



**Prefeitura de
SOROCABA**

Secretaria da Saúde

Divisão de Administração de Convênios
Seção de Convênios

Sorocaba, ____ de _____ de 2020.

Ao
Hospital Santa Casa

Ref.: Termo de Prorrogação de Convênio e Anexo RP-11 do PA nº 6.258/20 ref. ao período de 01/11 a 30/11/20 - via da Instituição.

Através deste, encaminhamos o Termo de Prorrogação de Convênio - PA nº 6.258/20 ref. ao período de 01/11 a 30/11/20 e Anexo RP-11, com as devidas assinaturas, para arquivo da Entidade.

Atenciosamente,


Érika Amendola Barreto
Assist. de Adm. II

Protocolo de recebimento:

Recebido por: _____
(nome por extenso)

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

TERMO DE PRORROGAÇÃO DE CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE SOROCABA, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DA SAÚDE - SES, E A IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOROCABA.

Processo Administrativo nº 6258/2020

O **MUNICÍPIO DE SOROCABA**, neste ato denominado **CONVENENTE**, pessoa jurídica de direito público, inscrita no CNPJ sob o nº 46.634.044/0001-74, localizada na Avenida Engenheiro Carlos Reinaldo Mendes nº 3.041, no Bairro Alto da Boa Vista, Sorocaba/SP CEP: 18013-280, neste ato e representada pela Prefeita Jaqueline Lilian Barcelos Coutinho, portadora da Cédula de Identidade RG nº 14.052.560 e do CPF nº 085.106.968-10.

E

A **IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SOROCABA**, pessoa jurídica de direito privado, instituição filantrópica, sem fins lucrativos, com estatuto registrado sob nº88.097, no 1º Oficial de Registro Civil de Pessoas Jurídicas da Comarca de Sorocaba/SP, com sede na Avenida São Paulo, nº 750, CEP 18013- 002, Sorocaba/SP, devidamente inscrita no CNPJ sob nº 71.485.056/0001-21, neste ato representada pelo seu Superintendente Sr. Reinaldo Beserra dos Reis, portador da Cédula de Identidade RG. nº4.339.007-9 e do CPF nº434.196.158-68, doravante denominada **CONVENIADA**.

Com fundamento no art. 199 da Constituição Federal, nos art. 65 e 116 da Lei Federal nº 8.666/93, na Lei Federal nº 8.080/90, na Lei Federal nº 8.142/90 e no Decreto Municipal nº 22.103/15, celebram o presente termo aditivo e de prorrogação firmado no processo administrativo 6258/2020, conforme disposto a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DA PRORROGAÇÃO

1.1 Por meio deste termo, fica o convênio celebrado em 28/02/2020, prorrogado por 1 (um) mês, a partir de 01/11/2020 até 30/11/2020, nos termos do art. 57, inciso II, da Lei 8.666/93.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO VALOR

2.1 Dá-se ao presente termo, o valor de R\$ 9.149.999,07 (Nove milhões, cento e quarenta e nove mil, novecentos e noventa e nove reais e sete centavos).

2.2 Os valores que serão repassados por meio deste instrumento são oriundo(s) da(s) seguinte(s) fonte(s) de recurso(s):

Órgão	Econômica	Função	Subfunção	Programa	Ação	Fonte	Cód Aplicação
18.01.00	3.3.90.39.50	10	302	1001	2222	01	3020000
18.01.00	3.3.90.39.50	10	302	1001	2222	05	3020001

CLÁUSULA TERCEIRA – DA RATIFICAÇÃO

3.1 Ficam ratificadas todas as demais cláusulas do convênio inicial, que não foram modificadas pelo presente.

E por estarem assim justos e acordados, os partícipes firmam o presente **CONVÊNIO**, em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas infra-assinadas.

Palácio dos Tropeiros, 28 de Outubro de 2020, 366º da Fundação de Sorocaba.


JAQUELINE LILIAN BARCELOS COUTINHO
Prefeita de Sorocaba


REINALDO BESERRA DOS REIS
Superintendente Irmandade Santa Casa
de Misericórdia de Sorocaba

Testemunha 1


MARCOS FABRÍCIO DOS SANTOS
Secretário da Saúde

Testemunha 2

Juliana Karoline Honorato
Administração
Secretaria da Saúde
Nome:
CPF: 399.528.218-08

**ANEXO RP-11 - REPASSES AO TERCEIRO SETOR - TERMO DE CIÊNCIA
E DE NOTIFICAÇÃO - TERMO DE CONVÊNIO**

ÓRGÃO/ENTIDADE PÚBLICO(A): PREFEITURA DE SOROCABA

CONVENIADA: IRMANDADE DA SANTA CASA DE MISERICORDIA DE SOROCABA

TERMO DE CONVÊNIO Nº(DE ORIGEM): PA 6.258/2020

OBJETO: Prestação de serviços assistenciais de saúde no âmbito ambulatorial e hospitalar aos usuários do Sistema Único de Saúde, bem como integrar a instituição no Sistema Único de Saúde (SUS) e definir a sua inserção na rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, visando a garantia da atenção integral a saúde dos munícipes que integram a região de saúde na qual o Município de Sorocaba esta inserido.

VALOR DO AJUSTE/VALOR REPASSADO (1): R\$ 9.149.999,07

EXERCÍCIO (1): Vigência de 01 a 30/11/2020

ADVOGADO(S)/ Nº OAB / E-MAIL : (2) _____

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. Estamos CIENTES de que:

- a) o ajuste acima referido e seus aditamentos / o processo de prestação de contas, estará(ão) sujeito(s) a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
- b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraíndo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, conforme dados abaixo indicados, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;
- c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;
- d) as informações pessoais do(s) responsável(is) pelo órgão concedor e entidade beneficiária, estão cadastradas no módulo eletrônico do "Cadastro Corporativo TCEP – CadTCEP", nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2020, conforme "Declaração(ões) de Atualização Cadastral" anexa (s);

2. 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.

LOCAL e DATA: SOROCABA, 28 de outubro de 2020

AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENIENTE:

Nome: JAQUELINE LILIAN BARCELOS COUTINHO

Cargo: PREFEITA

CPF: 085.106.968-10

AUTORIDADE MÁXIMA DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA:

Nome: REINALDO BESERRA DOS REIS

Cargo: SUPERINTENDENTE EXECUTIVO

CPF 434.196.158-68

Responsáveis que assinaram o ajuste e/ou Parecer Conclusivo:

PELO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENIENTE:

Nome: JAQUELINE LILIAN BARCELOS COUTINHO

Cargo: PREFEITA

CPF: 085.106.968-10

Assinatura: 

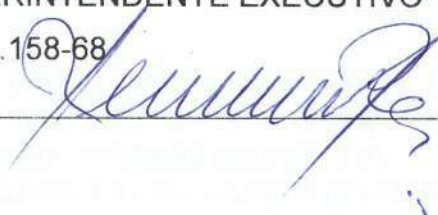
Responsáveis que assinaram o ajuste e/ou prestação de contas:

PELA ENTIDADE CONVENIADA:

Nome: REINALDO BESERRA DOS REIS

Cargo: SUPERINTENDENTE EXECUTIVO

CPF 434.196.158-68

Assinatura: 

(1) Valor repassado e exercício, quando se tratar de processo de prestação de contas.

(2) Facultativo. Indicar quando já constituído, informando, inclusive, o endereço eletrônico.