



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OSVALDO CRUZ-S.P.  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**CONVENIO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS ENTRE A  
PREFEITURA MUNICIPAL DE OSVALDO CRUZ (ATRAVES DA  
SECRETARIA DE SAÚDE) E A APAE DE OSVALDO CRUZ.**

**Convenio nº. 002/2018**

Celebram entre si o Convenio, a **Prefeitura Municipal de Oswaldo Cruz, através da Secretaria de Saúde e a APAE** do município de Oswaldo Cruz/SP, para prestação de serviços de assistência à saúde e atendimento ambulatorial aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS.

Pelo presente instrumento, os abaixo assinados, de um lado a Prefeitura Municipal de Oswaldo Cruz, com sede na Praça Hermínio Elorza, n.º 448, através da Secretaria Municipal de Saúde de Oswaldo Cruz, CNPJ n 11.582.812/0001/09, sito à Avenida Presidente Kennedy, n.º 686, neste ato representado pelo Prefeito Municipal EDMAR CARLOS MAZUCATO, brasileiro, casado, RG n.º 19.630.757 SSP-SP, CPF n.º 058.724.958-70, residente na Rua Azaleia, n.º 175, Residencial Amarelos, Oswaldo Cruz - SP, e senhora IVETE IZILDINHA ALVES CONCA, secretária municipal de saúde, portador da carteira de identidade n.º 7.443.459, expedida pela SSP-SP, e inscrito no CPF/MF sob n.º 158.745.363-17, com endereço na Rua Hans Klotz, 36-A Centro, Oswaldo Cruz - SP, doravante denominada simplesmente **CONVENIENTE**, e de outro lado o(a) APAE Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais, inscrito(a) no CNPJ/MF sob o n.º 53.311.965/0001-61, com sede na Rua Rua Yutaka Abe n.º 20 A - Jardim Júlia, Oswaldo Cruz- SP, com CNAS: 71000.134994/2014-19 e CNES: 3496768, neste ato representado pelo seu representante legal Wilson Marquez, brasileiro, casado, empresário, portador da cédula de identidade n.º 10.503.015-6, expedida pela SSP/SP, e inscrito(a) no CPF/MF sob n.º 017.577.458-74, doravante denominada **CONVENIADA**, tendo em vista o que dispõe a Constituição Federal, em especial em seus artigos n.º 196 a 200, as Leis Federais n.º 8.080/90, n.º 8142/90 e n.º 8.666/93 e suas respectivas alterações posteriores, as Portaria GM/MS n.º 1.034/2010 e n.º 3.687/2017, assim como demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, **RESOLVEM** celebrar o presente **CONVÊNIO** de prestação de serviços de assistência à saúde do Sistema Único de Saúde - SUS mediante as seguintes cláusulas e condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

Rua Fernando Costa, n.º 645 - (18)3528-2230  
CEP 17700-000 - Oswaldo Cruz-SP- CNPJ n.º 53.300.356/0001-07  
visite nosso site: [www.osvaldocruz.sp.gov.br](http://www.osvaldocruz.sp.gov.br)  
e-mail: [smsaude@osvaldocruz.sp.gov.br](mailto:smsaude@osvaldocruz.sp.gov.br)



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OSVALDO CRUZ-S.P.**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

§ 1º - O presente Convênio tem por objeto a continuidade da prestação de serviços de saúde conforme estabelecido na portaria Nº 3.687, de 22 de Dezembro de 2017, para realização de procedimentos de **atendimento/acompanhamento ambulatorial de pacientes em reabilitação do desenvolvimento neuropsicomotor e deficiência intelectual** aos usuários do SUS - Sistema Único de Saúde, de acordo com as normas do SUS, que passa a ser renumerado a partir da competência de janeiro de 2018, a saber, segue os procedimentos que fazem parte desse CONVÊNIO.

SUBGRUPO DE PROCEDIMENTOS CONVENIADOS	FINANCIAMENTO MAC			
	MENSAL			
	MC		AC	
	Físico	Financeiro	Físico	Financeiro
<b>INFORMAÇÕES / PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS - TOTAL</b>	<b>52</b>	<b>R\$ 819,24</b>	<b>00</b>	<b>R\$ 0,00</b>
0301070024 - ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM REABILITAÇÃO EM COMUNICAÇÃO ALTERNATIVA	11	R\$ 194,37	00	R\$ 0,00
0301070040 - ACOMPANHAMENTO NEUROPSICOLÓGICO DE PACIENTE EM REABILITAÇÃO	11	R\$ 194,37	00	R\$ 0,00
0301070059 - ACOMPANHAMENTO PSICOPEDAGÓGICO DE PACIENTE EM REABILITAÇÃO	10	R\$ 176,70	00	R\$ 0,00
0301070067 - ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO EM REABILITAÇÕES NAS MÚLTIPLAS DEFICIÊNCIAS	10	R\$ 77,10	00	R\$ 0,00
0301070075 - ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM REABILITAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSIMOTOR	10	R\$176,70	00	R\$ 0,00
<b>TOTAL GERAL/ANO</b>		<b>R\$ 9.830,88</b>		

§ 2º - Os demais procedimentos de saúde realizados pela APAE para o município de Osvaldo Cruz fazem parte de CONVÊNIO, onde o recurso financeiro utilizado é oriundo de subvenção municipal.

**CLÁUSULA SEGUNDA - DOS DOCUMENTOS JURÍDICOS E SITUAÇÃO CADASTRAL**

Os serviços referidos na Cláusula Primeira serão executados pela Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de **OSVALDO CRUZ**, com CNAS: 71000.134994/2014-19 e CNES: 3496768.

§ 1º - No caso de mudança de endereço do estabelecimento da **CONVENIADA**, deverá ser prontamente comunicada à **CONVENIENTE**, a qual analisará a manutenção dos serviços ora conveniados no novo endereço devidamente vistoriado, podendo rever as condições deste Convênio, e até mesmo rescindi-lo, se entender oportuno e/ou conveniente. Devendo ser providenciado pela **CONVENIADA** a solicitação de novo alvará.

Rua Fernando Costa, n.º 645 - (18)3528-2230  
CEP 17700-000 - Osvaldo Cruz-SP- CNPJ nº 53.300.356/0001-07  
visite nosso site: [www.osvaldocruz.sp.gov.br](http://www.osvaldocruz.sp.gov.br)  
e-mail: [smsaude@osvaldocruz.sp.gov.br](mailto:smsaude@osvaldocruz.sp.gov.br)



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OSVALDO CRUZ-S.P.**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

§ 2º - O responsável técnico pelos serviços de diagnóstico e terapia deverá ser indicado pela **CONVENIADA**, sendo que sua alteração deverá ser comunicada, imediatamente, por escrito, à **CONVENIENTE**, para alteração cadastral, que poderá ou não aceitá-lo.

§ 3º - A **CONVENIADA** obriga-se a informar ao Gestor toda e qualquer alteração do ato constitutivo através da Ficha Cadastral de Estabelecimentos de Saúde – FCES, mantendo-a atualizada para fins de atualização do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES;

§ 4º - A **CONVENIENTE** obriga-se a repassar as alterações ao CNES, em tempo hábil;

**CLÁUSULA TERCEIRA - DAS CONDIÇÕES GERAIS**

O presente Convênio será regido pelas seguintes condições gerais:

§ 1º - Os serviços ora conveniados serão prestados diretamente por profissionais do estabelecimento da **CONVENIADA** e por profissionais admitidos em suas dependências, para prestar serviços.

§ 2º - É de responsabilidade exclusiva e integral da **CONVENIADA** a utilização de pessoal para execução do objeto deste CONVÊNIO, sendo:

- I - com profissionais que tenham vínculo de emprego com a **CONVENIADA**, e/ou;
- II - com profissionais autônomos, que eventual ou constantemente, prestem serviços à **CONVENIADA**, se por este autorizado.

§ 3º - Equipara-se ao profissional autônomo, definido no inciso II do § 2º desta cláusula, a empresa, a cooperativa, o grupo, a sociedade ou conglomerado de profissionais que exerça atividade na área da saúde, formalizados com convênio de prestação de serviços.

§ 4º - Somente a **CONVENIADA** responde pelos encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a **CONVENIENTE** ou para o Ministério da Saúde, e ainda, a prestação dos serviços conveniados não implica vínculo empregatício, nem exclusividade de colaboração entre a **CONVENIADA** e a **CONVENIENTE**;

§ 5º - Na execução dos serviços ambulatoriais do presente Convênio, os partícipes deverão observar as seguintes condições:

- I - É vedada a cobrança por serviços médicos ambulatoriais ao usuário do SUS, assim como outros complementares referentes à assistência, seguindo o princípio da gratuidade;
- II - A **CONVENIADA** responsabilizar-se-á administrativamente por cobrança indevida, feita ao usuário do SUS ou seu representante, por profissional empregado ou preposto, em



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OSVALDO CRUZ-S.P.**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

razão da execução deste Convênio, assegurado o devido processo legal para identificação do responsável pela cobrança indevida.

§ 6º - A **CONVENIADA** poderá manter Convênio ou outro instrumento jurídico congênere com o Gestor Municipal, para a prestação de outros serviços não previstos neste Convênio, ou para repasse de recursos complementares ora definidos, assim, a assinatura do presente Convênio não prejudicará a validade do Convênio eventualmente firmado entre o município e a **CONVENIADA**.

§ 7º - A assinatura do presente Convênio não prejudicará a vigência e validade dos instrumentos jurídicos eventualmente firmados entre o município e a **CONVENIADA**.

**CLÁUSULA QUARTA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONVENIADA**

Para o cumprimento do objeto deste Convênio, a **CONVENIADA** se obriga:

§ 1º - Observar o encaminhamento e atendimento do usuário, de acordo com as regras estabelecidas para a referência e contra-referência, ressalvadas as situações de urgência.

§ 2º - Oferecer ao usuário os recursos necessários ao seu atendimento;

§ 3º - Colocar à disposição da **CONVENIENTE**, para prestação de atendimentos aos usuários do SUS, todos os serviços contidos no plano operativo, obedecendo-o Princípio da Integralidade disponibilizando-os para regulação do Gestor Municipal e/ou Estadual;

§ 4º - Atender usuários com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade dos serviços prestados, de acordo com o que preconiza as normas do SUS e, em especial, seguir as diretrizes da PNH – Política Nacional de Humanização/Humaniza-SUS;

§ 5º - Manter as dependências em perfeito estado de conservação, higiene e funcionamento;

§ 6º - Garantir o acesso do Conselho de Saúde ao serviço conveniado no exercício de seu poder de fiscalização;

**CLÁUSULA QUINTA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONVENIENTE**

Para cumprir o objeto deste CONVÊNIO, a **CONVENIENTE** se obriga:

§ 1º - Pagar mensalmente à **CONVENIADA** a importância referente aos serviços conveniados.

§ 2º - Exercer atividades de Controle, Avaliação e Auditoria na **CONVENIADA**, mediante procedimentos de supervisão direta ou indireta de acordo com as normas que regem o SUS.

Rua Fernando Costa, n.º 645 – (18)3528-2230  
CEP 17700-000 – Osvaldo Cruz-SP- CNPJ nº 53.300.356/0001-07  
visite nosso site: [www.osvaldocruz.sp.gov.br](http://www.osvaldocruz.sp.gov.br)  
e-mail: [smsaude@osvaldocruz.sp.gov.br](mailto:smsaude@osvaldocruz.sp.gov.br)



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OSVALDO CRUZ-S.P.  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**CLÁUSULA SEXTA - DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONVENIADA**

É de responsabilidade exclusiva da **CONVENIADA**, civil e criminalmente, as eventuais indenizações por danos causados aos usuários, órgãos do SUS ou terceiros, decorrentes de ação ou omissão voluntária, de negligência, imperícia ou imprudência, para o cumprimento do objeto deste Convênio.

Parágrafo Único – A fiscalização e o acompanhamento da execução deste Convênio por órgãos do Ministério da Saúde e Secretaria de Estado da Saúde não excluem nem reduzem a responsabilidade civil da **CONVENIADA**.

**CLÁUSULA SÉTIMA – DOS RECURSOS FINANCEIROS**

A **CONVENIADA** receberá, mensalmente, da **CONVENIENTE** **R\$ 819,24** (oitocentos e dezenove reais e vinte e quatro reais), para a cobertura dos serviços conveniados, autorizados e efetivamente prestados, de acordo com o pactuado neste Convênio e em conformidade com a tabela do SUS vigente.

§ 1º - Os valores supracitados correspondem aos serviços conveniados, porém, será repassado à **CONVENIADA** somente o valor mensal aprovado no SIA/SUS posteriormente à prestação dos serviços, ou seja, após produção, apresentação, aprovação, processamento e concomitantemente à respectiva transferência financeira do FNS.

**CLÁUSULA OITAVA - DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS**

Os recursos orçamentários têm como origem à transferência fundo a fundo pelo Ministério da Saúde, classificados em receitas correntes/transferências pelo Fundo Estadual de Saúde.

§ 2º - As despesas decorrentes do presente Convênio serão atendidas por dotação orçamentária constante no exercício de 2018.

**CLÁUSULA NONA - DA APRESENTAÇÃO DAS CONTAS E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

O valor estipulado neste Convênio será pago da seguinte forma:

§ 1º - A **CONVENIADA** apresentará a produção dos serviços realizados, mensalmente à **CONVENIENTE**, por meio magnético de acordo com o Sistema SIA-SIH/SUS, obedecendo, para tanto, o procedimento, os prazos e o cronograma, estabelecido pelo Ministério da Saúde e **CONVENIENTE**.

§ 2º - A **CONVENIENTE**, revisará e processará os dados recebidos da **CONVENIADA** e seus documentos, procederá ao pagamento das ações, observando as diretrizes e normas emanadas pelo Ministério da Saúde e pela Secretaria de Estado da Saúde, nos termos das respectivas competências e atribuições legais;

Rua Fernando Costa, n.º 645 – (18)3528-2230  
CEP 17700-000 – Osvaldo Cruz-SP- CNPJ n.º 53.300.356/0001-07  
visite nosso site: [www.osvaldocruz.sp.gov.br](http://www.osvaldocruz.sp.gov.br)  
e-mail: [smsaude@osvaldocruz.sp.gov.br](mailto:smsaude@osvaldocruz.sp.gov.br)



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OSVALDO CRUZ-S.P.**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

§ 3º - A produção rejeitada pelo serviço de processamento de dados, ou pela conferência técnica e administrativa, será devolvida à **CONVENIADA** para as correções cabíveis, devendo ser reapresentada no prazo estabelecido pelo Ministério da Saúde. O documento reapresentado será acompanhado do correspondente documento original devidamente inutilizado por meio de carimbo, quando cabível;

§ 4º - Ocorrendo erro, falha ou falta de processamento da produção, por culpa da **CONVENIENTE**, esta garantirá à **CONVENIADA** o pagamento, no prazo avençado neste Convênio, pelos valores do mês imediatamente anterior e que tenha sido validado pelas partes, acertando as diferenças que houver no pagamento seguinte, mas ficando a Secretaria de Estado da Saúde e o Ministério da Saúde, exonerados do pagamento de multas e sanções financeiras, assim como correção monetária dos créditos e outros acréscimos porventura incidentes nas diferenças apuradas;

§ 5º - Para fins de comprovar a apresentação das contas e observância dos prazos de pagamento, **deverá ser entregue Recibo de Prestação de Serviços** da **CONVENIADA** para a **CONVENIENTE**;

§ 6º - A **CONVENIENTE**, após revisão dos recibos efetuará o pagamento do valor apurado nos termos da Cláusula Sétima depositando-o à **CONVENIADA** em Conta Corrente do Banco do Brasil, sob nº 27.303-1 Agência 0439-1 de acordo com os prazos estipulados na Portaria GM/MS 3478/98.

§ 7º - O não cumprimento pelo Ministério da Saúde da obrigação de repassar os recursos correspondentes aos valores constantes deste Convênio não transfere para o **CONVENIENTE** a obrigação de pagar os serviços ora conveniados, os quais são de responsabilidade do Ministério da Saúde para todos os efeitos legais.

§ 8º - A **CONVENIADA** responderá pelos encargos financeiros assumidos além do limite dos recursos que lhe são destinados, ficando a Secretaria Municipal de Saúde e o Ministério da Saúde exonerados do pagamento de eventual excesso.

**CLÁUSULA DÉCIMA - DO CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA**

A execução do presente Convênio será avaliada pela **CONVENIENTE**, mediante procedimentos de supervisão local direta ou indireta, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições ora estabelecidas e de quaisquer outros dados necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados.

§ 1º - Poderá a qualquer tempo ser realizada auditoria pelos Gestores do SUS, de acordo com o Decreto Estadual nº 688, de 2 de outubro de 2007, publicado no DOE nº 18.219, que institui na Secretaria de Estado da Saúde, o Componente Estadual de Auditoria - CEA do Sistema Único de Saúde.

§ 2º - A **CONVENIENTE** efetuará vistorias nas instalações da **CONVENIADA** para verificar se persistem as mesmas condições técnicas básicas comprovadas por ocasião da assinatura deste CONVÊNIO.

§ 3º - A fiscalização exercida pela **CONVENIENTE** sobre serviços ora **CONVENIADOS** não eximirá a **CONVENIADA** da sua plena responsabilidade perante a **CONVENIENTE**, ou para com os usuários e terceiros, decorrentes de culpa ou dolo na execução do CONVÊNIO.

Rua Fernando Costa, n.º 645 – (18)3528-2230  
CEP 17700-000 – Osvaldo Cruz-SP- CNPJ nº 53.300.356/0001-07  
visite nosso site: [www.osvaldocruz.sp.gov.br](http://www.osvaldocruz.sp.gov.br)  
e-mail: [smsaude@osvaldocruz.sp.gov.br](mailto:smsaude@osvaldocruz.sp.gov.br)



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OSVALDO CRUZ-S.P.**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

§ 4º - A **CONVENIADA** facilitará o acompanhamento e a fiscalização permanente, pela **CONVENIENTE**, dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos auditores designados para tal fim.

§ 5º - Em qualquer hipótese é assegurado à **CONVENIADA** amplo direito de defesa, nos termos das normas gerais do Ministério da Saúde e da Lei Federal de licitações e CONVÊNIOS administrativos.

§ 6º - As contas serão objeto de análise pelos órgãos de Controle, Avaliação e Auditoria do SUS, que emitirão parecer conclusivo no prazo máximo de 30 (trinta) dias, sob pena de tornar-se nula a rejeição, validada a conta e, conseqüentemente, remunerado o serviço no pagamento imediatamente subsequente, de acordo com a regulamentação do Sistema Estadual de Auditoria.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA RESCISÃO**

A rescisão obedecerá às disposições contidas nos artigos 77 a 80, da Lei Federal nº. 8.666/93 e alterações:

§ 1º - Todos os casos de rescisão contratual deverão ser oficialmente motivados, assegurado o contraditório e a ampla defesa;

§ 2º - A **CONVENIADA** reconhece desde já os direitos da **CONVENIENTE** em caso de rescisão administrativa;

§ 3º - Qualquer uma das partes poderá solicitar rescisão contratual, devidamente formalizada a outra parte interessada, com 30 dias de antecedência contados a partir do recebimento da notificação;

§ 4º - Em caso de rescisão do presente CONVÊNIO por parte da **CONVENIADA**, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, A **CONVENIENTE** poderá exigir o prazo suplementar de até 120 dias para efetiva paralisação de prestação de serviços, além dos 30 dias previstos no parágrafo anterior. Se nestes prazos a **CONVENIADA** negligenciar a prestação dos serviços ora CONVENIADOS sofrerá as penalidades previstas em lei;

§ 5º - A **CONVENIADA** poderá solicitar rescisão do presente CONVÊNIO no caso de descumprimento, pela **CONVENIENTE**, das obrigações aqui previstas, em especial, no caso de atraso superior a 90 (noventa) dias dos pagamentos;

§ 6º - Em caso de rescisão do presente CONVÊNIO por parte da **CONVENIENTE** não caberá à **CONVENIADA**, direito a qualquer indenização, salvo o pagamento pelos serviços prestados até a data da rescisão.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DOS RECURSOS PROCESSUAIS**

Dos atos de rescisão deste CONVÊNIO praticados pela **CONVENIENTE** cabem à **CONVENIADA**:

§ 1º - Recurso, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, a contar da intimação do ato ou da lavratura da ata;

§ 2º - Pedido de reconsideração de decisão da **CONVENIENTE**, no prazo de 10 (dez) dias úteis, a contar da intimação do ato.

Rua Fernando Costa, n.º 645 – (18)3528-2230  
CEP 17700-000 – Osvaldo Cruz-SP- CNPJ nº 53.300.356/0001-07  
visite nosso site: [www.osvaldocruz.sp.gov.br](http://www.osvaldocruz.sp.gov.br)  
e-mail: [smsaude@osvaldocruz.sp.gov.br](mailto:smsaude@osvaldocruz.sp.gov.br)



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OSVALDO CRUZ-S.P.**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

§ 3º - A **CONVENIENTE** poderá reconsiderar sua decisão no prazo de 5 (cinco) dias úteis, desde que o faça motivadamente diante de razões de interesse público.

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO**

O prazo de vigência do presente CONVÊNIO é 01 (um) ano, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos de 12 meses, limitado a 60 (sessenta) meses.

§ 1º - A parte que não se interessar pela prorrogação contratual deverá comunicar a sua intenção, por escrito, à outra parte, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias.

§ 2º - A continuação da prestação de serviços nos exercícios financeiros subsequentes ao presente fica condicionada à vigência dos respectivos créditos orçamentários.

§ 3º - O Termo Aditivo referente à prorrogação convenial de celebração obrigatória será acompanhado do Termo de Vistoria, onde constará se persistem as mesmas condições técnicas.

§ 4º - Caso haja revogação na portaria Nº 3.687 de 22 de Dezembro de 2017, o repasse financeiro fica automaticamente encerrado para esse convênio.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DAS ALTERAÇÕES**

Qualquer alteração do presente CONVÊNIO será objeto de termo aditivo, na forma da legislação referente a licitações e CONVÊNIOS administrativos.

§ 1º - Os valores estipulados neste CONVÊNIO serão reajustados na mesma proporção dos reajustes concedidos pelo Ministério da Saúde, através de Termo Aditivo;

§ 2º - Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa da **CONVENIADA** poderá ensejar a não prorrogação deste CONVÊNIO ou a revisão das condições estipuladas, podendo ser acrescido ou suprimido em até 25% (vinte cinco por cento) do valor inicial atualizado do CONVÊNIO, em conformidade com o art. 65 § 1º da Lei 8.666/93;

§ 3º - Cabe Termo Aditivo em função do desenvolvimento tecnológico, elevando assim o grau de complexidade assistencial necessários ao SUS, desde que devidamente acordado entre as partes e pactuado com o Gestor de Saúde local.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DA PUBLICAÇÃO**

O presente CONVÊNIO será publicado, por extrato, no Diário Oficial da União, após sua assinatura.

Rua Fernando Costa, n.º 645 – (18)3528-2230  
CEP 17700-000 – Osvaldo Cruz-SP- CNPJ nº 53.300.356/0001-07  
visite nosso site: [www.osvaldocruz.sp.gov.br](http://www.osvaldocruz.sp.gov.br)  
e-mail: [smsaude@osvaldocruz.sp.gov.br](mailto:smsaude@osvaldocruz.sp.gov.br)



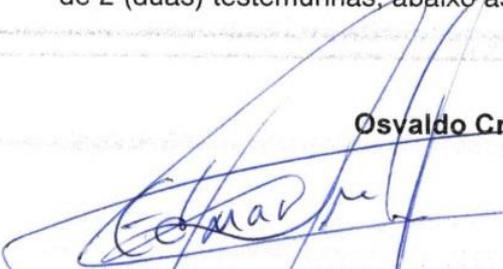
**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OSVALDO CRUZ-S.P.**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DO FORO**

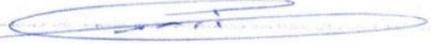
As partes elegem o Foro do município de Osvaldo Cruz, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja para dirimir questões oriundas do presente CONVÊNIO que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E por estarem as partes justas e acordes, firmam o presente CONVÊNIO em 3 (três) vias de igual teor e forma para um único efeito, na presença de 2 (duas) testemunhas, abaixo assinadas.

Osvaldo Cruz, 01 de agosto de 2018.

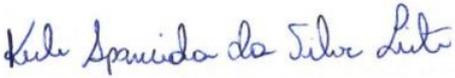
  
**EDMAR CARLOS MAZUCATO**  
Prefeito Municipal  
CONVENIENTE

  
**IVETE IZILDINHA ALVES CONCA**  
Secretária Municipal da Saúde  
CONVENIENTE

  
**WILSON MARQUEZ**  
Presidente  
CONVENIADA

**Testemunhas:**

  
**Zilda Lopes**  
CPF nº 106.324.908-29

  
**Kerle Aparecida da Silva Leite**  
CPF nº 402.154.548-47

