

TERMO DE CONVÊNIO Nº 05/2023

TERMO DE CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE PATO BRANCO E O INSTITUTO POLICLÍNICA PB

O **MUNICÍPIO DE PATO BRANCO**, pessoa jurídica de direito público interno, com sede administrativa na Rua Caramuru, nº 271, na cidade de Pato Branco - PR, inscrito no CNPJ sob o nº 76.995.448/0001-54, neste ato representado por seu Prefeito Municipal Sr. Robson Cantu, brasileiro, casado, portador do RG nº 1.816.183-4/SSP-PR e do CPF nº 441.436.649-68, residente na cidade de Pato Branco – PR, juntamente com a Secretária Municipal de Saúde, Sra. Liliam Cristina Brandalise, brasileira, portadora do RG nº 1.778.757-8 e do CPF nº 336.685.279-68, residente na cidade de Pato Branco - PR, doravante denominado **CONCEDENTE**, e a **INSTITUTO POLICLÍNICA PB**, inscrito no CNPJ nº 12.651.010/0001-76, com sede na Rua Pedro Ramires de Mello n.º 361, Centro de Pato Branco-PR neste ato representado pelo seu Diretor Presidente Sadao Yamamoto, brasileiro, portador do RG nº 347.685/SSP-PR e do CPF n.º 005.792.469-49, doravante denominado **CONVENENTE**, celebram o presente Convênio, com fundamento no Art. 4º e Anexo I da Portaria GM/MS n.º 96/2023, e da Portaria GM/MS n.º 443, de 03 de abril de 2023 que dispõem sobre a transposição e a transferência de saldos financeiros constantes dos Fundos de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, provenientes de repasses federais e considerando o contido no Processo Administrativo n.º 10.490/2023, o qual é parte integrante deste Termo, mediante as cláusulas e condições a seguir estipuladas.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

I O presente Convênio tem por objeto estabelecer as condições de obrigações entre as partes signatárias, cuja finalidade é o repasse de auxílio financeiro, por intermédio do Fundo Municipal de Saúde, ao CONVENENTE; de recurso proveniente do Ministério da Saúde, através da Portaria GM/MS n.º 96/2023 e Portaria GM/MS n.º 443/2023.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS OBRIGAÇÕES

I Compete ao CONCEDENTE:

- a)** Acompanhar, orientar, supervisionar, assessorar e avaliar a execução dos serviços de forma articulada nos moldes da gestão.
- b)** Emitir relatório técnico de monitoramento e avaliação da parceria, através do gestor do convênio, independentemente da obrigatoriedade de apresentação da prestação de contas devida pela organização da sociedade civil, conforme o caso.
- c)** Liberar os recursos por meio de transferência eletrônica e em obediência ao cronograma de desembolso, que guardará consonância com as metas, fases ou etapas de execução do objeto do termo de colaboração e nas normas complementares expedidas pela Secretaria Municipal de Finanças.
- d)** Promover o monitoramento e a avaliação do cumprimento do objeto do convênio.
- e)** Designar Gestor para acompanhar e fiscalizar a execução do convênio.
- f)** Instaurar tomada de contas antes do término da parceria, caso sejam constatadas evidências de irregularidades na execução do objeto do convênio.
- g)** Comprovar a execução do repasse em Relatório Anual de Gestão.

II Compete ao CONVENENTE:

- a)** Cumprir fielmente as exigências constantes no termo de convênio e demais anexos que integram o presente, com o cumprimento do Plano de Trabalho, as Metas e o Objeto pactuado.
- b)** Aplicar os recursos transferidos pela Administração Pública exclusivamente na execução do objeto, conforme Plano de Trabalho.
- c)** Executar o objeto pactuado em conformidade com o Sistema Único de Saúde – SUS, e com as normas legais em vigência e orientados pela Secretaria Municipal de Saúde.
- d)** Manter escrituração contábil regular.
- e)** Dar livre acesso dos servidores dos órgãos ou das entidades públicas repassadoras dos recursos, do controle interno e do Tribunal de Contas correspondentes aos processos, aos documentos, às informações referentes aos instrumentos de transferências, bem como aos locais de execução do objeto.
- f)** Responder exclusivamente pelo gerenciamento administrativo e financeiro dos recursos recebidos, inclusive no que diz respeito às despesas de custeio.

- g)** Prestar contas dos recursos financeiros recebidos pela Administração Pública ao Município de Pato Branco, no prazo de 30 (trinta) dias contados a partir do encerramento da vigência do Convênio, bem como, ao Tribunal de Contas do Estado do Paraná, através do Sistema Integrado de Transferências (SIT).
- h)** Manter, durante a vigência do Convênio, as obrigações aqui assumidas, bem como as condições de habilitação e qualificação exigidas por ocasião do convênio.
- i)** Aplicar os recursos transferidos, de conformidade com o disposto nas Leis Complementares 172/2020 e 197/2022 e Portarias do Ministério da Saúde n.º 96/2023 e 443/2023.
- j)** Manter os saldos do convênio, enquanto não utilizados, obrigatoriamente aplicados em cadernetas de poupança de instituição financeira oficial.
- k)** Computar as receitas financeiras auferidas em decorrência da aplicação do recurso a crédito do convênio e aplicá-las, exclusivamente, no objeto de sua finalidade, devendo constar de demonstrativo específico que integrará as prestações de contas do ajuste.
- l)** Restituir ao CONCEDENTE, quando da conclusão, denúncia, rescisão ou extinção do convênio, eventuais saldos financeiros remanescentes, inclusive os provenientes das receitas obtidas das aplicações financeiras realizadas, no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias do evento, sob pena da imediata instauração de tomada de contas especial do responsável, providenciada pela autoridade competente do órgão ou entidade titular dos recursos.

CLÁUSULA TERCEIRA – CRONOGRAMA FÍSICO FINANCEIRO

I O repasse financeiro será realizado em uma parcela com o valor total de R\$ 3.211.408,67 (três milhões, duzentos e onze mil, quatrocentos e oito reais e sessenta e sete centavos), o qual será utilizado para custeio de despesas da seguinte natureza:

DESPESA	VALOR TOTAL
3.1.90.11.01 Vencimentos e Salários	R\$ 3.031.108,67
3.1.90.13.01 FGTS	R\$ 180.300,00
TOTAL	R\$ 3.211.408,67

II As despesas serão executadas no decorrer do período de vigência do convênio, após a publicação do presente instrumento e em até 30 (trinta) dias antes da extinção do ajuste.

CLÁUSULA QUARTA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:

I Para suporte das despesas serão utilizadas as seguintes Dotações Orçamentária:

a) 08.03 Secretaria de Saúde – Média e Alta Complexidade. 103020043.2.355000 Manutenção de Serviços de Assistência a Saúde – Ambulatorial e Hospitalar.

▪ Fonte 5500. 3.3.50.43.99.99 Subvenções Sociais – Demais Entidades do Terceiro Setor. Cód. Reduzido: Despesa 19980 – Desdobramento 20080. R\$ 124.326,75

▪ Fonte 494. 3.3.50.43.99.99 Subvenções Sociais – Demais Entidades do Terceiro Setor. Cód. Reduzido: Despesa 19989 – Desdobramento 20081. R\$ 3.087.081,92

CLÁUSULA QUINTA - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO:

I O repasse de recursos financeiros obedecerá ao cronograma de desembolso, com a devida consonância às metas estabelecidas no Plano de Trabalho apresentado pela entidade, bem como com as despesas apontadas no Plano de Aplicação.

PARCELA	PREVISÃO MÊS/ANO	VALOR DO REPASSE
Única	Agosto/2023	R\$ 3.211.408,67

CLÁUSULA SEXTA - DA GESTÃO E FISCALIZAÇÃO

I A Gestão e a Fiscalização do presente Convênio ficarão a cargo CONCEDENTE, sendo designada como gestora a servidora Gracieli Ariane Avila, enfermeira do Setor de Regulação Hospitalar da Secretaria de Saúde, Matrícula n.º 7.517-5/1.

II A gestão utilizará como meios de acompanhamento e fiscalização a emissão de relatórios, inspeções e visitas a OSC.

CLÁUSULA OITAVA - DA VIGÊNCIA E DA RESCISÃO

I O presente Convênio terá prazo de execução de 03 (três) meses; e de vigência de 06 (seis) meses, contados a partir da data de sua assinatura, podendo ser rescindido pela superveniência de motivos alheios aos partícipes, que o tornem material ou formalmente inviável, pelo interesse público ou pelo descumprimento, de qualquer das partes, de suas obrigações, mediante aviso prévio com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, hipóteses em que as partes não terão direito a qualquer indenização.

Parágrafo único. O presente convênio poderá ter seu prazo de vigência prorrogado, desde que autorizado pelo Gestor do Convênio, mediante devida justificativa.

CLÁUSULA NONA – DAS ALTERAÇÕES

I O presente Convênio poderá ser alterado, mediante formalização de Termo Aditivo assinado pelas partes.

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS BOAS PRÁTICAS DE TRATAMENTO DE DADOS

I As partes declaram estar cientes de que, por exigência dos órgãos de controle externo, da Lei Federal nº 12.527, de novembro de 2018 (Lei de Acesso à Informação), o presente Convênio será disponibilizado no Portal da Transparência das partes, para uso exclusivo das finalidades legais e institucionais, conforme disposto na Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 e no Decreto Federal nº 10.046, de 9 de outubro de 2019.

Parágrafo único. Na execução do objeto do presente Convênio, as partes se responsabilizam pelo uso regular dos dados de pacientes, para uso exclusivo das finalidades deste Termo, sob pena de sofrer as sanções legais.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA FRAUDE E DA CORRUPÇÃO

I As partes devem observar e fazer observar, por seus fornecedores e subcontratados, se admitida subcontratação, o mais alto padrão de ética durante todo o processo de licitação, contratação e execução do objeto do presente Convênio.

§ 1º Para os propósitos desta Cláusula, ficam assim definidas as seguintes práticas:

I - Prática corrupta: oferecer, dar, receber ou solicitar, direta ou indiretamente, qualquer vantagem com o objetivo de influenciar a ação de servidor público no processo de licitação ou na execução de contrato;

II - Prática fraudulenta: a falsificação ou omissão dos fatos, com o objetivo de influenciar o processo de licitação ou de execução de contrato;

III - Prática colusiva: esquematizar ou estabelecer um acordo entre dois ou mais participantes, com ou sem o conhecimento de representantes ou prepostos do órgão licitador, visando estabelecer preços em níveis artificiais e não-competitivos;

IV - Prática coercitiva: causar danos ou ameaçar causar dano, direta ou indiretamente, às pessoas ou sua propriedade, visando influenciar sua participação em um processo licitatório ou afetar a execução do contrato;

V - Prática obstrutiva: destruir, falsificar, alterar ou ocultar provas em inspeções ou fazer declarações falsas aos representantes do organismo financeiro multilateral, com o objetivo de impedir materialmente a apuração de alegações de prática prevista,

deste Edital, ou praticar atos com a intenção de impedir o organismo financeiro multilateral de promover inspeção.

§ 2º Na hipótese de financiamento, parcial ou integral, por organismo financeiro multilateral, mediante adiantamento ou reembolso, este organismo imporá sanção sobre uma empresa ou pessoa física, inclusive declarando-a inelegível, indefinidamente ou por prazo determinado, para a outorga de contratos financiados pelo organismo se, em qualquer momento, ficar constatado o envolvimento da empresa, diretamente ou por meio de um agente, em práticas corruptas, fraudulentas, oclusivas, coercitivas ou obstrutivas ao participar da licitação ou da execução um contrato financiado pelo organismo.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA PUBLICAÇÃO

I Incumbirá ao CONCEDENTE providenciar a publicação do extrato deste instrumento no Diário Oficial do e no seu respectivo sítio eletrônico, indicando a razão social, número de CNES e inscrição no CNPJ da entidade beneficiada, bem como o valor transferido.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DO FORO

I Fica eleito o Foro desta Comarca de Pato Branco - PR para dirimir quaisquer questões oriundas da execução deste Convênio ou de sua interpretação, sendo os casos omissos resolvido à luz da legislação vigente aplicável.

E por estarem de acordo com as cláusulas e condições acima estabelecidas, assinam o presente Termo, em duas vias de igual teor e forma.

Pato Branco – PR, 28 de julho de 2023

Lilium Cristina Brandalise
Secretária Municipal de Saúde

Robson Cantu - Prefeito Municipal
Município de Pato Branco –
Concedente

Sadao Yamamoto - Diretor Presidente
Instituto Policlínica PB - Convenente

Testemunhas:

Edna Cristina Martins Lopes

Karime Redivo

ANEXO I – PLANO DE TRABALHO

DADOS CADASTRAIS

1 – Dados Cadastrais da Instituição Proponente

Nome da Instituição Proponente: Instituto Policlínica PB

CNPJ: 12651010/0001-76

Endereço: Rua Pedro Ramires de Mello 361

Telefone: 046 21012101

E-mail institucional: adm@policlinicapb.com.br

Banco: do Brasil

Nº Agência: 8563-4

Nº Conta Corrente: 871-0

Nome do Responsável Legal da Instituição Proponente: Sadao Yamamoto

Função: Diretor Presidente **RG:** 347.685 **CPF:** 005.792.469-49

Telefone: 46 21012101 **E-mail:** adm@policlinicapb.com.br

Endereço: Rua Itapuã 510 – Bairro Brasília CEP 85.304-368 Pato Branco - PR

INTRODUÇÃO

O Hospital Filantrópico Policlínica é uma referência regional quando há demanda por atendimentos de maior complexidade quando a resolutividade é colocada em primeiro plano. Uma condição que não existe ao acaso. Conheça melhor nossa Instituição:

O Hospital Filantrópico Policlínica, uma entidade privada, sem fins lucrativos, que assumiu a gestão hospitalar da Policlínica Pato Branco S/A em agosto de 2015;

Foi certificado como Utilidade Pública por parte do Município de Pato Branco, em 22 de fevereiro de 2012; em 19/10/2015 obteve reconhecimento de Utilidade Pública pelo Governo do Paraná em 19/10/2015 e em 17/11/2016 obteve o certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social (CEBAS/ Saúde) foi concedido pelo Ministério da Saúde.

O Hospital Filantrópico Policlínica integra o Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do SUS Paraná (HOSPSUS), está credenciado pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para cirurgias cardíacas (adulto e pediatria), transplantes cardíacos e renais. É credenciado na UNACON com radioterapia, sendo unidade de alta complexidade em Oncologia, com serviço de cirurgia oncológica, quimioterapia e radioterapia;

Na área de Ortopedia e Traumatologia, tem credenciamento de alta complexidade pediátrica e é referência regional para os atendimentos da 7ª Regional de Saúde do Paraná.

Conta ainda com serviços de Hemodinâmica, Unidade de Terapia Renal (hemodiálise), UTI Adulto e UTI Neonatal e Pediátrica;

Além do Corpo Médico altamente capacitado, a instituição hospitalar prima pela excelência e pela humanização no atendimento. Desta forma, mantém-se em constante busca pelo treinamento e

aperfeiçoamento de todo seu corpo funcional, contando com equipe interdisciplinar capaz de atender os mais altos graus de exigências técnicas, bem como humanitários;

A estrutura de atendimento do hospital conta com 146 leitos para internação, sendo 102 leitos SUS. Dentre estes, são 13 leitos de UTI Adulto, e uma unidade mista com 5 leitos de UTI Pediátrica e 5 leitos de UTI Neonatal;

O hospital tem mais de 78% (sessenta por cento) de sua capacidade operacional instalada destinada ao SUS;

Em 2022, o Instituto completou sete anos de gestão dos serviços hospitalares filantrópicos. No mesmo ano realizou, via SUS:

- 10.529 internamentos;
- 31.644 atendimentos nos ambulatórios;
- 42.627 atendimentos no pronto atendimento;
- 7.850 cirurgias;

OBJETIVO GERAL

Auxiliar no custeio orçamentário da folha de pagamento dos colaboradores do Hospital Filantrópico Policlínica,

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Fortalecer a capacidade assistencial ao usuário do SUS;
- Promover a qualificação da prestação de serviços ao SUS
- Contribuir para a melhoria do acesso aos serviços de saúde de forma regionalizada e hierarquizada, de acordo com os níveis de complexidade.

FINALIDADE

Os recursos financeiros provenientes deste referido plano de trabalho serão aplicados em custeio da folha de pagamento dos colaboradores do Hospital Filantrópico Policlínica .

PLANO DE TRABALHO

(X) CONVÊNIO ORIGINAL

I – IDENTIFICAÇÃO DO ÓRGÃO PROPONENTE		
01 – CNPJ: 12.651.010/0001-76	02- NOME DO ORGÃO OU ENTIDADE: Instituto Policlínica PB	03- EXERCÍCIO 2023
04- ENDEREÇO COMPLETO: Rua Pedro Ramires de Mello, 361		06 – Bairro: Centro
07 – MUNICÍPIO Pato Branco	09 - CEP 85501-250	10 - UF PR
11- DDD 46	12- FONE: 21012101	14- E-MAIL adm@policlinicapb.com.br

15- NOME DO COORDENADOR RESPONSÁVEL PELO CONVÊNIO: Gabriela Izidro Portes	16- TELEFONE 46 21012101	17- E-MAIL adm@policlinicapb.com.br
18 – CONTA BANCÁRIA EXCLUSIVA PARA MOVIMENTAÇÃO DOS RECURSOS DO CONVÊNIO BANCO: Banco do Brasil		
AGÊNCIA: 8563-4		
Nº DA CONTA: 871-0		

DESCRIÇÃO DO PLANO DE TRABALHO

Identificação do Objeto: Custeio - Folha de pagamento dos colaboradores do Hospital Filantrópico Policlínica.			
Justificativa da relação entre custos e resultados, inclusive para aquilatação da equação custo/benefício do desembolso a ser realizado pela Administração em decorrência do convênio. O intuito da realização deste plano de trabalho é que se constitui como objeto deste convênio a transferência de recursos financeiros da Secretária à Conveniada (Hospital Filantrópico Policlínica), estes recursos terão como finalidade o custeio da folha de pagamento dos colaboradores do Hospital Filantrópico Policlínica, com os recursos disponibilizados poderemos continuar qualificados para o cumprimento das metas de prestação de serviços de natureza complementar ao Sistema Único de Saúde (SUS), de média e alta complexidade, com qualidade e resolutividade, atendendo às necessidades e demandas da população da região de abrangência, podendo contribuir na melhoria da gestão, agilidade e efetividade aos processos, melhoria nos serviços, a humanização permeando os processos e condições de trabalhos. Essa subvenção financeira auxiliará de forma complementar ao custeio das ações de atenção à saúde aos usuários do SUS regulados para atendimento hospitalar e ambulatorial nessa entidade.			
Destinatários do Serviço - População beneficiada: A população beneficiada será formada pelos habitantes da 7ª Regional de Saúde.			
ESPECIFICAÇÕES DE METAS, INDICADORES DE E MEIOS PARA AFERIÇÃO DO CUMPRIMENTO			
	Metas Qualitativas	Indicador de aferição de cumprimento das metas	Meios de verificação
1	Garantir atendimento médico hospitalar com resolutividade e integralidade aos pacientes do SUS.	Apresentar o faturamento dentro do mês das altas hospitalares SUS	Relatório do SUS
	Metas Quantitativas	Indicador de aferição de cumprimento das metas	Meios de verificação
1	Quantitativo mensal de colaboradores que atuam no Hospital Filantrópico Policlínica	Pagamento mensal	Recibo de pagamento dos colaboradores assistenciais para a realização de atendimentos aos usuários do SUS
2	Atendimentos dos pacientes do SUS	Taxa de atendimento SUS	Relatório de atendimento
Etapas/Fases de Execução	Data Início	Data Fim	Valor Total Previsto (R\$)
1. Pagamento folha	01/08/2023	31/12/2023	R\$ 3.211.408,67

PLANO DE APLICAÇÃO

Descrição	Total/R\$
DESPESAS CORRENTES:	
Custeio da folha de pagamento e encargos sociais	R\$ 3.211.408,67
Total das despesas correntes:	R\$ 3.211.408,67

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO FINANCEIRO:

1ª parcela R\$ 3.211.408,67	2ª parcela	3ª parcela	4ª parcela	5ª parcela
6ª parcela	7ª parcela	8ª parcela	9ª parcela	10ª parcela

DECLARAÇÃO DO TOMADOR

Na qualidade de representante legal do proponente DECLARO, para devidos fins de prova junto ao município de Pato Branco – Pr, para efeitos e penas da lei, que inexistem qualquer Débito em mora ou situação de inadimplência com o Tesouro Nacional/ Estadual/ Municipal, ou qualquer outro órgão ou entidade da Administração Pública Federal, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas nos orçamentos do Estado, na forma desse Plano de Trabalho.

Sadao Yamamoto - Diretor Presidente



VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 175F-35A8-4223-5D42

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ EDNA CRISTINA M. LOPES (CPF 518.XXX.XXX-49) em 28/07/2023 15:21:34 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- ✓ KARIME REDIVO (CPF 044.XXX.XXX-76) em 01/08/2023 12:09:47 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- ✓ LILIAM CRISTINA BRANDALISE (CPF 339.XXX.XXX-68) em 01/08/2023 13:31:13 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

- ✓ ROBSON CANTU (CPF 441.XXX.XXX-68) em 02/08/2023 09:37:32 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: AC Instituto Fenacon RFB G3 << AC Secretaria da Receita Federal do Brasil v4 << Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5 (Assinatura ICP-Brasil)

- ✓ INSTITUTO POLICLINICA PB (CNPJ 12.651.010/0001-76) em 03/08/2023 11:02:22 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://patobranco.1doc.com.br/verificacao/175F-35A8-4223-5D42>