



# PREFEITURA MUNICIPAL DE FARTURA

CNPJ 46 223 707 / 0001 - 68

**PRIMEIRO TERMO DE ADITAMENTO AO TERMO DE COLABORAÇÃO Nº 001/2019 M, que entre si celebram o Município de Fartura e a Santa Casa de Misericórdia de Fartura, para os fins que especifica.**

O **MUNICÍPIO DE FARTURA**, com sede na cidade de Fartura, na Praça Deocleciano Ribeiro, 444, neste ato representado pelo Prefeito, Sr. Hamilton Cesar Bortotti, portador da Cédula de Identidade RG 15.254.033 e do CPF 049.547.178-09, doravante designado simplesmente **MUNICÍPIO**, e a Santa Casa de Misericórdia de Fartura-SP, Entidade Filantrópica sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob nº 47.795.448/0001-02, com sede na Praça Dr. José Sebastião de Oliveira nº 44, Fartura-SP, representada pela presidente Sra. Nívea Dorotéia de Andrade Garcia Bortotti, portadora da cédula de identidade RG nº 16.665.665-3 e do CPF nº 252.955.478-17, doravante designado simplesmente **ENTIDADE**, com registro na Coordenadoria Municipal de Saúde, celebram o presente Termo Aditivo ao Termo de Colaboração nº 001/2019 M, mediante as cláusulas e condições a seguir estabelecidas e com a finalidade de prestar atendimento na área da saúde, utilizando recursos transferidos pelo Tesouro do Município.

## **CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

Constitui objeto deste Termo Aditivo acrescentar o valor de R\$ 100.000,00 (Cem mil reais), conforme plano de trabalho.

## **CLÁUSULA SEGUNDA - DO VALOR**

Será acrescido no valor do repasse R\$ 100.000,00 (cem mil reais), somado ao valor já acordado de R\$ 3.431.700,00 (três milhões, quatrocentos e trinta e um mil e setecentos reais), totalizando R\$ 3.531.700,00 (três milhões, quinhentos e trinta e um mil e setecentos reais), sendo este valor transferido pelo Município conforme cronograma de desembolso previsto em novo Plano de Trabalho aprovado.

## **CLÁUSULA TERCEIRA - DO PRAZO DE VIGÊNCIA**

O prazo de vigência do presente Termo Aditivo é a partir da data de assinatura a 31 de dezembro de 2019.

## **CLÁUSULA QUARTA - DA PUBLICAÇÃO**



# PREFEITURA MUNICIPAL DE FARTURA

CNPJ 46 223 707 / 0001 - 68

A eficácia deste Termo Aditivo fica condicionada à publicação do respectivo extrato no órgão de imprensa oficial do *MUNICÍPIO*, no prazo de 20 (vinte) dias a contar da data de sua assinatura.

## CLÁUSULA QUINTA – DA RATIFICAÇÃO

Ficam ratificadas as demais condições expressas nas cláusulas do instrumento ora aditado, especialmente em relação a seu objeto, aos direitos e obrigações das partes e à legislação que disciplina os convênios no âmbito da administração pública municipal.

E por estarem de acordo com as Cláusulas e condições ajustadas, firmam o presente Termo em 03 (três) vias de igual teor, na presença das testemunhas abaixo qualificadas.

Fartura, 21 de agosto de 2019.

Hamilton Cesar Bortotti  
Prefeito Municipal

Nívea Dorotéia de Andrade Garcia Bortotti  
Presidente

### Testemunhas:

1.

NOME: Pradara A. Baquetov  
RG: 48767829-1

2.

NOME: Anderson de Oliveira Rezina  
RG: 40496626-8

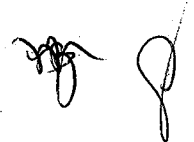
## PLANO DE TRABALHO

1 - DADOS CADASTRAIS					
Órgão / Entidade Proponente: SANTA CASA DE M DE FARTURA				CNPJ: 47.795.448/0001-02	
Endereço comercial: PRAÇA DR JOSE SEBASTIAO DE OLIVEIRA, 44					
Cidade:	UF:	CEP:	E-mail:	(DDD) Telefone:	(DDD) Fax:
FARTURA	SP	18.870-000	scfartura@bol.com.br	14 3382 1100	14 3382 1100
Conta Corrente:	Banco:	Agência:		E-mail	
7649-X	Banco do Brasil S/A	2055-9			
Nome do Representante Legal da Entidade:					CPF:
NIVEA DOROTEIA DE ANDRADE GARCIA BORTOTTI					252.955.478-17
RG/Órgão Exp.:		Cargo:		RG/Órgão Exp.:	
16.665.665 SSP/SP		PRESIDENTE		16.665.665 SSP/SP	
Endereço Residencial (completo)					CEP:
RUA VICENTE TRINDADE Nº 297 FARTURA/SP					18.870-000
Nome do Responsável pelo Projeto:					CPF:
ANDREIA LUCIMARA DE OLIVEIRA					144.322.258-58
RG/Órgão Exp.:		Cargo:		E-mail:	
18.913.586-4 SSP/SP		CONTADORA		scfartura@bol.com.br	
Endereço Residencial (completo)					CEP:
RUA ESTANISLAU ALVES DA SILVA, 132 BAIRRO COLINA VERDE - FARTURA/SP					18.870-000

2 - OUTROS PARTICIPES					
Nome do Representante Legal da Entidade:					CPF:
RG/Órgão Exp.:		Cargo:		E-mail:	
Endereço Residencial (completo)					CEP:
Nome do Responsável pelo Projeto:					CPF:
RG/Órgão Exp.:		Cargo:		E-mail:	
Endereço Residencial (completo)					CEP:

3 - DESCRIÇÃO DO PROJETO		
Título do Projeto:	Período de Execução	
MANUTENÇÃO PARA OS ATENDIMENTOS PRESTADOS NA AREA DA SAÚDE	Início: Mês e ano 01/09/2019	Término: Mês e ano 31/12/2019

Identificação do Objeto
<p>Constitui objeto deste convênio, a transferência de recursos financeiros para realização de serviços hospitalares aos cidadãos farturenses e demais cidadãos que necessitarem de serviços quando estejam no município de Fartura.</p> <p>Com os recursos provenientes deste plano de trabalho pretendemos adquirir medicamentos, materiais de enfermagem, materiais de limpeza, laboratório, raios X, gêneros alimentícios, pagamento de funcionários, encargos sociais, serviços de terceiros.</p>
Justificativa:



Devido ao grande volume de atendimentos e conseqüente aumento de exames laboratoriais, radiológicos e o alto consumo de materiais e medicamentos, aliados ao fato do aumento inflacionário de todos os produtos utilizados e ainda, ressaltamos que os repasses do SUS (Sistema Único de Saúde) estão congelados desde 2008, torna-se impossível o custeio mensal, sendo necessário a complementação financeira pelo município.

Serão cumpridas todas as etapas desde Plano de trabalho, visando a melhoria no atendimento, em benefício da população do município, mantendo uma equipe qualificada e dando recursos para que ela seja capaz de desenvolver suas atividades assistenciais a altura das necessidades da população usuária.

4 - CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO - META, ETAPA E FASE						
Meta	Etapa / fase	Descrição da Meta, Etapa, Fase	Indicador Físico		Duração	
			Unid.	Quant.	Início	Término
1	1 2 3	Atendimentos Hospitalares Pgto de pessoal Material de consumo Serviços de terceiros	Procedimentos	200	01/09/2019	31/12/2019

5 - CRONOGRAMA DE APLICAÇÃO (R\$)					
Meta	Etapa/ Fase	Especificação	Total	Concedente	Proponente
1	1 2 3	Atendimentos Hospitalares Pgto de Pessoal Material de consumo Serviços de Terceiros	100.000,00	100.000,00	0,00  0,00
<b>TOTAL GERAL</b>			<b>100.000,00</b>	<b>100.000,00</b>	<b>0,00</b>

#### 5.1 - QUADRO DETALHADO DO CRONOGRAMA DE APLICAÇÃO (R\$)

##### a) Pessoal e encargos:

Meta	Etapa Fase	Função	Situação	Qdade	Salário	Salário total mensal	Salário total anual	RECURSOS	
								Concedente	Proponente
2	1	Recepção	mensal	02	1400,00	2800,00	5600,00	5600,00	0,00
	1	Enfermeir	mensal	01	3500,00	3500,00	7.000,00	7.000,00	0,00
	1	Aux limpe	mensal	02	1600,00	3200,00	6.400,00	6.400,00	0,00
	1	Cozinheir	mensal	01	1598,00	1598,00	3.196,00	3.196,00	0,00
	1	Aux Farm	mensal	01	1800,00	1800,00	3.600,00	3.600,00	0,00

	1	Aux admi	mensal	01	2300,00	2300,00	4.600,00	4.600,00	0,00
	1	Aux enfer	mensal	03	2234,00	6702,00	13.404,00	13.404,00	0,00
<b>TOTAL GERAL</b>				11	1990,90	21900,00	43.800,00	43.800,00	0,00

**b) Material de Consumo:**

Meta	Etapa Fase	Descrição detalhada	Qdade	Unidade de fornecimento	Custo unitário	Custo total	RECURSOS	
							Concedente	Proponente
2	2	Medicamentos	02	mensal	9.610,00	19.220,00	19.220,00	0,00
	2	Mat méd hospitalar	02	mensal	12.000,00	24.000,00	24.000,00	0,00
	2	Gêneros Alimentíci	02	mensal	600,00	1.200,00	1.200,00	0,00
	2	Outros matconsumo	02	mensal	1.500,00	3.000,00	3.000,00	0,00
<b>TOTAL GERAL</b>			02	mensal	23.710,00	47.420,00	47.420,00	0,00

**c) Serviço de Terceiros (Pessoa Jurídica):**

Meta	Etapa Fase	Descrição detalhada	Qdade	Unidade de fornecimento	Custo unitário	Custo total	RECURSOS	
							Concedente	Proponente
2	3	Outros Serv Terc	02	mensal	2000,00	4.000,00	4.000,00	0,00
	3	Utilidade Pública	02	mensal	2.390,00	4.780,00	4.780,00	0,00
<b>TOTAL GERAL</b>			02	mensal	4.390,00	8.780,00	8.780,00	0,00

**6 - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO (R\$ 1,00)**

**Concedente:**

Meta	Fase	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
1	1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	2	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	3	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Total</b>		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Meta	Fase	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
1	1	0,00	0,00	21900,00	21900,00	0,00	0,00
	2	0,00	0,00	23710,00	23710,00	0,00	0,00
	3	0,00	0,00	4390,00	4390,00	0,00	0,00
<b>Total</b>		0,00	0,00	50000,00	50000,00	0,00	0,00

**Proponente:**

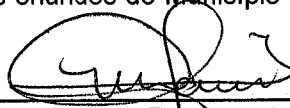
Meta	Fase	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
1	1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	2	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	3	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>Total</b>		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Meta	Fase	JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
1	1	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	2	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
	3	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

### 7 – DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal do Proponente, declaro, para fins de prova junto a Prefeitura Municipal de Fartura-SP, para os efeitos e sob as penas da lei, que inexistem quaisquer débitos em mora ou situação de inadimplência com qualquer órgão ou entidade da Administração Pública Federal, Estadual ou Municipal, que impeça a transferência de recursos oriundos do Município de Fartura, na forma desse Plano de Trabalho.

Fartura, 19 de agosto de 2019.  
Local e data

  
\_\_\_\_\_  
Proponente

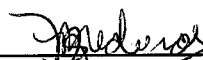
Aprovado

Local e Data

### 8 – APROVAÇÃO PELO CONCEDENTE

Aprovo o presente Plano de Trabalho.

\_\_\_\_\_  
Local e data

  
\_\_\_\_\_  
Concedente  
Nome do Secretário  
Responsável Legal da  
Unidade Concedente