

**PREFEITURA DA CIDADE DO RECIFE
CONTROLADORIA-GERAL DO MUNICÍPIO**



RECOMENDAÇÃO TÉCNICA Nº 002/2021 GGCSO/GTO/CGM

Destinatário: Luciana Caroline Albuquerque D'Angelo

Secretária de Saúde do Recife

**Com Cópia para: Renata Fernanda da Silva Fontes e
Américo Oliveira Pinto Neto**

**Conselho Gestor de Conformidade dos Contratos de Gestão e autoridades de Transparência Ativa da
Secretaria de Saúde**

Data: 23/04/2021

Legislação: Resolução TC nº 58/2019

Redação: Rafaela Salgado (matrícula n.º 110.060-2)

Assunto: Transparência dos recursos públicos geridos pelas Organizações Sociais de Saúde (OSS).

A Controladoria-Geral do Município (CGM), no exercício de suas atribuições institucionais estabelecidas no Decreto Municipal n.º 30.247, de 1º de fevereiro de 2017 – em especial sua finalidade de assistir ao Prefeito na defesa do patrimônio público, no controle interno, na prevenção e combate à corrupção e no incremento da transparência da gestão – por meio da Gerência de Transparência e Orientação (GTO), vem expedir a presente RECOMENDAÇÃO TÉCNICA dirigida à Secretaria de Saúde do Município do Recife.

A **Resolução TC n.º 58, de 21 de agosto de 2019, do Tribunal de Contas do Estado de Pernambuco (TCE-PE)**, em observância ao dever de transparência dos recursos públicos geridos pelas Organizações Sociais de Saúde (OSS), determina a disponibilização de documentos e informações nos sítios oficiais dos órgãos ou entidades supervisoras dos contratos de gestão e no Portal da Transparência, conforme especificado no ANEXO I deste documento.

Estes documentos e informações devem ser organizados por unidade de saúde e disponibilizados e/ou atualizados **até o dia 15 (quinze) do segundo mês subsequente ao da competência das informações ou dia útil posterior.**

Há, também, a determinação de envio ao TCE-PE, dos demonstrativos constantes nos ANEXOS II a VIII da própria Resolução TC n.º 58 (juntados a este documento), sem a anonimização do número de cadastro de pessoas físicas (CPF), em formato aberto de dados, do tipo Comma-Separated Values – CSV, utilizando aplicativo disponibilizado pelo Tribunal em sua página da internet, no prazo citado no parágrafo anterior.



Ressaltamos que os documentos devem ser enviados exatamente na formatação constante nos ANEXOS II a VIII, mantendo-se a nomenclatura e a ordem de preenchimento estabelecidas nas tabelas.

Alertamos que o descumprimento deste prazo caracteriza conduta passível de **multa**, a ser aplicada pela Corte de Contas (inciso X do artigo 73 da Lei Orgânica do TCE-PE – Lei n.º 12.600/2004). Além disso, a não disponibilização ou o não envio dos documentos e das informações será considerado **sonegação**, podendo ensejar a lavratura de **Auto de Infração**, movido pelo TCE-PE (art. 2º, I da Resolução TC n.º 117/2020).

Diante do exposto, visando providenciar a tempestiva publicação no Portal da Transparência do Município, esta Controladoria solicita que lhes sejam enviados os documentos e as informações, para o e-mail transparencia@recife.pe.gov.br, até as seguintes datas:

| Mês de Competência | Data limite para enviar à CGM os documentos e informações |
|--------------------|---|
| Fevereiro/2021 | 09/04/2021 |
| Março/2021 | 10/05/2021 |
| Abril/2021 | 10/06/2021 |
| Maiο/2021 | 09/07/2021 |
| Junho/2021 | 10/08/2021 |
| Julho/2021 | 10/09/2021 |
| Agosto/2021 | 08/10/2021 |
| Setembro/2021 | 10/11/2021 |
| Outubro/2021 | 10/12/2021 |
| Novembro/2021 | 10/01/2022 |
| Dezembro/2021 | 10/02/2022 |

Por fim, esta CGM, por meio da Divisão de Transparência, coloca-se à disposição para esclarecimentos adicionais pelo e-mail: transparencia@recife.pe.gov.br e/ou pelo telefone: 3355-9001.

José **Ricardo** Wanderley **Dantas** de Oliveira
Controlador-Geral do Município do Recife

ANEXO I

DOCUMENTOS E INFORMAÇÕES A SEREM DISPONIBILIZADAS EM SÍTIO OFICIAL E/OU PORTAL DA TRANSPARÊNCIA

1. Estrutura organizacional da unidade de saúde, incluindo os principais cargos e os seus ocupantes.
2. Serviços disponibilizados ao cidadão pela unidade atendida pelo contrato de gestão, indicando as especialidades médicas disponíveis.
3. Endereço e telefone da unidade de saúde, bem como o horário de atendimento ao público.
4. Relação atualizada dos bens públicos destinados à unidade de saúde, incluindo aqueles disponibilizados pelo Poder Público para a execução do contrato de gestão e os adquiridos pela própria OSS.
A data atualizada precisa constar no documento enviado mensalmente à CGM, em formato PDF, não apenas no corpo do e-mail remetido à Controladoria.
5. Estatuto da OSS responsável.
6. Decreto de qualificação da OSS responsável.
7. Contrato de gestão firmado com a OSS responsável e seus respectivos termos aditivos.
8. Regulamentos para a aquisição de bens e a contratação de pessoal, obras e serviços da OSS responsável.
9. Demonstrativos financeiros do contrato de gestão.
10. Relatórios de execução do contrato de gestão demonstrando as metas propostas e os resultados alcançados.
11. Relatórios de fiscalização e acompanhamento dos resultados atingidos na execução do contrato de gestão.

Caso o documento não esteja disponível na data de envio à CGM, é necessário remeter um arquivo oficial, em formato PDF, que conste esta informação.



12. Extratos bancários mensais das contas correntes específicas e exclusivas do contrato de gestão firmado, em formato aberto de dados, do tipo Comma-Separated Values – CSV, e em formato Portable Document Format – PDF.

13. Demonstrativos constantes dos anexos II a VIII, em arquivos individualizados por unidade de saúde, em formato aberto de dados, do tipo Comma-Separated Values – CSV, e em planilha eletrônica (XLS, ODS ou similar).

14. Prestação de Contas Mensal e sua respectiva documentação comprobatória, apresentada pela OSS ao ente contratante.



ESTADO DE PERNAMBUCO
TRIBUNAL DE CONTAS

ANEXO II

DA RESOLUÇÃO TC Nº 58, DE 21 DE AGOSTO DE 2019
Tabela com o Detalhamento dos Vencimentos e Vantagens (Categoria 1.1)

| CNPJ da Unidade de Saúde | Nome da Unidade de Saúde | CPF do Empregado | Nome do Empregado | Área de Ocupação | Ocupação | Competência | Regime de Trabalho | Jornada Semanal de Trabalho | Salário Bruto | Férias | 13º Salário | Adicionais | Gratificações | Descontos | Salário Líquido |
|--------------------------|--------------------------|------------------|-------------------|------------------|----------|-------------|--------------------|-----------------------------|---------------|--------|-------------|------------|---------------|-----------|-----------------|
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) | (14) | (15) | (16) |
| | | | | | | | | | | | | | | | |

LEGENDA:

- (1) Número de inscrição no CNPJ/MF da pessoa jurídica que representa a Unidade de Saúde específica (não é o número do CNPJ da matriz da Organização Social de Saúde). Este campo deve conter 14 (quatorze) caracteres, sem inclusão de pontos, hífens ou barras.
- (2) Este campo deve ser preenchido conforme modelo: "UPA Olinda", "UPAE Caruaru", "Hospital Metropolitano Sul".
- (3) Informar o CPF do empregado com 11 (onze) caracteres, sem inclusão de pontos, hífens ou barras.
- (4) Informar o nome completo do empregado, sem abreviações.
- (5) Preencher de acordo com os seguintes códigos: 1 - Médico; 2 - Outros profissionais de saúde e 3 - Administrativo.
- (6) Informar a ocupação do empregado, conforme a lista de classificação brasileira de ocupações (CBO) da Secretaria de Trabalho do Ministério da Economia, no formato: XXXX-XX.
- (7) Informar o número do mês da competência e o ano, no formato MM/AAAA. Por exemplo: 01/2019, corresponde a Janeiro de 2019.
- (8) Preencher de acordo com os seguintes códigos: 1 - Plantonista; 2 - Diarista.
- (9) Informar qual a jornada semanal do empregado em horas (preencher apenas com os números).
- (10) Valor do salário bruto registrado.
- (11) Valor do abono de férias recebido no mês.
- (12) Valor correspondente ao 13º salário pago no mês.
- (13) Eventuais adicionais ao salário recebido.
- (14) Eventuais gratificações recebidas.
- (15) Descontos que incidem sobre o total de proventos.
- (16) Valor líquido percebido pelo empregado.

Nota 1: Para os campos que serão preenchidos com valores em R\$ (reais), inserir apenas o número com duas casas decimais, separadas por vírgula, e não usar separador de milhar. Formato: xxxxxx,xx. Ex: 10500,00.

Nota 2: Para as informações que constarão do Portal da Transparência, o campo CPF do empregado deve estar devidamente anonimizado, de forma a observar a legislação de proteção de dados.



ESTADO DE PERNAMBUCO
TRIBUNAL DE CONTAS

ANEXO III
DA RESOLUÇÃO TC Nº 58, DE 21 DE AGOSTO DE 2019
(Redação dada pela [Resolução TC nº 98, de 29 de julho de 2020](#))

Tabela com o Detalhamento das Obrigações Patronais (Categoria 1.2) e Outras Despesas com Pessoal (Categoria 1.99)

| CNPJ da Unidade de Saúde | Nome da Unidade de Saúde | CPF do Empregado | Nome do Empregado | Área de Ocupação | Ocupação | Competência | PIS | FGTS | GRRF | Alimentação - Valor da Unidade | Alimentação - Valor do Funcionário | Alimentação - Valor Líquido |
|--------------------------|--------------------------|------------------|-------------------|------------------|----------|-------------|-----|------|------|--------------------------------|------------------------------------|-----------------------------|
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) |
| | | | | | | | | | | | | |

| Seguro de Vida - Valor da Unidade | Seguro de Vida - Valor do Funcionário | Seguro de Vida - Valor Líquido | Vale Transporte - Valor da Unidade | Vale Transporte - Valor do Funcionário | Vale Transporte - Valor Líquido | Auxílios - Valor da Unidade | Auxílios - Valor do Funcionário | Auxílios - Valor Líquido | Auxílios - Detalhamento |
|-----------------------------------|---------------------------------------|--------------------------------|------------------------------------|--|---------------------------------|-----------------------------|---------------------------------|--------------------------|-------------------------|
| (14) | (15) | (16) | (17) | (18) | (19) | (20) | (21) | (22) | (23) |
| | | | | | | | | | |

| Outros - Valor da Unidade | Outros - Valor do Funcionário | Outros - Valor Líquido | Outros - Detalhamento | Total das Despesas Patronais |
|---------------------------|-------------------------------|------------------------|-----------------------|------------------------------|
| (24) | (25) | (26) | (27) | (28) |
| | | | | |

LEGENDA:

- (1) Número de inscrição no CNPJ/MF da pessoa jurídica que representa a Unidade de Saúde específica (não é o número do CNPJ da matriz da Organização Social de Saúde). Este campo deve conter 14 (quatorze) caracteres, sem inclusão de pontos, hífen ou barras.
- (2) Este campo deve ser preenchido conforme modelo: "UPA Olinda", "UPAE Caruaru", "Hospital Metropolitano Sul".
- (3) Informar o CPF do empregado com 11 (onze) caracteres, sem inclusão de pontos, hífen ou barras.
- (4) Informar o nome completo do empregado, sem abreviações.
- (5) Preencher de acordo com os seguintes códigos: 1 - Médico; 2 - Outros profissionais de saúde e 3 - Administrativo.
- (6) Informar a ocupação do empregado, conforme a lista de classificação brasileira de ocupações (CBO) da Secretaria de Trabalho do Ministério da Economia, no formato: XXXX-XX.
- (7) Informar o valor da contribuição patronal para o PIS. Inserir apenas o número com duas casas decimais, separadas por vírgula, e não usar separador de milhar. Formato: xxxxxx,xx. Ex: 10500,00
- (8) Informar o valor da contribuição patronal para o FGTS. Inserir apenas o número com duas casas decimais, separadas por vírgula, e não usar separador de milhar. Formato: xxxxxx,xx. Ex: 10500,00
- (9) Informar o valor do recolhimento rescisório do FGTS. Inserir apenas o número com duas casas decimais, separadas por vírgula, e não usar separador de milhar. Formato: xxxxxx,xx. Ex: 10500,00
- (10) Informar o valor da contribuição patronal com alimentação. Inserir apenas o número com duas casas decimais, separadas por vírgula, e não usar separador de milhar. Formato: xxxxxx,xx. Ex: 10500,00
- (11) Informar o valor da contribuição do funcionário, caso haja, com alimentação. Inserir apenas o número com duas casas decimais, separadas por vírgula, e não usar separador de milhar. Formato: xxxxxx,xx. Ex: 10500,00



ESTADO DE PERNAMBUCO
TRIBUNAL DE CONTAS

- (12) Informar o valor da contribuição patronal menos a contribuição do funcionário (gasto líquido). Inserir apenas o número com duas casas decimais, separadas por vírgula, e não usar separador de milhar. Formato: xxxxxx,xx. Ex: 10500,00
- (13) Informar o valor da contribuição patronal com seguro de vida. Inserir apenas o número com duas casas decimais, separadas por vírgula, e não usar separador de milhar. Formato: xxxxxx,xx. Ex: 10500,00
- (14) Informar o valor da contribuição do funcionário, caso haja, com seguro de vida. Inserir apenas o número com duas casas decimais, separadas por vírgula, e não usar separador de milhar. Formato: xxxxxx,xx. Ex: 10500,00
- (15) Informar o valor da contribuição patronal menos a contribuição do funcionário (gasto líquido). Inserir apenas o número com duas casas decimais, separadas por vírgula, e não usar separador de milhar. Formato: xxxxxx,xx. Ex: 10500,00
- (16) Informar o valor da contribuição patronal com vale transporte. Inserir apenas o número com duas casas decimais, separadas por vírgula, e não usar separador de milhar. Formato: xxxxxx,xx. Ex: 10500,00
- (17) Informar o valor da contribuição do funcionário, caso haja, com vale transporte. Inserir apenas o número com duas casas decimais, separadas por vírgula, e não usar separador de milhar. Formato: xxxxxx,xx. Ex: 10500,00
- (18) Informar o valor da contribuição patronal menos a contribuição do funcionário (gasto líquido). Inserir apenas o número com duas casas decimais, separadas por vírgula, e não usar separador de milhar. Formato: xxxxxx,xx. Ex: 10500,00
- (19) Informar o valor da contribuição patronal com auxílios. Inserir apenas o número com duas casas decimais, separadas por vírgula, e não usar separador de milhar. Formato: xxxxxx,xx. Ex: 10500,00
- (20) Informar o valor da contribuição do funcionário, caso haja, com auxílios. Inserir apenas o número com duas casas decimais, separadas por vírgula, e não usar separador de milhar. Formato: xxxxxx,xx. Ex: 10500,00
- (21) Informar o valor da contribuição patronal menos a contribuição do funcionário (gasto líquido). Inserir apenas o número com duas casas decimais, separadas por vírgula, e não usar separador de milhar. Formato: xxxxxx,xx. Ex: 10500,00
- (22) Informar o detalhamento do valor lançado em auxílios. Ex. Auxílio ferramenta, auxílio moradia, auxílio creche.
- (23) Informar outros valores de contribuição patronal. Inserir apenas o número com duas casas decimais, separadas por vírgula, e não usar separador de milhar. Formato: xxxxxx,xx. Ex: 10500,00
- (24) Informar outros valores de contribuição do funcionário, caso haja. Inserir apenas o número com duas casas decimais, separadas por vírgula, e não usar separador de milhar. Formato: xxxxxx,xx. Ex: 10500,00
- (25) Informar o valor da contribuição patronal menos a contribuição do funcionário (gasto líquido). Inserir apenas o número com duas casas decimais, separadas por vírgula, e não usar separador de milhar. Formato: xxxxxx,xx. Ex: 10500,00
- (26) Informar o detalhamento do valor lançado em outros. Ex. Plano de saúde.
- (27) Informar o valor total da despesa. Inserir apenas o número com duas casas decimais, separadas por vírgula, e não usar separador de milhar. Formato: xxxxxx,xx. Ex: 10500,00
- (28) Informar o valor da contribuição patronal para o PIS. Inserir apenas o número com duas casas decimais, separadas por vírgula, e não usar separador de milhar. Formato: xxxxxx,xx. Ex: 10500,00

Nota 1: Para as informações que constarão do Portal da Transparência, o campo CPF do empregado deve estar devidamente anonimizado, de forma a observar a legislação de proteção de dados.”



ESTADO DE PERNAMBUCO
TRIBUNAL DE CONTAS

ANEXO IV
DA RESOLUÇÃO TC Nº 58, DE 21 DE AGOSTO DE 2019
Tabela com o Detalhamento das Despesas Gerais

| CNPJ da Unidade de Saúde | Nome da Unidade de Saúde | Categoria de Despesa | CNPJ/CPF do Fornecedor / Prestador | Nome do Fornecedor / Prestador | Tipo (Bem ou Serviço) | Possui NF | Número da Nota Fiscal | Data de Emissão da NF | Chave de Acesso | Código IBGE | Valor |
|--------------------------|--------------------------|----------------------|------------------------------------|--------------------------------|-----------------------|-----------|-----------------------|-----------------------|-----------------|-------------|-------|
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) |
| | | | | | | | | | | | |

LEGENDA:

- (1) Número de inscrição no CNPJ/MF da pessoa jurídica que representa a Unidade de Saúde específica (não é o número do CNPJ da matriz da Organização Social de Saúde). Este campo deve conter 14 (quatorze) caracteres, sem inclusão de pontos, hífen ou barras.
- (2) Este campo deve ser preenchido conforme modelo: "UPA Olinda", "UPAE Caruaru", "Hospital Metropolitano Sul".
- (3) Informar o código da categoria de despesa, de acordo com o ANEXO I: Lista Descritiva das Categorias de Despesas.
- (4) Se CPF, o campo deve conter 11 (onze) caracteres, se CNPJ, 14 (quatorze) caracteres, sempre sem a inclusão de pontos, hífen ou barras.
- (5) Informar o nome completo do fornecedor de bens ou prestador de serviços.
- (6) Preencher de acordo com os seguintes códigos: "B", para Bens e "S" para Serviços.
- (7) Preencher de acordo com os seguintes códigos: "S" para: possui nota fiscal e "N" para: não possui nota fiscal.
- (8) Informar o número da nota fiscal.
- (9) Informar a data de emissão da nota fiscal, no formato DD/MM/AAAA.
- (10) Preencher com a "Chave de acesso" ou "Código de Verificação" da nota fiscal eletrônica.
- (11) Se o tipo for "Bem", coloca o código IBGE do Estado (vide Nota 1), se "Serviço", coloca o código IBGE do Município (vide Nota 2) emissor da nota fiscal.
- (12) Informar o valor total da despesa. Informar apenas o número com duas casas decimais, separadas por vírgula, e não usar separador de milhar. Formato: xxxxxx,xx. Ex: 10500,00.

Nota 1: Consultar o Código IBGE das UFs no *link* <https://sidra.ibge.gov.br/territorio#/N3>

Nota 2: Consultar o Código IBGE dos Municípios no *link* <https://sidra.ibge.gov.br/territorio#/N6>

Nota 3: Para as informações que constarão do Portal da Transparência, o campo CPF do Fornecedor/Prestador deve estar devidamente anonimizado, de forma a observar a legislação de proteção de dados.



ESTADO DE PERNAMBUCO
TRIBUNAL DE CONTAS

ANEXO V

DA RESOLUÇÃO TC Nº 58, DE 21 DE AGOSTO DE 2019
Tabela com as Receitas provenientes da Secretaria de Saúde

(Essa tabela deve ser preenchida mensalmente, considerando a data da Ordem Bancária)

| CNPJ da Unidade de Saúde | Nome da Unidade de Saúde | Nota de Empenho | Data NE | Valor Empenhado | Número Ordem Bancária | Data OB | Valor Pago |
|---------------------------------|---------------------------------|------------------------|----------------|------------------------|------------------------------|----------------|-------------------|
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) |
| | | | | | | | |

LEGENDA:

- (1) Número de inscrição no CNPJ/MF da pessoa jurídica que representa a Unidade de Saúde específica (não é o número do CNPJ da matriz da Organização Social de Saúde). Este campo deve conter 14 (quatorze) caracteres, sem inclusão de pontos, hífen ou barras.
- (2) Este campo deve ser preenchido conforme modelo: "UPA Olinda", "UPAE Caruaru", "Hospital Metropolitano Sul".
- (3) Número da Nota de Empenho, no formato AAAANEXXXXXX.
- (4) Data da Nota de Empenho no formato: DD/MM/AAAA.
- (5) Valor do empenho.
- (6) Número da Ordem Bancária, no formato: AAAA0BXXXXXX.
- (7) Data da Ordem Bancária no formato: DD/MM/AAAA.
- (8) Informar o valor total pago. Informar apenas o número com duas casas decimais, separadas por vírgula, e não usar separador de milhar. Formato: xxxxxx,xx. Ex: 10500,00.



**ESTADO DE PERNAMBUCO
TRIBUNAL DE CONTAS**

ANEXO VI

DA RESOLUÇÃO TC Nº 58, DE 21 DE AGOSTO DE 2019

Tabela com o Detalhamento das demais receitas recebidas

| CNPJ da Unidade de Saúde | Nome da Unidade de Saúde | CPF/CNPJ Origem | Nome Origem | Descrição | Data | Valor |
|---------------------------------|---------------------------------|------------------------|--------------------|------------------|-------------|--------------|
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) |
| | | | | | | |

LEGENDA:

- (1) Número de inscrição no CNPJ/MF da pessoa jurídica que representa a Unidade de Saúde específica (não é o número do CNPJ da matriz da Organização Social de Saúde). Este campo deve conter 14 (quatorze) caracteres, sem inclusão de pontos, hífen ou barras.
- (2) Este campo deve ser preenchido conforme modelo: "UPA Olinda", "UPAE Caruaru", "Hospital Metropolitano Sul".
- (3) Informar o CPF ou CNPJ da origem da receita. Se CPF, o campo deve conter 11 (onze) caracteres, se CNPJ, 14 (quatorze) caracteres, sempre sem a inclusão de pontos, hífen ou barras.
- (4) Informar o nome da pessoa física ou jurídica que originou a receita.
- (5) Descrever a receita, exemplo: doação, convênio, aluguel de espaço físico.
- (6) Informar a data do recebimento, no formato DD/MM/AAAA.
- (7) Informar o valor total recebido. Informar apenas o número com duas casas decimais, separadas por vírgula, e não usar separador de milhar. Formato: xxxxxx,xx. Ex: 10500,00.

Nota 1: Para as informações que constarão do Portal da Transparência, o campo CPF origem deve estar devidamente anonimizado, de forma a observar a legislação de proteção de dados.



ESTADO DE PERNAMBUCO
TRIBUNAL DE CONTAS

ANEXO VII

DA RESOLUÇÃO TC Nº 58, DE 21 DE AGOSTO DE 2019

Tabela com o detalhamento dos contratos vigentes pelas unidades de saúde geridas por OSS

| CNPJ da Unidade de Saúde | Nome da Unidade de Saúde | CNPJ do Fornecedor | Nome do Fornecedor | Objeto do Contrato | Data de Assinatura | Término Vigência | Valor Total | Link para o contrato |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------------|-------------------------|--------------------|-----------------------------|
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) |
| | | | | | | | | |

LEGENDA:

- (1) Número de inscrição no CNPJ/MF da pessoa jurídica que representa a Unidade de Saúde específica (não é o número do CNPJ da matriz da Organização Social de Saúde). Este campo deve conter 14 (quatorze) caracteres, sem inclusão de pontos, hífen ou barras.
- (2) Este campo deve ser preenchido conforme modelo: "UPA Olinda", "UPAE Caruaru", "Hospital Metropolitano Sul".
- (3) Informar o CNPJ do fornecedor com 14 (quatorze) caracteres, sem a inclusão de pontos, hífen ou barras.
- (4) Informar o nome completo do fornecedor.
- (5) Descrever o objeto contratado.
- (6) Informar a data de assinatura do contrato, no formato DD/MM/AAAA.
- (7) Informar a data de término da vigência do contrato, no formato DD/MM/AAAA.
- (8) Informar o valor total contratado. Inserir apenas o número com duas casas decimais, separadas por vírgula, e não usar separador de milhar. Formato: xxxxxx,xx. Ex: 10500,00.
- (9) Informar o *link* para o documento do termo de contrato.



ESTADO DE PERNAMBUCO
TRIBUNAL DE CONTAS

ANEXO VIII

DA RESOLUÇÃO TC Nº 58, DE 21 DE AGOSTO DE 2019

(Redação dada pela [Resolução TC nº 98, de 29 de julho de 2020](#))

Tabela com o detalhamento dos termos aditivos aos contratos firmados pelas unidades de saúde geridas por OSS

(Informar, nesta tabela, todos os termos aditivos firmados para os contratos vigentes)

| CNPJ da Unidade de Saúde | Nome da Unidade de Saúde | CNPJ do Fornecedor | Nome do Fornecedor | Número do TA | Data de Assinatura | Término Vigência | Valor Total | Link para o aditivo |
|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------|---------------------------|---------------------|---------------------------|-------------------------|--------------------|----------------------------|
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) |
| | | | | | | | | |

LEGENDA:

- (1) Número de inscrição no CNPJ/MF da pessoa jurídica que representa a Unidade de Saúde específica (não é o número do CNPJ da matriz da Organização Social de Saúde). Este campo deve conter 14 (quatorze) caracteres, sem inclusão de pontos, hífens ou barras.
- (2) Este campo deve ser preenchido conforme modelo: "UPA Olinda", "UPAE Caruaru", "Hospital Metropolitano Sul".
- (3) Informar o CNPJ do fornecedor com 14 (quatorze) caracteres, sem a inclusão de pontos, hífens ou barras.
- (4) Informar o nome completo do fornecedor.
- (5) Informar o número do termo aditivo, no seguinte formato: 1º, 2º, 3º.
- (6) Informar a data de assinatura do termo aditivo, no formato DD/MM/AAAA.
- (7) Informar a data de término da vigência do termo aditivo, no formato DD/MM/AAAA.
- (8) Informar o valor total do termo aditivo. Inserir apenas o número com duas casas decimais, separadas por vírgula, e não usar separador de milhar. Formato: xxxxxx,xx. Ex: 10500,00
- (9) Informar o *link* para o documento do termo aditivo ao contrato."