

CONVÊNIO Nº 02/2025

CONVÊNIO QUE CELEBRAM ENTRE SI A FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA ROSA E A ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SANTA ROSA PARA FINS DE TRANSFERÊNCIA DE RECURSOS FINANCEIROS.

CONVENENTE:

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA ROSA, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ sob o nº 01.273.946/0001-94, situada à Rua Dr. Francisco Timm, 480, centro, Santa Rosa, RS, neste ato representado pelo seu Presidente, Sr. DELCIO STEFAN, brasileiro, casado, CPF nº 501.770.790-53, residente e domiciliado em Santa Rosa, RS, em pleno regular exercício de suas funções.

CONVENIADA:

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SANTA ROSA, sociedade civil, de caráter filantrópico e sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº 95.815.668/0001-01, cadastrada no CNES sob o nº 2254611, com sede na Rua Francisco Timm, nº 656, Santa Rosa, RS, neste ato representado pelo seu Presidente, Sr. SIDNEI STREJEVITCH, brasileiro, cooperativista, CPF nº 881.909.940-34, RG nº 1050776771, residente e domiciliado nesta cidade, em pleno e regular exercício de suas funções.

Têm, entre si, ajustado e conveniado, em conformidade com a Constituição Federal do Brasil, Portaria GM/MS nº 1.135, de 16 de agosto de 2023, e no Título IX-A da Portaria de Consolidação GM/MS nº 06, de 2017, Leis nº 14.434/2022 e nº 14.581/2023, Lei 14.133/2021, com suas alterações e Processo Administrativo nº 55268/23, de 17/08/2023, da Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa, celebrar o presente Convênio, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA:

1.1. O presente Convênio tem por objeto o repasse pela CONVENENTE à CONVENIADA de valores complementares ao Piso da Enfermagem referente ao ano de 2025. Os valores serão repassados mensalmente após o recebimento dos valores do Fundo Nacional da Saúde.

CLÁUSULA SEGUNDA:

2.1. As partes concordam que, por força do decidido em liminar referendada pelo Pleno do Supremo Tribunal Federal na ADI n.º 7222/DF, a implementação da diferença remuneratória resultante do piso nacional pelas entidades que atendam, no mínimo, 60% dos seus pacientes pelo SUS deve ocorrer na extensão do quanto disponibilizado, a título de assistência financeira complementar, pela União, de modo que a CONVENIADA reconhece que eventual insuficiência do recurso federal de que trata essa cláusula não enseja a exigibilidade de recursos adicionais junto ao CONVENENTE, não sendo admitida a invocação da Lei Federal n.º 14.434/2022 como fundamento para pedido de repactuação contratual.

2.2. Caso a CONVENIADA decida aportar recursos além dos repassados pelo ente federal para cumprimento do piso salarial previsto na Lei Federal nº 14.434/2022, fica ciente que utilizará recursos próprios por sua discricionariedade, não sendo a quantia incrementada exigível do CONVENENTE sob qualquer fundamento.

2.3. O repasse da assistência financeira de que trata a referida portaria observará o procedimento e o cronograma incorporados no Título IX-A da Portaria de Consolidação

GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017, bem como eventuais outras normas federais que vieram a complementar ou a substituir tais atos.

2.4. A assistência financeira de que trata essa cláusula observará cronograma mensal, conforme estabelecido no Título IX-A da Portaria de Consolidação GM/MS nº 06, de 2017, e terá variações decorrentes da atualização dos dados relativos aos profissionais vinculados à CONVENIADA.

2.5. Os valores repassados à CONVENIADA com fundamento nesta cláusula corresponderão aos indicados como devidos, a cada mês, para o respectivo CNES, pelo Ministério da Saúde, tratando-se de quantia variável a depender dos dados e da situação dos profissionais vinculados à CONVENIADA que serão informados ao órgão federal.

2.6. A CONVENIADA compromete-se a fornecer, a preencher e a manter atualizados os dados relativos aos seus profissionais nos sistemas e nos formulários indicados pelo CONVENENTE e/ou pelo Ministério da Saúde, os quais são necessários para o cálculo do valor devido pela União a cada estabelecimento de saúde, conforme previsto Título IX-A da Portaria de Consolidação GM/MS nº 06, de 2017.

2.7. A CONVENIADA é responsável pela veracidade dos dados informados para cálculo do valor que lhe será destinado a título de assistência financeira, respondendo por eventuais omissões, informações falsas ou desvios de qualquer natureza.

2.8. A CONVENIADA compromete-se a destinar os recursos federais previstos nesta cláusula à finalidade para a qual estão sendo repassados, devendo prestar contas ao CONVENENTE da aplicação adequada dos recursos.

2.9. A CONVENIADA fica ciente que deverá manter em arquivo, pelo prazo de cinco anos, os documentos comprobatórios da realização do pagamento da complementação aos profissionais beneficiados pelo recurso de que trata essa cláusula.

2.10. O Ministério da Saúde e os demais órgãos de controle interno e externo poderão requisitar, a qualquer tempo, informações e documentos para comprovar o regular uso dos recursos federais de que trata esta cláusula.

2.11. O pagamento do auxílio de que trata essa cláusula fica condicionado ao repasse ao CONVENENTE de recurso destinado à CONVENIADA pelo Fundo Nacional da Saúde com essa finalidade.

CLÁUSULA TERCEIRA:

3.1. A CONVENIADA deverá prestar contas, mensalmente, a CONVENENTE, especificando nominalmente o pagamento a cada profissional, no prazo de 30 (trinta) dias, a contar do recebimento dos valores.

CLÁUSULA QUARTA:

4.1. As despesas decorrentes do presente Convênio correrão por conta da rubrica orçamentária nº 16.018.0010.0302.0303.2.147.3.33.50.43 - 2403 – Subvenções Sociais.

CLÁUSULA QUINTA:

5.1. A vigência do presente convênio será de 12 meses a contar de sua assinatura.

CLÁUSULA SEXTA:

6.1. As partes elegem o Foro de Santa Rosa, RS, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões oriundas do presente Convênio que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E, por estarem às partes justas e acertadas, firmam o presente Convênio em 03 (três) vias de igual teor e forma, na presença de duas (2) testemunhas, abaixo assinadas.

Santa Rosa, 20 de fevereiro de 2025.

FUMSSAR
Convenente

Assoc. Hospitalar Santa Rosa
Conveniada

Testemunhas:

1) _____
Nome: _____
CPF: _____

02) _____
Nome: _____
CPF: _____