



Santa Casa de Misericórdia de Leme

CNPJ: 51.381.903/0001-09 - I.E.: ISENTO

Fone: 19.3573-6500

www.santacasaleme.com.br

Rua Padre Julião, 1213 - Centro - Leme /SP CEP 13610-230

PLANO DE TRABALHO * 2025

Emenda Parlamentar * Deputada Estadual Marta Costa

R\$50.000,00 (cinquenta mil reais)

MUTIRÃO EXAMES DE TOMOGRAFIAS

01 – INFORMAÇÕES CADASTRAIS:

ENTIDADE: Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Leme

ENDEREÇO: Rua Padre Julião, nº 1213.

CIDADE: Leme – SP – CEP 136310-230 – TELEFONE: (19) 3573-6500

C.N.P.J. nº. -51.381.903/0001-09 – **CNES:** 2078074.

UTILIDADE PUBLICA MUNICIPAL: Lei 1.000 de 22/12/69

PROVEDORIA:

PROVEDOR: Paulo Sérgio Badra Pécora

Administradora Hospitalar:

Carmen Ap. Martins Milani Barufaldi – CRA/SP 126247

DADOS BANCÁRIOS

Caixa Econômica Federal:

Agência: 0899

Conta corrente: 0005 7729 8353-5 – marta costa – mutirão.

Liseleide de Barros Kinock
Secretária de Saúde


Carmen A.M.M. Barufaldi
ADM. Hospitalar
CRA-SP 126247



Santa Casa de Misericórdia de Leme

CNPJ: 51.381.903/0001-09 - I.E.: ISENTO

Fone: 19.3573-6500

www.santacasaleme.com.br

Rua Padre Julião, 1213 - Centro - Leme /SP CEP 13610-230

01 / INTRODUÇÃO:

A Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Leme é uma sociedade civil, sem fins lucrativos, reconhecida de Utilidade Pública Federal pelo Decreto n.º 86.238/ de 30/07/1980, pelo Decreto Estadual n.º 42.812 de 15/01/1998 e o pela Lei Municipal n.º 1.000 de 22/10/1969, registrada no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde n.º 2078074.

Atualmente a Santa Casa é referência na região com 112 leitos, destes 83 leitos estão disponibilizados os Usuários do Sistema Único de Saúde e presta atendimento ambulatorial, internação, urgência/emergência e SADT.

Tem como objetivo manter a prestação de serviços médico hospitalar para Leme e Santa Cruz da Conceição, além dos munícipes que são referenciados para Leme, mantendo e desenvolvendo ações de saúde e visa à promoção e assistência à saúde do indivíduo, sem finalidade lucrativa.

Atende mais de 10.300 usuários por mês e realiza em média 350 internações SUS, correspondendo a 80% do total de internações. Paralelamente, o hospital da Santa Casa de Leme oferece aos seus usuários serviços de apoio, como serviço social, psicologia, fisioterapia, farmácia, laboratório, serviço de imagem, centro de nutrição e dietética.

O Documento descritivo pretende estabelecer ações propiciando o fortalecimento da Assistência Hospitalar Filantrópica no Sistema único de Saúde (SUS), contribuindo com o enfrentamento da crise financeira desta instituição e possibilitando o resgate da assistência de forma organizada e conjunta.

II – Missão da Irmandade da Santa Casa de Leme.

Promover assistência com excelência e atendimento humanizado, respeitando a individualidade e proporcionando qualidade na recuperação da saúde.

III – Visão da Irmandade da Santa Casa de Leme

Almejar a qualificação contínua do profissional, desenvolvimento tecnológico, ampliando a credibilidade no atendimento.

Atendimentos: Atendimento Hospitalar e Ambulatorial de Pronto Socorro, com SADT em Média e Alta Complexidade.

02 / DA REALIDADE:

O recurso repassado é imprescindível para os atendimentos em sua integralidade de forma segura, eficiente e idônea, serão destinados para manter as ações em Saúde.

Assim, a Santa Casa de Leme deverá utilizar os recursos com base nos princípios de economicidade e eficiência, conforme cronograma de desembolso e itens de despesas.



Santa Casa de Misericórdia de Leme

CNPJ: 51.381.903/0001-09 - I.E.: ISENTO

Fone: 19.3573-6500

www.santacasaleme.com.br

Rua Padre Julião, 1213 - Centro - Leme /SP CEP 13610-230

03 - DO OBJETIVO:

Hospital sendo um Local adequado para todos os pacientes, com humanização atuando com conforme cronograma de desembolso e itens de despesas. consolidará com parâmetros de uma Santa Casa de Leme renomada e adequado com as normas da vigilância sanitária e metas do plano operativo 2025 (quantitativas e qualitativas) e o convênio 0001/2025, projetando ao futuro mais eficácia.

04 - METAS ETAPAS E FASES

Meta	Descrição Etapa	Resultado Esperado	Indicador de Resultado	Duração	
				Início	Término
1.	Aplicar o recurso conforme programação do desembolso.	Mutirão de exames de tomografia	Notas fiscais, comprovantes de pagamentos.	01.01.2025	31.12.2025

05-PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS


Meta	Fase/Etapa	Descrição	Valor
1	1.1.	Conforme desembolso concedente em parcela única.	R\$50.000,00

PROGRAMAÇÃO DE DESEMBOLSO CONCEDENTE PARA REALIZAÇÕES DE EXAMES DE TOMOGRAFIAS.

0206010010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVIC	R\$	130,14
0206010028	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-	R\$	151,65
0206010036	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORACI	R\$	130,14
0206010044	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS	R\$	130,13
0206010052	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOCO	R\$	130,13
0206010079	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRANIO	R\$	146,16
0206020015	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES	R\$	130,13
0206020023	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APE	R\$	130,13
0206020031	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX	R\$	204,62
0206030010	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPER	R\$	207,95
0206030029	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULACOES	R\$	130,13
0206030037	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA	R\$	207,95


Carmen A.M.M. Barufaldi

ADM.Hospitalar
CRA-SP 126247


Lisete O. Ganeck
Secretaria de Saúde



Santa Casa de Misericórdia de Leme

CNPJ: 51.381.903/0001-09 - I.E.: ISENTO

Fone: 19.3573-6500

www.santacasaleme.com.br

Rua Padre Julião, 1213 - Centro - Leme /SP CEP 13610-230

06/ Meta 1 – Realizações de cirurgias e Exames.

METAS ETAPAS

Meta	Descrição Etapa	Resultado Esperado	Indicador de Resultado	Duração	
				Início	Término
1.	exames de tomografia (mutirão).	Realizar exames de tomografias dentro do preconizados na etapa.	Notas fiscais, comprovantes de pagamento.	01.01.2025.	31.12.2025

07 / PROGRAMAÇÃO DE DESEMBOLSO CONCEDENTE.

EXAMES DE TOMOGRAFIAS	50.000,00
-----------------------	-----------

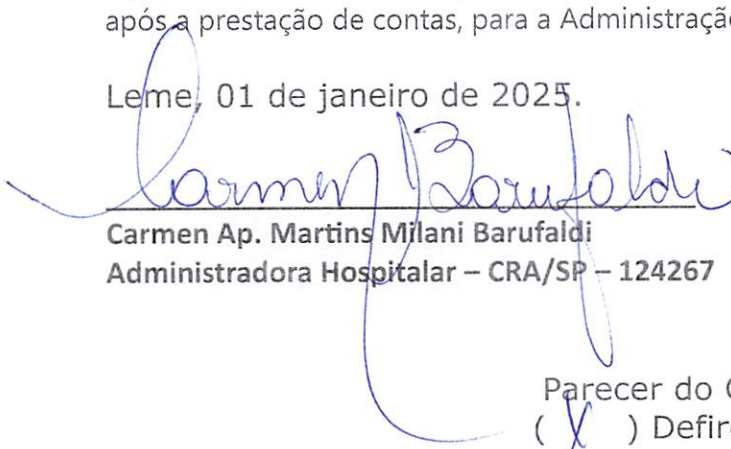
08/ PRESTAÇÕES DE CONTAS.

A Irmandade de Santa Casa de Misericórdia de Leme apresentará dentro do prazo de 45 (quarenta e cinco) dias as Prestações de Contas.

As Prestações de Contas serão de acordo com o Manual de prestação de Contas do Estado de São Paulo.

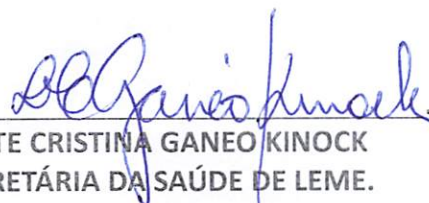
Além do monitoramento e avaliação exercida pela Santa Casa de Leme, fica também a Secretaria Municipal de Saúde de Leme e Conselho Municipal da Saúde, através de suas equipes de auditoria dar o parecer se o objetivo foi alcançado em 60 (sessenta) dias após a prestação de contas, para a Administração da Irmandade da Santa Casa de Leme.

Leme, 01 de janeiro de 2025.


Carmen Ap. Martins Milani Barufaldi
Administradora Hospitalar – CRA/SP – 124267

Parecer do Gestor Municipal de Saúde:
() Defiro () Indefiro

Leme, 01 de janeiro de 2025.


Sr.ª LISETE CRISTINA GANEO KINOCK
DD. SECRETÁRIA DA SAÚDE DE LEME.

Prefeitura do Município de Leme

Secretaria Municipal de SAÚDE

1ª substitua Dep. Marta Costa



QUARTO TERMO DE ADITAMENTO AO CONVÊNIO Nº 001/2025, FIRMADO ENTRE O MUNICÍPIO DE LEME, POR INTERMÉDIO DA SUA SECRETARIA DE SAÚDE, E A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE LEME.

O **MUNICÍPIO DE LEME/SP**, inscrito no CNPJ sob nº 46.362.661/0001-68, por intermédio da sua **SECRETARIA DE SAÚDE**, na qualidade de gestora do SUS/MUNICIPAL, situada na Avenida Dr. Hermínio Ometto, 705 - Jardim Alvorada, neste ato representado pela Secretária Municipal de Saúde, **Sra. LISETE CRISTINA GANÉO KINOCK**, brasileira, portadora da carteira de identidade RG: nº 11.213.119-0 SSP/SP, inscrito no CPF/MF sob nº 053.377.908-11, residente e domiciliada nesta cidade e Comarca de Leme/SP, doravante denominada simplesmente **SECRETARIA** e, a **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE LEME**, Hospital Filantrópico, inscrito no CNPJ sob nº 51.381.903/0001-09, código do CNES nº 2078074, neste ato representado pelo seu provedor, **Sr. PAULO SÉRGIO BADRA PÉCORA**, brasileiro, portador do RG: nº 7.102.910-2 e inscrito no CPF sob nº 715.368.688-68, residente e domiciliado nesta cidade e Comarca de Leme, Estado de São Paulo, a Rua João Batista Prado, 445 - Centro, doravante denominado **HOSPITAL**, de comum acordo, resolvem celebrar o presente termo de aditamento ao Convênio nº 001/2025, celebrado em 02 de janeiro de 2025, entre o Município de Leme, pela sua Secretaria de Saúde, e a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Leme, mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA DO ADITAMENTO

Considerando que o Município de Leme não possui hospitais próprios e nem tampouco hospitais universitários, sendo a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Leme o único hospital do município habilitado pelo sistema Único de Saúde (SUS) a atender pacientes para a realização de procedimentos de Pequena e Média Complexidade - MAC;

Considerando a Portaria GM/MS nº 1.034, de 05/05/2010, que dispõe sobre a participação de forma complementar das instituições privadas de assistência à saúde quando as disponibilidades forem insuficientes e dando a devida preferência às entidades filantrópicas e sem fins lucrativos;

Considerando a Lei Ordinária n.º 4.349 de 12 de dezembro de 2024 que autorizou o Executivo Municipal a celebrar Termo de Convênio e respectivos Termos Aditivos e de re-ratificação com a Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Leme;

Considerando a Resolução SS nº 264, de 14 de novembro de 2024 que Estabelece a transferência de recursos financeiros do Fundo Estadual de Saúde para Fundos Municipais de Saúde, em consonância ao programa 0930 - Atendimento Integral e Descentralizado no SUS/SP, decorrentes de Transferências Voluntárias, para o financiamento de ações e serviços para assistência integral à saúde da comunidade e dá providências decorrentes;

Considerando a necessidade da realização de exames de tomografia em razão do grande volume de pacientes na fila de espera;

As partes celebram o presente TERMO DE ADITAMENTO e celebram a re-ratificação através do presente adendo ao Convênio 001/2025, celebrado em 01 de janeiro de 2025, para o fim de proceder com o repasse de **R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais)**, conforme indicação do Plano de Trabalho para o Banco **Caixa Econômica Federal, agência 0899, conta-corrente: 0005 7729 8353-5**.

1 PAULO SÉRGIO BADRA
PECORA:71536868868

Assinado de forma digital por
PAULO SÉRGIO BADRA
PECORA:71536868868
Dados: 2025.02.27 19:57:35 -03'00'

Avenida Dr. Hermínio Ometto, 705 - Jardim Alvorada • CEP 13610-760 • Leme • SP

(19) 3573.6599 saude@leme.sp.gov.br • ouvidoriasaude@leme.sp.gov.br • www.leme.sp.gov.br

Carmen A.M.M. Barufato
ADM. Hospitalar
CRA-SP 126247

Prefeitura do Município de Leme

Secretaria Municipal de SAÚDE



CLÁUSULA SEGUNDA DO OBJETO

Realização de mutirão para exames de tomografia caracterizadas e elecadas no Plano de Trabalho.

CLÁUSULA TERCEIRA DA VIGÊNCIA

Este TERMO DE ADITAMENTO terá vigência em fevereiro de 2025 até dezembro de 2025, podendo custear exames realizados em datas anteriores dentro do ano de 2025.

CLÁUSULA QUARTA DAS OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO

São obrigações do MUNICÍPIO:

- I- Transferir os recursos financeiros consignados na Cláusula primeira do presente termo aditivo, mediante repasses na conformidade do cronograma de desembolso estabelecido no plano de trabalho da entidade.
- II- Supervisionar, acompanhar e avaliar, os serviços prestados pela ENTIDADE em decorrência deste termo aditivo;
- III- Examinar e aprovar as prestações de contas dos recursos financeiros repassados a ENTIDADE;
- IV- Assinalar prazo para que a ENTIDADE adote providências necessárias para o exato cumprimento das obrigações decorrentes deste termo aditivo;
- V- Comunicar ao conselho Municipal de Saúde as irregularidades verificadas e não-sanadas pela ENTIDADE quanto à qualidade de serviços prestados e quanto aplicação dos recursos.

CLÁUSULA QUINTA DAS OBRIGAÇÕES DA ENTIDADE

São obrigações da ENTIDADE:

- I- Executar o objeto dentro da data estabelecida no plano de trabalho;
- II- Aplicar integralmente todos os recursos financeiros repassados pelo MUNICÍPIO objeto deste termo aditivo, conforme estabelecido na Cláusula Primeira, comunicando a administração pública com antecedência em casos do limite financeiro ser ultrapassado;
- III- Apresentar mensalmente ao MUNICÍPIO o relatório das atividades desenvolvidas e da aplicação dos recursos financeiros recebidos.

CLÁUSULA SEXTA DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA E DOS EFEITOS FINANCEIRO

As despesas decorrentes da execução deste Termo correrão por conta da dotação orçamentária do orçamento vigente:

Fonte: 2 - Estadual

Nº: 02.11.02-103020025.2.072000-3.3.50.39

Despesa: 10548

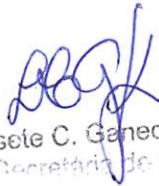
Código de Aplicação: 801.0016


R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais)

CLÁUSULA SÉTIMA

PAULO SERGIO
BADRA
PECORA:7153686886

Assinado de forma digital
por PAULO SERGIO BADRA
PECORA:7153686886
Dados: 2025.02.27 19:59:46
-03'00'


Lisete C. Ganevo Kinock
Secretária de Saúde


Carmen A.M.M. Barufal
ADM.Hospitalar
CRA-SP 126247

Prefeitura do Município de Leme

Secretaria Municipal de SAÚDE



DO CRONOGRAMA DESEMBOLSO

A entidade receberá o recurso financeiro de R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais)
Em parcela única.

CLÁUSULA OITAVA DA RESTITUIÇÃO

A **CONVENIADA** compromete-se a restituir, no prazo de 30 (trinta) dias, os valores repassados pelo **MUNICÍPIO**, atualizados pelos índices de remuneração da caderneta de poupança, a partir da data de seu recebimento, nas seguintes hipóteses:

- Inexecução do objeto do convênio;
- Não apresentação do relatório de execução físico-financeira e prestação de contas, nos prazos exigidos;
- Utilização dos recursos financeiros em finalidade diversa da estabelecida.

Parágrafo Único – Quando da conclusão, denúncia, rescisão ou extinção deste convênio, os saldos financeiros remanescentes, inclusive os provenientes das receitas obtidas das aplicações financeiras realizadas, serão devolvidos à **CONVENIENTE**, no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias do evento, sob pena da imediata instauração da tomada de contas especial do responsável, providenciada pela autoridade competente do órgão ou entidade titular dos recursos.

CLÁUSULA NONA DAS OBRIGAÇÕES ESPECÍFICAS

Além das obrigações já assumidas no Convênio nº 001/2025, celebrado em 01 de janeiro de 2025, fica o HOSPITAL obrigado a apresentar prestação de contas à Secretaria Municipal de Saúde, de acordo com as normas do Tribunal de Contas do Estado.

CLÁUSULA DÉCIMA DA RATIFICAÇÃO

Os textos e valores aditados, constantes deste termo, bem como o Plano de Trabalho ficam fazendo parte integrante e inseparável do Convênio 001/2025 celebrado em 01 de janeiro de 2025, suas alterações e aditamentos entre o Município de Leme, pela sua Secretaria de Saúde, e a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Leme, ficando, ainda, ratificadas as demais cláusulas e condições do aludido Convênio, alterações e aditamentos, que com este termo não conflitem.

E, por estarem de acordo, firmam o presente Termo de Aditamento em 02 (duas) vias de igual teor, para que produza os efeitos legais.

Leme/SP, 27 de fevereiro de 2025

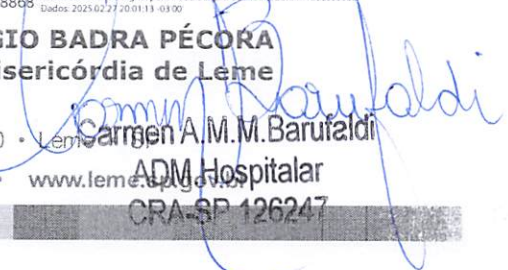

LISETE CRISTINA GANEO KINOCK
Secretária de Saúde do Município

Assinado de forma digital por PAULO SERGIO BADRA PECORA:7153686868
Dados: 2025.02.27 20:01:13 -03'00'

PAULO SÉRGIO BADRA PÉCORA
Provedor da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Leme

3

Avenida Dr. Hermínio Ometto, 705 – Jardim Alvorada • CEP 13610-760 • Leme/SP
(19) 3573.6599 saude@leme.sp.gov.br • ouvidoria.saude@leme.sp.gov.br • www.leme.sp.gov.br


Carmen A.M.M. Barufaldi
ADM Hospitalar
CRA-SP 126247



Proc. Administrativo 3- 1.886/2025

De: Thiago L. - SSAU-CPG-NAA

Para: SEFIN-DC-NCS - Núcleo Contábil da Saúde

Data: 05/03/2025 às 10:55:43

Setores envolvidos:

SSAU, SSAU-CPG-NPTS, SSAU-CPG-NAA, SEFIN-DC-NCS

4ºT.A. - Convênio 001/2025 - Santa Casa

Prezada,

Sirvo-me do presente para solicitar o pagamento no valor de : **R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais)**, referente ao 4º T.A. ao Convênio 001/2025.

Conforme Empenhos: nº 2603

At. te.

—
Thiago Gabriel Landgraf

Chefe do Núcleo de Apoio Administrativo





VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: AC18-D944-0BD1-22F1

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

- ✓ LISETE CRISTINA GANÉO KINOCK (CPF 053.XXX.XXX-11) em 05/03/2025 11:00:39 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://prefeituraleme.1doc.com.br/verificacao/AC18-D944-0BD1-22F1>