

**TERMO ADITIVO Nº 08/2024 AO CONTRATO Nº 03/SMS/2023**

**PROCESSO SEI Nº:** 6018.2023/0026931-9 ✓

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

**CONTRATADA:** ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE EBENEZER ✓

**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 4.124, de 27 de maio de 2024, Portaria GM/MS Nº 4.631, de 27 de junho de 2024 e Portaria GM/MS Nº 4.926, de 25 de julho de 2024. ✓

**DOTAÇÃO:** 84.10.10.302.3026.4.113.3.3.50.39.00 - Fonte 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 EBENEZER** com sede em São Paulo, na Rua Salvador Simões nº 801, 10º andar Vila D. Pedro I, CEP: 04.276-000, inscrita no CNPJ sob o nº 06.950.310/0001-53, CNES nº 7385978, com registro no Conselho Regional de Medicina – CREMESP sob o nº 953664, neste ato representado por **CIRO YOSHISADA MINEI**, portador do RG: 2.337.650-8 e CPF: 019.454.408-72, 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 08/2024 AO CONTRATO Nº 03/SMS/2023**, consoante ao Despacho Autorizatório

publicado no DOC/SP de 30/09/2024, 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 4.124, de 27 de maio de 2024, Portaria GM/MS Nº 4.631, de 27 de junho de 2024 e Portaria GM/MS Nº 4.926, de 25 de julho de 2024, conforme a Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017.

**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 4.124, de 27 de maio de 2024, Portaria GM/MS Nº 4.631, de 27 de junho de 2024 e Portaria GM/MS Nº 4.926, de 25 de julho de 2024**, que perfazem o valor total de **R\$ 54.213,56** (cinquenta e quatro mil e duzentos e treze reais e cinquenta e seis centavos), conforme quadro abaixo:

PISO ENFERMAGEM CONSOLIDADO POR PORTARIAS DE REPASSE				
CNES	INSTITUIÇÃO	PORTARIA 4.124/2024	PORTARIA 4.631/2024	PORTARIA 4.926/2024
		Valor Mensal maio/24	Valor Mensal Junho/24	Valor Mensal Julho/24
4651693	UNIIDADE CIES LUZ CAMPOS ELISEOS	R\$ -	R\$ -	R\$ 4.818,98
7293194	UNIDADE ITAQUERA CIES	R\$ 1.861,18	R\$ 1.861,18	R\$ 1.487,34
7355033	UNIDADE BRASILÂNDIA CIES	R\$ 1.000,82	R\$ 1.000,82	R\$ 729,84
7363567	UNIDADE HD SANTO AMARO CIES	R\$ 2.563,48	R\$ 2.563,48	R\$ 1.572,48
7385978	UNIDADE HD PIRITUBA CIES	R\$ 3.704,70	R\$ 3.704,76	R\$ 3.012,16
9014748	UNIDADE TUCURUVI CIES	R\$ 1.580,26	R\$ 1.580,26	R\$ 1.281,62
9400524	UNIDADE CID. TIRADENTES CIES	R\$ 579,44	R\$ 579,44	R\$ 476,58
9461353	UNIDADE HD CARRAO CIES	R\$ 2.405,42	R\$ 2.405,42	R\$ 2.003,80
9539824	UNIDADE AE SANTO AMARO CIES	R\$ 2.862,00	R\$ 2.862,00	R\$ 2.347,58
9744223	UNIDADE SÃO MATEUS CIES	R\$ 1.281,74	R\$ 1.281,74	R\$ 805,04
	TOTAL	R\$ 17.839,04	R\$ 17.839,10	R\$ 18.535,42

**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 subseqüente 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, 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, 30 de setembro de 2024.

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

  
\_\_\_\_\_  
**CIRO YOSHISADA MINEI**  
**ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE EBENEZER**

TESTEMUNHAS:

  
Amândia dos Santos Silva  
CPF: 475.868.928-85

  
Benedicto Accacio Borges Neto  
CPF: 006.033.518-16  
RG: 5.108.299-8

## 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							
<b>PREENCHER COM A QUANTIDADE DE LINHAS QUE FOREM NECESSÁRIAS, PARA REGISTRAR TODOS OS BENEFICIADOS QUE RECEBERAM O COMPLEMENTO DO PISO DE ENFERMAGEM</b>							
						<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