



Protocolo Administrativo nº 6737/2025

Fundamentação Legal: Lei Federal 13.019/2014 e suas alterações

Termo de Fomento nº 001/2026

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 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**, 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**, 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, doravante designada simplesmente **ENTIDADE**, celebram o presente **Termo de Fomento nos termos da Lei Federal 13.019/2014, Plano de Trabalho em fls. 08/21**, e demais normas aplicáveis, mediante as cláusulas e condições a seguir estabelecidas, ficando justo e acordado o quanto segue:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

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 - DAS OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO

2. São obrigações do Município:

2.1 **Considerando a Portaria 2.587/2020 do Ministério da Saúde, que versa sobre os repasses na modalidade fundo a fundo, fica pactuado que os repasses devem ser realizados em até cinco dias úteis após a disponibilização dos recursos.**

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 Os recursos financeiros repassados deverão ser aplicados exclusivamente na execução do objeto pactuado, conforme o Plano de Trabalho, observado, quando aplicável, o art. 35, § 5º, da Lei nº 13.019/2014.

CLÁUSULA QUARTA - DO VALOR

4.1 O valor total do presente Termo de Fomento é de **R\$ 3.566.119,08 (três milhões, quinhentos e sessenta e seis mil, cento e dezenove reais e oito centavos)**, conforme Plano de Trabalhos.

4.2 As despesas decorrentes do presente pacto correrão à conta da seguinte dotação orçamentária, conforme fls.119:

- **Funcional Programática:** 10.302.2018-2.204
- **Ficha:** 411
- **Elemento de Despesa:** 3.3.50.39 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica
- **Fonte:** 5
- **Código de Aplicação:** 300.0155
- **Valor:** **R\$ 3.566.119,08** (três milhões, quinhentos e sessenta e seis mil, cento e dezenove reais e oito centavos)

CLÁUSULA QUINTA - DA VIGÊNCIA

5.1 O prazo de vigência deste Termo de Fomento será de 01/01/2026 até 31/12/2026.

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 a prestação do serviço, 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:

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 Bancária 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 FORO

11.1 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 2026.

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:

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 6737/2025

Fundamentação Legal: Lei Federal 13.019/2014 e suas alterações

Termo de Fomento nº 001/2026

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.

Valor: R\$ 3.566.119,08 (três milhões, quinhentos e sessenta e seis mil, cento e dezenove reais e oito centavos)

Exercício: 2026.

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. Valter Ciampi Neto – OAB/SP 358.584.

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 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 2026.



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:

SOLANGE APARECIDA MARTINS

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CPF 031.781.808-26

ASSINATURA: _____

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

Nome: **VALTER CIAMPI NETO**

OAB/SP 358.584

Cargo: Procurador-Geral

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 6737/2025

FUNDAMENTAÇÃO LEGAL: Lei Federal 13.019/2014 e suas alterações

TERMO DE FOMENTO Nº 001/2026

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.

Valor: R\$ 3.566.119,08 (três milhões, quinhentos e sessenta e seis mil, cento e dezenove reais e oito centavos)

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 2026.

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 **09/01/2026** às **08:29:53** 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:

6529CE4A5AFA847A07E23DFA2C501C629B1DEE5DE635AE8419CE4A3620

Esta declaração foi certificada e sua autenticidade é garantida pela chave

99ce76e5-2408-4531-9932-e76de5d37e5f

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 **06/11/2025** às **14:36:18** 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:

8BE53498C15E4B3CA4C3CD78D1CC55E78FC4AB8BD82C1F3B7319C59EF4

Esta declaração foi certificada e sua autenticidade é garantida pela chave

7104ab9d-bb33-463e-a492-0c04499f3766

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, **VALTER CIAMPI NETO**, CPF **283.237.208-27**, atesto que na data de **09/01/2026** às **10:36:42** 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 **VALTERCIAMPI@HOTMAIL.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:

3E54841BA934B528FD5D08C0DA1298F6AC5332F1C9E8D9DC3362E65CAB

Esta declaração foi certificada e sua autenticidade é garantida pela chave

08554c65-2a16-4fee-8f8c-126d73b2b91e

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 6737/2025 – FLS. 08 à 21**

Protocolo Administrativo nº 6737/2025

Fundamentação Legal: Lei Federal 13.019/2014 e suas alterações

Termo de Fomento nº 001/2026

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.

Valor: R\$ 3.566.119,08 (três milhões, quinhentos e sessenta e seis mil, cento e dezenove reais e oito centavos)

Exercício: 2026.

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. Valter Ciampi Neto – OAB/SP 358.584.



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 01/01/2026 A 31/12/2026

VALOR R\$

PROTOCOLO Nº/2025

- ANO 2026 -



santa casa de misericórdia de pirassununga

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PIRASSUNUNGA
PLANO DE TRABALHO – TERMO DE FOMENTO
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 01/01/2026 A 31/12/2026

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			
86.10-1-01 - Atividades de atendimento hospitalar, exceto pronto-socorro e unidades para atendimento a urgências.			
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
104	4281		Piracicaba

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 124 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 prestará 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 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	17	17	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		Período de Janeiro à Dezembro/2026 Valor Mensal Até	Valor no Período de Janeiro à Dezembro/2026 Até
Nº de Pacientes Cadastrados	Nº de Sessões		
De 60 a 66 pacientes	14	R\$ 222.656,28	R\$ 2.671.875,36
		Valor Total R\$ 222.656,28	R\$ 2.671.875,36

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 07 meses de 31 dias, 04 meses de 30 dias e 01 mês de 28 dias, e, Considerando ainda as intercorrências com pacientes que determinam a necessidade de sessões extras, apurou-se uma média mensal de aproximadamente 14 sessões por paciente, alterando o valor mensal para R\$ 222.656,28.

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.

Incluem-se ainda neste Plano de Trabalho os procedimentos de acesso venoso para Hemodiálise, considerando o quantitativo médio mensal baseado no exercício de 2025.

CÓDIGOS	PROCEDIMENTOS	Quantidade Procedimentos Mês	Valor Unitário	Valor Médio Mensal	TOTAL - JANEIRO À DEZEZEMBRO - 2026
0418010030	Acesso para HD (Criação de FAV)	6	R\$ 859,20	R\$ 5.155,20	R\$ 61.862,40
0702100013	Cateter L.P. para HD	6	R\$ 482,34	R\$ 2.894,04	R\$ 34.728,48
0418010048	Implante de Cateter L.P. para HD	6	R\$ 200,00	R\$ 1.200,00	R\$ 14.400,00
0418020035	Retirada de Cateter L.P.	6	R\$ 400,00	R\$ 2.400,00	R\$ 28.800,00
TOTAL		24	R\$ 1.941,54	R\$ 11.649,24	R\$ 139.790,88

As sessões de Hemodiálise contempladas neste Plano de Trabalho estão especificadas no item “Metas Quantitativas”, com valor total abaixo demonstrado.

SESSÕES DE HEMODIÁLISE		
PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA – Período de 01/01/2026 a 31/12/2026		
RECURSO FINANCEIRO DE FONTE FEDERAL		
PÓS FIXADO	Valor Mensal Até	Valor no Período de Janeiro à Dezembro/2026 Até
FAEC - Atenção Especializada em DRC com Hemodiálise - cód. 15.04*	R\$ 222.656,28	R\$ 2.671.875,36
TOTAL DOS SERVIÇOS	R\$ 222.656,28	R\$ 2.671.875,36

*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.”

INCENTIVO

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 Janeiro à Dezembro/2026
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\$ 691.581,24

TOTAL DE DESPESAS PREVISTAS

ATIVIDADES	Previsão de Início	Valor no Período de Janeiro à Dezembro/2026 Até
	01º/Janerio/2026	
Atenção Especializada em DRC com Hemodiálise Cód. 15.04 + Exames + Procedimentos + Incentivo conforme Portaria GM/MS Nº 1.992/2023	Concedente Valor Mensal Até	
	R\$297.176,59	R\$ 3.566.119,08

O valor total do Período de Janeiro à Dezembro/2026 é de **R\$ 3.566.119,08 (Três Milhões, Quinhentos e Sessenta e Seis Mil, Cento e Dezenove Reais e Oito Centavos)** e o valor médio mensal **R\$ 297.176,59 (Duzentos e Noventa e Sete Mil, Cento e Setenta e Seis Reais e Cinquenta e Nove Centavos)**, referente as sessões de Hemodiálise, Exames, Procedimentos de Acesso Venoso e o Incentivo financeiro dos equipamentos, sendo que poderá haver variação de acordo com a produção efetivamente realizada e repassado pelo Fundo Nacional de Saúde.

PREVISÃO DE EXECUÇÃO

Início: 01/01/2026

Término: 31/12/2026

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	
Execução do FAEC - Atenção Especializada em DRC com Hemodiálise Cód. 15.04 + Exames + Procedimentos + Incentivo conforme Portaria GM/MS Nº 1.992/2023	Período de 01/01/2026 à 31/12/2026	
	Concedente Valor Até	
jan/26	R\$	294.350,91
fev/26	R\$	294.350,91
mar/26	R\$	308.418,15
abr/26	R\$	294.350,91
mai/26	R\$	294.350,91
jun/26	R\$	299.364,27
jul/26	R\$	294.350,91
ago/26	R\$	294.350,91
set/26	R\$	304.165,11
out/26	R\$	294.350,91
nov/26	R\$	294.350,91
dez/26	R\$	299.364,27
Total	R\$	3.566.119,08

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.

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, 26 de Novembro de 2025.

SUELI SANTIAGO DOS SANTOS:96386312872 Assinado de forma digital por SUELI SANTIAGO DOS SANTOS:96386312872
Dados: 2025.11.27 16:55:43 -03'00'

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



santa casa de misericórdia de pirassununga

Pirassununga, 26 de novembro de 2025.

À

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PIRASSUNUNGA

Ilma. Senhora

Solange Aparecida Martins

D.D. Secretária Municipal de Saúde Pirassununga/SP

REF.: SOLICITAÇÃO DE CELEBRAÇÃO DE PARCERIA E ENVIO DA DOCUMENTAÇÃO QUE INTEGRA O PLANO DE TRABALHO

Ilustríssima Senhora,

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PIRASSUNUNGA**, entidade com fins filantrópicos, CNPJ 54.848.361/0001-11, estabelecida à Avenida Newton Prado, nº 1883, Centro – Pirassununga/SP representada na forma de seus atos constituídos por sua **PROVEDORA** a senhora **SUELI SANTIAGO DOS SANTOS**, brasileira, casada, portadora da Cédula de Identidade RG nº 9.687.654 – SSP/SP e inscrita no CPF nº 963.863.128-72, residente e domiciliado na Rua Sete de Setembro, nº 1181, Vila Steola, Pirassununga/SP **vem por meio deste**, solicitar a celebração de parceria para execução do Plano de Trabalho e encaminhar os documentos integrantes ao Plano, certidões e declarações, abaixo listados:

1. *Ofício Celebração de Parceria;*
2. *Estatuto Social;*
3. *Ata de Eleição da Mesa Administrativa;*
4. *Declaração de atualização cadastral no Tribunal de Contas;*
5. *CEBAS;*
6. *Comprovante de inscrição e de situação cadastral da entidade no CNPJ;*
7. *Cópia do RG e do CPF da representante da entidade;*
8. *Certidão Positiva com Efeito de Negativa de Débitos Relativos aos Tributos Federais;*
9. *Certidão Negativa de Débitos Tributários Não Inscritos na Dívida Ativa do Estado de São Paulo;*
10. *Certidão Negativa de Débitos Inscritos da Dívida Ativa do Estado;*
11. *Declaração de Prova de Regularidade com a Fazenda Municipal – CND;*
12. *Declaração de Regularidade do FGTS;*



santa casa de misericórdia de pirassununga

-
13. *Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;*
 14. *Certidão de Regularidade pelo Conselho Regional de Contabilidade do Estado de São Paulo;*
 15. *Certidão de Capacidade Administrativa;*
 16. *Declaração de Autossustentabilidade;*
 17. *Declaração de Capacidade Administrativa, Técnica e Gerencial para a execução do Plano de Trabalho;*
 18. *Declaração de Conta Bancária;*
 19. *Declaração de não parentesco de dirigentes;*
 20. *Declaração de não vínculo político;*
 21. *Declaração que a Entidade se compromete a atender a Lei Federal 12.527/2011;*
 22. *Declaração de não contratar servidor ou empregado público;*
 23. *Declaração de não participação e remuneração de servidor ou empregado público;*
 24. *Declaração de aplicação dos recursos;*
 25. *Certidão de matrícula do Imóvel registrada no Cartório de Registro de Imóveis;*
 26. *Comprovante de endereço;*
 27. *Relação nominal atualizada dos dirigentes da organização da sociedade civil, conforme o estatuto, com endereço, telefone, endereço de correio eletrônico, número e órgão expedidor da carteira de identidade e número de registro no Cadastro de Pessoas Físicas – CPF de cada um deles.*

Sendo o que tinha a informar, antecipadamente agradece a atenção e aproveita a oportunidade para renovar nossos protestos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,

SUELI SANTIAGO DOS SANTOS
Assinado de forma digital por SUELI SANTIAGO DOS SANTOS:96386312872
SANTOS:96386312872
Dados: 2025.11.26 15:59:09 -03'00'

IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PIRASSUNUNGA

SUELI SANTIAGO DOS SANTOS

Provedora