

### TERMO ADITIVO Nº 06/2024 AO CONTRATO Nº 017/SMS/2023

**PROCESSO SEI Nº:** 6018.2023/0087025-0

**CONTRATANTE:** PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO por meio de sua SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE/FUNDO MUNICIPAL DA SAÚDE

**CONTRATADA:** ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SOCIAL NOSSA SENHORA DO PARI

**OBJETO DO CONTRATO:** Prestação de assistência à saúde pela CONTRATADA, que integrará o Sistema Único de Saúde – SUS/São Paulo.

**OBJETO DO ADITAMENTO:** Repasse da assistência financeira complementar da União destinada ao cumprimento do piso salarial nacional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e parteiras, conforme a Portaria GM/MS Nº 3.206, de 23 de Fevereiro de 2024, Portaria GM/MS Nº 5.424, de 24 de Setembro de 2024.

**DOTAÇÃO:** 84.10.10.302.3026.4.113.3.3.50.39.00.02.1.605.1481.1

O MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, por meio de sua **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE/FUNDO MUNICIPAL DA SAÚDE**, com sede na Rua Doutor Siqueira Campos, nº 172, bairro: Liberdade, São Paulo - SP, CEP: 01509-020, inscrita no CNPJ sob o nº 13.864.377/0001-30, neste ato representado por **LUIZ CARLOS ZAMARCO**, Secretário Municipal da Saúde, doravante designada simplesmente por **CONTRATANTE**, e a **ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SOCIAL NOSSA SENHORA DO PARI**, associação civil beneficente, sem fins lucrativos, com sede em São Paulo, na Rua Hannemann, n.º 234, CEP n.º 03031-040, Pari, São Paulo, inscrita no CNPJ sob o nº 05.245.390/0001-83, inscrita no CREMESP sob o nº 933805, CNES nº 2091399, neste ato, representada por sua Diretora Presidente **ANA CECILIA DA SILVA SANTOS**, portadora da cédula de identidade nº 18.418.273-6, e inscrita no CPF/MF sob o nº 100.021.488-54, adiante, designada como **CONTRATADA**, encontrar-se dentro da hipótese prevista no art. 25, caput, da Lei Federal nº 8.666/93, e considerando o disposto no art. 199, § 1º, da Constituição da República, art. 215, § 1º, da Lei Orgânica do Município, e artigos 4º, § 2º e 24 a 26, a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, em especial o disposto no art. 9º sobre a Direção Única do SUS que deve ser exercida em cada esfera de governo sendo que, no âmbito dos Municípios, por sua Secretaria da Saúde ou órgão competente e a Lei Municipal nº 13.317/02, e da Portaria GM/MS Nº 3.416 de 25 de março de 2024, resolvem celebrar o presente **TERMO ADITIVO Nº 06/2024 AO CONTRATO Nº 17/SMS/2023**, consoante ao Despacho Autorizatório publicado no DOC/SP de 22/10/2024, consubstanciado no presente instrumento cujas cláusulas seguem abaixo.

#### **CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

O presente Termo o tem por objeto repassar a assistência financeira, complementar da União destinada ao cumprimento do piso salarial nacional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e parteiras, com base na **Portaria GM/MS Nº 3.206, de 23 de fevereiro de 2024, Portaria GM/MS Nº 5.424, de 24 de setembro de 2024.**

### **CLÁUSULA SEGUNDA – DAS CONDIÇÕES GERAIS**

A CONTRATADA é elegível para o recebimento da assistência financeira de que trata este aditivo na qualidade de Entidades privadas contratualizadas ou conveniadas, nos termos do § 1º do art. 199 da Constituição, que atendam, pelo menos, 60% (sessenta por cento) de seus pacientes pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

**Parágrafo único** - Ao CONTRATADO deverá manter em arquivo, pelo prazo de cinco anos, os documentos comprobatórios da realização do pagamento da complementação aos profissionais beneficiados.

### **CLÁUSULA TERCEIRA – DO PREÇO**

A CONTRATADA receberá os recursos da **Portaria GM/MS Nº 3.206, de 23 de fevereiro de 2024, Portaria GM/MS Nº 5.424, de 24 de setembro de 2024** que perfazem o valor total de **R\$ 30.900,04** (trinta mil, novecentos reais e quatro centavos), conforme quadro abaixo:

PISO ENFERMAGEM CONSOLIDADO POR PORTARIAS DE REPASSE				
CNES	INSTITUIÇÃO	PORTARIA 3.206/2024	PORTARIA 5.424/2024	total
		Valor Mensal fev/24	Valor Mensal setembro/24	
2091399	ASSOC.BEN.NOSSA SRA. DO PARI	17.377,09	13.522,95	30.900,04

**Parágrafo único:** O não repasse pelo Ministério da Saúde dos valores correspondentes às instituições não transfere para a Secretaria Municipal de Saúde – SMS/SP a obrigação de complementar o piso salarial nacional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e parteiras, os quais são de responsabilidade do Ministério da Saúde para todos os efeitos legais.

### **CLÁUSULA QUARTA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS**

As instituições/estabelecimentos de saúde beneficiados estão obrigados a apresentar relatório para prestação de contas, comprovando que os recursos foram integralmente repassados para os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e parteiras, até o quinto dia útil do mês subsequente ao repasse, conforme ANEXO I.

O relatório para prestação de contas, deverá ser entregue e protocolado na Divisão de Controle da Coordenadoria de Avaliação e Controle da Assistência Complementar/CACAC, a sua versão digitalizada deverá ser enviada para o endereço de e-mail: [divisaodecontrole@prefeitura.sp.gov.br](mailto:divisaodecontrole@prefeitura.sp.gov.br), para que seja encaminhado por expediente SEI, para a Coordenadoria de Finanças e Orçamento – CFO, para que possa compor o Relatório Anual de Gestão - RAG do respectivo ente federativo beneficiado.

### **CLÁUSULA QUINTA – DA RATIFICAÇÃO**

Ficam ratificadas as demais cláusulas e condições do Contrato Inicial e suas alterações posteriores, que não estão sendo modificadas por este instrumento.

### **CLÁUSULA SEXTA – DA PUBLICAÇÃO**

O presente contrato será publicado, por extrato, no Diário Oficial do Município, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

**CLÁUSULA SÉTIMA – DO FORO**

As partes elegem o foro da Capital, com exclusão de qualquer outro por mais privilegiado que seja para dirimir questões oriundas ou omissas no presente contrato que não puderem ser resolvidas pelas próprias CONTRATANTES ou pelo Conselho Municipal de Saúde.

E por estarem as partes justas e contratadas, firmam o presente CONTRATO em 01 (uma) via, na presença de 02 (duas) testemunhas, abaixo assinadas.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

---

**LUIZ CARLOS ZAMARCO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

---

**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SOCIAL NOSSA SENHORA DO PARI**

TESTEMUNHAS: *Maria José Gomes Voinichs*

Diretora Tesoureira

## SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

### ANEXO I – Relatório para Prestação de Contas

#### PRESTAÇÃO DE CONTAS DO COMPLEMENTO DO PISO NACIONAL DE ENFERMAGEM

DEMONSTRATIVO INTEGRAL DAS RECEITAS E DESPESAS

COMPETÊNCIA (mês/ano): 00/0000

#### FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE – FMS / SUS / RECURSO FEDERAL

Nome do Órgão Concessor: Secretaria Municipal da Saúde

Portarias: GM/MS nº XXXX de XX/XX/XXX e GM/MS nºXXXX, de XX/XX/XX

Objeto: Complemento Piso Salarial de Enfermagem

Período: 00/00/0000 a 00/00/0000

Nome da Instituição/Estabelecimento de Saúde:

CNPJ:

CNES:

Endereço Completo:

Valor Repassado: R\$

Nº da Ordem Bancária (OB):

Data do Crédito Bancário: 00/00/0000

RELAÇÃO DOS PROFISSIONAIS BENEFICIADOS COM O COMPLEMENTO SALARIAL DO PISO NACIONAL DE ENFERMAGEM							
SEQ.	NOME DO BENEFICIADO	CARGO	Nº REGISTRO NO CONSELHO DE ENFERMAGEM	Nº DO CPF	NATUREZA DA DESPESA (POR EXEMPLO: PESSOAL E ENCARGOS SOCIAIS)	DATA DO PAGAMENTO	VALOR DO COMPLEMENTO SALARIAL (R\$)
1							
2							
3							
PREENCHER COM A QUANTIDADE DE LINHAS QUE FOREM NECESSÁRIAS, PARA REGISTRAR TODOS OS BENEFICIADOS QUE RECEBERAM O COMPLEMENTO DO PISO DE ENFERMAGEM							
						<b>TOTAL</b>	
(DEVERÁ SER IGUAL AO VALOR REPASSADO)							

Declaro(amos), na qualidade de responsável(eis) legal(ais) da instituição/estabelecimento de saúde supra epigrafada, sob as penas da Lei, que a despesa relacionada comprova a exata aplicação dos recursos recebidos para os fins indicados.

#### Assinatura(as):

Nome, Cargo e Nº do CPF,

Representante(s) Legal(ais),

Nome da Instituição/Estabelecimento de Saúde