$ 59.265,00	100%	R\$ 59.265,00

## VIII - PREVISÃO DE EXECUÇÃO

**INÍCIO:** Data de assinatura do Termo de Convênio

**TÉRMINO:** 90 dias

## IX – PRESTAÇÃO DE CONTAS

A prestação de Contas será realizada em até 30 dias do término da Vigência do Convênio.

## X – DECLARAÇÃO

Na qualidade de Provedora, 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 parcelados ou negociação (Débito Municipal), 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, 25 de Agosto de 2025.

**SUELI SANTIAGO DOS  
SANTOS:96386312872**

Assinado de forma digital por

SUELI SANTIAGO DOS

SANTOS:96386312872

Dados: 2025.09.02 10:43:24 -03'00'

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PIRASSUNUNGA

Sueli Santiago dos Santos

Provedora

**PROTOCOLO Nº 602/2025****EMENDA IMPOSITIVA Nº 113/2024 – VEREADOR WELLINGTON LUIZ CINTRA****ANEXO I**

<b>TABELA DE PROCEDIMENTOS ODONTO HOSPITALAR</b>
Acompanhamento de tratamento/procedimento cirúrgico em odontologia
Adequação do meio bucal
Aparelho protetor bucal
Aplicação de laser pós cirúrgico
Aplicação de laser terapêutico
Aplicação de selante - técnica invasiva (com diretriz definida pela ANS)
Aplicação de selante de fósulas e fissuras (com diretriz definida pela ANS)
Aplicação tópica de flúor
Aplicação tópica de verniz fluoretado
Cirurgia odontológica a retalho
Condicionamento em odontologia para pacientes com necessidades especiais (com diretriz definida pela ANS)
Consulta Odontológica
Consulta Odontológica Inicial
Controle pós-operatório em odontologia
Coroa de acetato em dente decíduo (com diretriz definida pela ANS)
Diagnóstico e planejamento de estomatite por candidose
Diagnóstico e planejamento para tratamento odontológico
Estabilização de paciente por meio de contenção física e/ou mecânica (com diretriz definida pela ANS)
Estabilização por meio de contenção física e/ou mecânica em pacientes com Necessidades (com diretriz definida pela ANS)
Exérese ou excisão de cistos odontológicos
Exérese ou excisão de mucomole
Exérese ou excisão de rânula
Exodontia a retalho
Exodontia de incluso/impactado supra numerário
Exodontia de semi-incluso/impactado supra numerário
Exodontia simples de decíduo
Incisão e drenagem extra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial
Incisão e drenagem intra-oral de abscesso, hematoma e/ou flegmão da região buco-maxilo-facial



santa casa de misericórdia de pirassununga

Marsupialização de cistos odontológicos
Mobilização dentária em dentes permanentes
Núcleo de fibra de vidro em dente decíduo
Odonto-secção
Profilaxia: polimento coronário
Punção aspirativa na região buco-maxilo-facial
Punção aspirativa orientada por imagem na região buco-maxilo-facial
Raspagem sub-gengival/alisamento radicular por Hemi-arcada
Radiografia oclusal
Radiografia periapical
Raspagem supra-gengival por Hemi-arcada
Remineralização
Remoção de dentes inclusos/impactados
Remoção de dentes semi-inclusos/impactados
Remoção de dreno extra-oral
Remoção de dreno intra-oral
Remoção de implante dentário ósseo integrado no seio maxilar
Remoção de implante dentário não ósseo integrado
Remoção de odontoma (com diretriz definida pela ANS)
Remoção dos fatores de retenção do Biofilme Dental (Placa Bacteriana)
Restauração atraumática em dente decíduo (com diretriz definida pela ANS)
Restauração em ionômeo de vidro 1 face
Restauração em ionômeo de vidro 2 faces
Restauração em ionômeo de vidro 3 faces
Restauração em ionômeo de vidro 4 faces
Restauração em resina (indireta) - Inlay
Restauração em resina fotopolimerizável 1 face
Restauração em resina fotopolimerizável 2 faces
Restauração em resina fotopolimerizável 3 faces
Restauração em resina fotopolimerizável 4 faces
Retirada de corpo estranho oroantral da região buco-maxilo-facial
Retirada de corpo estranho subcutâneo ou submucoso da região buco-maxilo-facial
Retratamento endodôntico birradicular
Retratamento endodôntico multirradicular
Retratamento endodôntico unirradicular

Av. Newton Prado, 1.883 – Centro – Pirassununga – SP  
Fone (019) 3565-8100

FAX (019) 3561-7096

CEP: 13631-040 CNPJ: 54.848.361/0001-11  
Site: [www.santacasapirassununga.com.br](http://www.santacasapirassununga.com.br)

Página 9 de 10



santa casa de misericórdia de pirassununga

Sedação consciente com óxido nitroso e oxigênio em odontologia
Sedação consciente com óxido nitroso e oxigênio em pacientes com necessidades especiais em odontologia
Sedação medicamentosa ambulatorial em odontologia
Sedação medicamentosa ambulatorial em pacientes com necessidades especiais em odontologia
Sepultamento radicular
Sutura de ferida em região buco-maxilo-facial (com diretriz definida pela ANS)
Tratamento Cirúrgico das fístulas buco nasal (com diretriz definida pela ANS)
Tratamento Cirúrgico das fístulas buco sinusal (com diretriz definida pela ANS)
Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos moles na região buco-maxilo-facial (com diretriz definida pela ANS)
Tratamento cirúrgico de hiperplasias de tecidos ósseos/cartilagosos na região buco-maxilo-facial (com diretriz definida pela ANS)
Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos moles na região buco-maxilo-facial (com diretriz definida pela ANS)
Tratamento cirúrgico de tumores benignos de tecidos ósseos/cartilagosos na região buco-maxilo-facial (com diretriz definida pela ANS)
Tratamento conservador de luxação da articulação têmporo-mandibular - ATM (com diretriz definida pela ANS)
Tratamento de abscesso periodontal agudo
Tratamento de alveolite
Tratamento de gengivite necrosante GNA
Tratamento de pericoronarite
Tratamento endodôntico birradicular dente permanente
Tratamento endodôntico de dente com rizogênese incompleta
Tratamento Endodôntico em dente decíduo birradicular
Tratamento endodôntico unirradicular decíduo
Tratamento endodôntico unirradicular dente permanente
Tunelização (com diretriz definida pela ANS)
Ulectomia
Ulotomia

Pirassununga, 25 de Agosto de 2025.

**SUELI SANTIAGO DOS  
SANTOS:96386312872**

Assinado de forma digital por SUELI  
SANTIAGO DOS SANTOS:96386312872  
Dados: 2025.09.02 10:42:42 -03'00'

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

Av. Newton Prado, 1.883 – Centro – Pirassununga – SP CEP: 13631-040 CNPJ: 54.848.361/0001-11  
Fone (019) 3565-8100 FAX (019) 3561-7096 Site: [www.santacasapirassununga.com.br](http://www.santacasapirassununga.com.br)

Página 10 de 10