

TERMO ADITIVO Nº 010/CRSO/2025

TERMO DE CONTRATO Nº 011/CRSO/2023

PROCESSO Nº: 6018.2022/0047079-9

CONTRATANTE: PMSP/SMS/COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE OESTE.

CONTRATADA: SERVIÇOS DE EMERGÊNCIAS MÉDICAS SÃO PAULO – SEMSP LTDA, inscrita no CNPJ sob o nº 22.226.608/0001- 71.

OBJETO DO CONTRATO: Contratação de empresa especializada na Prestação de serviços de Transporte por Ambulâncias Terrestres TIPO A – Ambulância de Transporte e TIPO B – Ambulância de Suporte Básico, para atendimento às unidades de saúde desta Coordenadoria Regional de Saúde Oeste.

OBJETO DESTES TERMO: **INCLUSÃO** da unidade de saúde **UBS CAJU**, Localizada na Rua Floresto Bandecchi, 1000 - Jaguaré - CEP 05336-010, pertencente a Supervisão de Saúde Lapa Pinheiros, referência do município de São Paulo, para realização de remoções, a **partir de 03/02/2025**; Bem como a alteração do Formulário - **Anexo IV** do Termo de Contrato 011/CRSO/2023, para otimização do controle de remoções. Sem ônus para a municipalidade.

A **PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO**, através da **COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE OESTE**, inscrita no CNPJ sob o nº 46.392.148/0022-44, situada à Rua Dr. Virgílio de Carvalho Pinto, nº 519 - Pinheiros - Município de São Paulo, representada neste instrumento pela Coordenadora, **Sra. REGIANE DE SANTANA PIVA**, com a competência delegada pelo Decreto Municipal nº 59.685, de 13 de agosto de 2020, e de acordo com a Portaria SMS.G nº 727, de 06 de agosto de 2018, a seguir designada simplesmente **CONTRATANTE**, e, de outro, a empresa **SERVIÇOS DE EMERGÊNCIAS MÉDICAS SÃO PAULO – SEMSP LTDA.**, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas sob nº 22.226.608/0001-71, com sede na Rua Iapo, 498 – Casa Verde – Cidade: São Paulo Estado: SP CEP: 02512-020, Telefone/fax: (11) 3951-6679 Cel: (11) 93749-4115, E-mail: contato@semsaopaulo.com.br, neste ato representada por seu representante legal **Sra. PRISCILA ROSA SOARES PROENÇA**, portador(a) da Carteira de identidade nº 36.341.398-4 e CPF nº 438.122.808-17, a seguir denominada simplesmente **CONTRATADA**, e perante as testemunhas abaixo assinadas, para o fim especial de assinarem o presente Termo Aditivo ao Contrato nº 011/CRSO/2023, consoante Despacho Autorizatório (documento SEI nº 118138206), publicado no DOC, e com fundamento no artigo 124, inciso I, "a" da Lei Federal nº 14.133/2021 e suas atualizações, e na conformidade das seguintes cláusulas:






CLÁUSULA PRIMEIRA

Fica consignado o Aditamento Contratual para fazer constar o que segue:

1) **INCLUSÃO** da unidade de saúde **UBS CAJU**, Localizada na Rua Floresto Bandecchi, 1000 - Jaguaré - CEP 05336-010, pertencente a Supervisão de Saúde Lapa Pinheiros, referência do município de São Paulo, para realização de remoções, **a partir de 03/02/2025**, sem ônus para a municipalidade.

2) Alteração do Formulário - ANEXO IV do Termo de Contrato 011/CRSO/2023, para otimização do controle de remoções.

CLÁUSULA SEGUNDA

Ficam ratificadas e inalteradas as demais cláusulas e condições anteriormente pactuadas e que não colidam com o presente Termo de Aditamento.

E por estarem de acordo as partes CONTRATANTES, foi lavrado o presente instrumento, que, lido e achado conforme, segue assinado em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

São Paulo, 21 de janeiro de 2025.

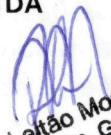

REGIANE DE SANTANA PIVA
COORDENADORA REGIONAL DE SAÚDE OESTE
CONTRATANTE


PRISCILA ROSA SOARES PROENÇA
SERVIÇOS DE EMERGÊNCIAS MÉDICAS SÃO PAULO – SEMSP LTDA
CONTRATADA

Testemunhas:



Ana Neuma de Oliveira
Assistente Administrativo de Gestão
Divisão de Administração e Finanças CRS-Oeste
RF: 783.196.01


Renata Leirão Moraes
Assistente Adm. Gestão
CRS-Oeste / DAF / Contratos
RF: 636.935.9

 CIDADE DE SÃO PAULO SAÚDE	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE		
	COORDENADORIA REGIONAL DE SAÚDE CENTRO-OESTE		
	SUPERVISÃO TÉCNICA DE SAÚDE LAPA/PINHEIROS		
	Endereço: Rua Dr. Virgílio de Carvalho Pinto, 519 - 2º andar - Pinheiros		
	E-mail: stslapi@prefeitura.sp.gov.br Telefone: 5128-1572		
	REMOÇÃO DE PACIENTES - AMBULÂNCIA		
DADOS DA UNIDADE			
Unidade:			
Endereço:	#N/D		
Fone:			
DADOS DO PACIENTE			
Paciente:			
Cartão SUS:			
Endereço:			
Bairro:		Telefone:	
Responsável/acompanhante:		Idade:	
Telefone:			
DESTINO			
Local:			
Endereço:	#N/D		
Data:			
Tipo de Atendimento:	() Transporte sanitário	() Urgência/Emergência	
Tipo de Ambulância -	() A - IDA	() A - IDA e VOLTA	() B - IDA
Remoção	() B - IDA	() B - IDA e VOLTA	
Tempo estimado da consulta/procedimento:			
RELATÓRIO (Informar detalhadamente o motivo da solicitação - condições atuais do paciente)			
Responsável pela Solicitação:		Carimbo/Assinatura:	






DADOS DO PACIENTE
Paciente:

Placa do veículo:
Condutor:
Nome: Técnica(o)/enfermeira(o):
Data:

Endereço de partida:	Horário:
Usuária(o)/Responsável/Profissional da Unidade (COM CARIMBO)	

Endereço de destino:	Horário de chegada:	Horário de saída:
Usuária(o)/Responsável/Profissional da Unidade (COM CARIMBO)		

Endereço de retorno:	Horário de retorno:
Usuária(o)/Responsável/Profissional da Unidade (COM CARIMBO)	