São João da Boa Vista, 25 de Janeiro de 2019.

À
CÂMARA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
RUA ANTONINA JUNQUEIRA, Nº 195
SÃO JOÃO DA BOA VISTA - SP

OFÍCIO DO EXPEDIENTE 11/19

OFÍCIO REFERENTE AO TERMO DE CONVÊNIO Nº 001/19

Prezados Senhores:

A Prefeitura Municipal de São João da Boa Vista, através de seu Setor de Contratos do Departamento de Administração, vem através desta, em atendimento ao § 2º do artigo 116 da Lei 8.666/93, cientificar-lhes que foi firmado, nesta data, o termo de convênio supracitado com o "CENTRO UNIVERSITÁRIO DAS FACULDADES ASSOCIADAS DE ENSINO" - UNIFAE, para a disponibilização de cenários de prática de ENSINO-SERVIÇO no SUS.

Informamos ainda que segue anexa a este ofício cópia integral do referido convênio.

Sem mais para o momento, subscrevemo-nos.

Atenciosamente,

LARISSA CIPPOLLINI
Chefe do Setor de Contratos

CAMARA MUNICIPAL DE SAO JOAO

PROTOCOLO DE ENTRADA
Sequência: 71 / 2019 Data/Hora: 25/01/2019 09:54

Descrição:
OFICIOS DIVERSOS
CONVÊNIO SUPRACITADO COM A UNIFAE PARA
PRATICA DE ENSINO-SERVIÇO NO SUS

CONVÊNIO Nº. 001/19

CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO QUE ENTRE SI CELEBRAM A PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA E O "CENTRO UNIVERSITÁRIO DAS FACULDADES ASSOCIADAS DE ENSINO" - UNIFAE.

Pelo presente instrumento, os abaixo-assinados, de um lado o **Município de São João da Boa Vista**, CNPJ nº 46.429.379/0001-50, com sede à Rua Marechal Deodoro, 366, neste ato representado pelo Senhor Prefeito Municipal em exercício **Sr. Ademir Martins Boaventura**, brasileiro, casado, portador do RG nº. 17.190.934 SSP/SP e CPF nº. 107.864.938-36, residente e domiciliado à Praça Coronel Joaquim José, nº 124 – Edifício Saint Germain, Apto. 51 – Centro, em São João da Boa Vista/SP, daqui por diante denominado **CONVENENTE** e, de outro lado, o **"CENTRO UNIVERSITÁRIO DAS FACULDADES ASSOCIADAS DE ENSINO" - UNIFAE**, criada inicialmente como Faculdades Associadas de Ensino – FAE pela Lei nº. 187/61 de 23/09/1961, e transformada em Centro Universitário pela Lei nº. 633 de 01/03/2001, inscrito no CNPJ/MF sob nº. 59.766.774/0001-70, com sede neste Município ao Largo Engenheiro Paulo de Almeida Sandeville, nº. 15, neste ato representado por seu por seu Reitor, **Prof. Dr. FRANCISCO DE ASSIS CARVALHO ARTEN**, doravante denominada **CONVENIADA**, com fundamento no que dispõem a Lei Federal n.º 8.666/93 e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, resolvem firmar o presente CONVÊNIO, de acordo com solicitação do Departamento de Saúde constante do Proc. Adm. nº. 17213/18, na forma e nas condições estabelecidas nas cláusulas seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1 – O CONVÊNIO terá como objetivo:

1.1.1 - Cooperação mútua entre os partícipes, a regulamentação da disponibilização de cenários de práticas na parceria ENSINO – SERVIÇO e a realização de ações do campo da atenção à saúde individual e coletiva, da gestão e da educação em saúde no âmbito do SUS municipal, previstas nas atividades curriculares da interação em Saúde da Comunidade (IESC), conforme previsto nas Diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Graduação em Medicina e no Projeto Pedagógico do Curso (PPC); sendo assim, as Unidades de Saúde da Família (ESF) e as Unidades Básicas de Saúde (UBS), UPA e CAPS serão campos de estágio para os graduados do curso de Medicina, conforme Plano de Trabalho (Anexo I).

1.1.2 – Cooperação mútua entre os partícipes, a regulamentação da disponibilização de cenários de práticas na parceria ENSINO – SERVIÇO e prestação de serviços ambulatoriais aos usuários do SUS, nas áreas previstas nas diretrizes Curriculares Nacionais (DCNs) do Curso de Graduação em Medicina no campo da Atenção à Saúde com atendimento médico especializado de usuários do SUS, em regime ambulatorial, sendo campo de estágio para prestação de serviço, conforme Plano de Trabalho (Anexo II).

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS RESPONSABILIDADES DA CONVENIADA

2.1 – Contratar em favor do estagiário, seguro contra acidentes, cuja apólice seja compatível com valores de mercado, conforme fique estabelecido no termo de compromisso, por se tratar de estágio obrigatório.

2.2 – Indicar professor preceptor, da área a ser desenvolvida no estágio, como responsável pelo acompanhamento e avaliação das atividades do estagiário.

2.3 – Zelar pelo comprimento do termo de compromisso.

2.4 – Assegurar ao gestor, e a Comissão de Monitoramento e Avaliação e aos demais Conselhos, condições necessárias ao acompanhamento, supervisão, fiscalização e avaliação da execução do projeto.

2.5 – Atender todas as metas pactuadas através dos Planos de Trabalho (constante do Processo Administrativo 17213/18) apresentado pela Instituição e que passa a ser parte integrante do Convênio.

2.6 – No período de férias ou recesso escolar, o atendimento será garantido pelos professores preceptores, dando continuidade aos atendimentos enquanto os alunos estiverem de férias, evitando-se dessa forma impacto negativo na assistência à população.

2.7 – Executar as ações de acordo com a Metodologia de Trabalho proposta no Plano de Trabalho.

2.8 – O recurso financeiro destinado ao Ambulatório Médico UNIFAE, no que diz respeito a insumos, materiais e equipamentos médicos, preceptoria, manutenção predial, dentre outros será realizado pela Autarquia Municipal UNIFAE.

2.9 – Utilização integral do software disponibilizado pelo MUNICÍPIO (prontuário eletrônico).

2.10 – Prescrição médica de acordo com o REMUME.

2.11 – Utilização dos protocolos do Ministério da Saúde.

Renata Moyses Cassiano
Diretora do Departamento
de Administração

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS RESPONSABILIDADES DA CONVENENTE

3.1 – Celebrar termo de compromisso com a Instituição de Ensino e o aluno, zelando por seu cumprimento.

3.2 – Ofertar instalações que tenham condições de proporcionar ao educando atividades de aprendizagem social, profissional e cultural.

3.3 - Assumir ou transferir a responsabilidade pela execução do objeto, no caso de paralisação, de modo a evitar sua descontinuidade.

3.4 – Não haverá repasse de recursos para CONVENIADA.

CLÁUSULA QUARTA – DAS METAS

4.1 – Ficam estabelecidas pelo Departamento de Saúde as seguintes metas para o convênio:

4.1.1 – Realizar ações no âmbito da Atenção Primária à Saúde, definidas nas atividades em rol de procedimentos da SISBAB – Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica do Ministério da Saúde, previstos na Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde – RENASES, com destaque as ações na Atenção Primária, Psicossocial e Vigilância em Saúde, Urgência/Emergência.

4.1.2 – Realizar atendimento médico ambulatorial, respeitando os limites a serem definidos pelo município, de acordo com a capacidade instalada e a necessidade de aprendizagem dos graduados de medicina em atenção especializada.

4.1.3 – Prestar serviços de diagnóstico e terapia, assistência médica e pequenas cirurgias, incluindo biópsias, priorizando relações humanizadas no trabalho, centradas no acolher, escutar, informar e atender às necessidades de saúde da população, a pacientes que venham a ser admitidos em suas dependências, sob responsabilidade de preceptores/docentes e estagiários/discentes do curso de Medicina da UNIFAE, Contribuição para o aprimoramento e expansão dos serviços prestados à população.

4.1.4 – As metas quantitativas e qualitativas referente ao objeto previsto no subitem 1.1, da Cláusula Primeira do presente termo, estão definidas no Plano de Trabalho (Anexo I), e que passa a ser parte integrante e indissociável desse Convênio.

4.1.5 – As metas quantitativas e qualitativas referente ao objeto previsto no subitem 1.2, da Cláusula Primeira do presente termo, estão definidas no Plano de Trabalho (Anexo II), e que passa a ser parte integrante e indissociável desse Convênio.

4.1.6 – Manter à disposição da fiscalização documentos que comprovem a relação de estágio.

CLÁUSULA QUINTA – DO TERMO DE COMPROMISSO

5.1 – A realização do estágio será feita mediante "Termo de Compromisso" celebrado entre o estagiário/discente, o representante legal do Município e da Instituição de Ensino, que será vinculado ao instrumento jurídico, constituindo assim, um dos componentes exigíveis, pela autoridade competente, da inexistência de vínculo empregatício.

5.2 - Dentre outras disposições, no "Termo de Compromisso" deverá constar:

a) Condições de adequação do estágio à proposta pedagógica do curso, à etapa e modalidade da formação escolar do estudante e ao horário e calendário escolar;

b) Qualificação do estagiário, da instituição de ensino e da parte concedente;

c) Duração e objeto do estágio, que deve coincidir com programas estabelecidos pelas escolas;

d) Horário do estágio compatível com as atividades escolares, em conformidade com o artigo 10 da Lei Federal n° 11.788/2008.

e) Duração e objeto do estágio, que deve coincidir com programas estabelecidos pela Instituição de Ensino;

f) Companhia seguradora e número da apólice, garantindo ao estagiário a cobertura do Seguro contra Acidentes Pessoais (apólice contratada pela Instituição de Ensino);

g) Atividades a serem desenvolvidas pelo estagiário.

CLÁUSULA SEXTA – DO SEGURO CONTRA ACIDENTES PESSOAIS

6.1 – Em qualquer hipótese, o estágio será coberto pelo Seguro Contra Acidentes Pessoais, sendo providenciado pela Instituição de Ensino o referido seguro em favor do estagiário (Art. 9°, parágrafo único, da Lei 11.788/08).

CLÁUSULA SÉTIMA – DO PRAZO E DA RESCISÃO

7.1 – O presente convênio vigorará pelo prazo de **60 (sessenta) meses**, a partir de sua data de assinatura, podendo ser rescindido a qualquer tempo, por qualquer das partes, mediante comunicação escrita, com 60 (sessenta) dias de antecedência.

CLÁUSULA OITAVA – DO GESTOR DO CONVÊNIO

8.1 – Fica designado o Sr. Isaac Ferreira da Silva, portador do CPF n.° 102.077.658-71 como GESTOR DESTE CONVÊNIO.

CLÁUSULA NONA – DOS DOCUMENTOS VINCULADOS
9.1 – Fazem parte do presente Instrumento, de forma indissociável, em tudo aquilo que não contrarie, de forma a complementarem-se um ao outro, os Planos de Trabalho apresentados pela Instituição de Ensino e aprovado pelo MUNICÍPIO e o Termo de Referência oriundo do Departamento de Saúde.

CLÁUSULA DÉCIMA – DOS CASOS OMISSOS
10.1 – Para os casos omissos, não previstos neste instrumento, serão consultados os parceiros, por escrito e, resolvidos conforme dispostos na legislação aplicável.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DA PUBLICAÇÃO
11.1 – A eficácia deste convênio de cooperação fica condicionada a publicação do respectivo extrato no órgão de imprensa oficial do município, até o quinto dia útil do mês subsequente, a contar do mês da sua assinatura.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DO FORO
12.1 – Fica eleito o Foro da Comarca de São João da Boa Vista/SP para dirimir eventuais questões decorrentes do presente instrumento.

E, por estarem assim ajustados e pactuados, assinam o presente Convênio em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo nomeadas que também o subscrevem para todos os efeitos legais.

São João da Boa Vista, 15 de Janeiro de 2019.

PREFEITURA MUN. DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
Ademir Martins Boaventura – Prefeito Municipal em exercício
CONVENENTE

DEPARTAMENTO DE SAÚDE
Rubya Sanny de Carvalho – Diretora em Substituição

CENTRO UNIVERSITARIO DAS FACULDADES ASSOCIADAS DE ENSINO-FAE
FRANCISCO DE ASSIS CARVALHO ARTEN – Reitor
CONVENIADA

Renata Moyses Cassiano
Diretora do Departamento
de Administração

TESTEMUNHAS: 1) _____ 2) _____

Larissa Rodrigues Cippollini
RG. 34.693.270-1 SSP/SP
CPF. 225.240.238-50

Isaac Ferreira da Silva
RG. 17.667.392-1 SSP/SP
CPF. 102.077.658-71

TERMO DE CIÊNCIA E NOTIFICAÇÃO

MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA/SP
CONVENENTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
CONVENIADA: CENTRO UNIVERSITARIO DAS FACULDADES ASSOCIADAS DE ENSINO - UNIFAE
CONVÊNIO n°. 001/19
OBJETO: Disponibilização de cenários de prática de ENSINO-SERVIÇO no SUS.

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. Estamos CIENTES de que:

a) O ajuste acima referido estará sujeito 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 extraindo 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 n° 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 n° 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) Qualquer alteração de endereço – residencial ou eletrônico – ou telefones de contato deverá ser comunicada pelo interessado, peticionando no processo.

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: São João da Boa Vista, 15 de Janeiro de 2019.

GESTOR DO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:
Nome: Rubya Sanny de Carvalho
Cargo: Diretora Municipal de Saúde em Substituição
CPF: 271.800.578-51 RG: 29.353.045-2
Data de Nascimento: 08/10/1978
Endereço residencial completo: Rua João Dorico, 266, Jd. Dona Tereza II – São João da Boa Vista/SP
E-mail institucional: saude_lucio@saojoao.sp.gov.br
E-mail pessoal: rubya.carvalho@bol.com.br
Telefone(s): (19) 3631-1928/99728-2246

Assinatura: _____

Responsáveis que assinaram o ajuste:

PELO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:
Nome: Ademir Martins Boaventura
Cargo: Prefeito Municipal em exercício
CPF: 107.864.938-36 RG: 17.190.934 SSP/SP
Data de Nascimento: 21/04/1966
Endereço residencial completo: Praça Coronel Joaquim José, nº. 124 – Edifício Saint Germain, Apto. 51, Centro – São João da Boa Vista/SP
E-mail institucional: viceprefeito@saojoao.sp.gov.br
E-mail pessoal: ademirboaventura@uol.com.br
Telefone: (19) 3631-1928 / (19) 99728-2246

Assinatura: _____

PELA ENTIDADE CONVENIADA:
Nome: Francisco De Assis Carvalho Arten
Cargo: Reitor
CPF: 016.316.298-08 RG: 11.565.620 SSP/SP
Data de Nascimento: 08/11/1959
Endereço residencial completo: Rua Romeu Furlanetto, nº. 274, Vila Bancária – São João da Boa Vista/SP
E-mail institucional: secretaria@fac.br
E-mail pessoal: fdaca@uol.com.br
Telefone(s): (19) 3638-0240/99603-5174

Assinatura: _____

Renata Moyses Cassiano
Diretora do Departamento
de Administração