



# PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPÃO BONITO

## SECRETARIA DA SAÚDE

TERMO DE ADITAMENTO Nº 002/2025

**TERMO ADITIVO AO TERMO DE COLABORAÇÃO Nº 132/2024, QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE CAPÃO BONITO E A ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL ASILO DE MENDICIDADE SÃO VICENTE DE PAULA.**

Por este instrumento particular, de um lado a **PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPÃO BONITO/SP**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 46.634.259/0001-95, com sede na Rua 09 de Julho, nº 690, doravante denominado **CONCEDENTE**, neste ato representado pelo Prefeito Municipal **JULIO FERNANDO GALVÃO DIAS**, CPF: 072.113.748-29 e a entidade **ASILO DE MENDICIDADE SÃO VICENTE DE PAULA**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 48.328.504/0001-61, doravante denominado **ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL**, sediada na Rua Marechal Deodoro, nº 396, Bairro Centro, Município de Capão Bonito/SP, representada pela **Sra. Patrícia Campos de Miranda Gonçalves**, inscrito no CPF sob o nº 183.420.628-64, resolvem de comum acordo **ADITAR**, o presente Termo de Colaboração, em sua **Clausula Terceira (dos recursos financeiros) e da Clausula Sexta (Da vigência)** consoante na Dispensa do Chamamento Público nº 234/2024, oriundo do processo administrativo nº 9917/1/2024, cujo objeto é Complementar para pagamento do piso salarial à equipe de enfermagem para proporcionar serviço de atenção primária a saúde dos internos.

### **CLÁUSULA PRIMEIRA – DOS RECURSOS FINANCEIROS**

**1.1** – Para a execução do objeto do presente Termo de Colaboração serão destinados o montante total de recursos de **R\$ 7.479,15** (sete mil quatrocentos e setenta nove reais e quinze centavos), para transferência do financeiro da União referente a complementação do piso salarial da enfermagem.

**1.2** Serão **07 parcelas, mensal e igual**, de R\$ 1.067,45 (um mil sessenta sete reais e quarenta cinco centavos) oriundos de Recurso Federal, repasse conforme relatório do INVESTSUS mensal, sendo 06 parcelas do mês e 01 parcela extra.

A transferência dos recursos somente será realizada, de acordo com a programação orçamentária e financeira alocados no orçamento Municipal, observada a Classificação Orçamentária especificada:

Rua Marechal Deodoro, 440 – Centro  
CEP: 18300-335

Tel: (15) 3542-1713 E-mail: [saúde@capaobonito.sp.gov.br](mailto:saúde@capaobonito.sp.gov.br)

CNPJ: 46.634.259/0001-95





# PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPÃO BONITO

## SECRETARIA DA SAÚDE

- Funcional programática: 10.122.0013.2091

- Categoria Econômica: 3.3.50.39

### **CLÁUSULA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA**

2.1. O presente Termo de Colaboração terá vigência de **06 (seis) meses**, a contar de 01/07/2025 a 31/12/2025, conforme prazo previsto no anexo Plano de Trabalho para a consecução de seu objeto.

### **CLÁUSULA TERCEIRA - DA RATIFICAÇÃO**

3.1. Ficam mantidas todas as demais disposições e Clausulas do Termo de Colaboração nº 132/2024, firmados entre as partes.

### **CLÁUSULA QUARTA – DO FORO**

4.1. Fica eleito, de comum acordo, o FORO desta cidade e comarca de Capão Bonito, para elucidar questões oriundas de interpretação deste TERMO ADITIVO que não puderem ser decididas pelas instancias gestoras.

E, por estarem assim certos e ajustados firmam o presente termo em 04 (quatro) vias de igual teor, e na presença de duas testemunhas.

Capão Bonito/SP, 31 de julho de 2025.

**JULIO FERNANDO GALVÃO DIAS**  
**PREFEITO MUNICIPAL**

**ANDREA CRISTIANE MILANI LINS DOS SANTOS**  
**SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**PATRICIA CAMPOS DE MIRANDA GONÇALVES**  
**PRESIDENTE DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL**

Rua Marechal Deodoro, 440 – Centro  
CEP: 18300-335

Tel: (15) 3542-1713 E-mail: [saúde@capaobonito.sp.gov.br](mailto:saúde@capaobonito.sp.gov.br)

CNPJ: 46.634.259/0001-95





# PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPÃO BONITO

## SECRETARIA DA SAÚDE

### ANEXO RP-09

### REPASSES AO TERCEIRO SETOR - TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO TERMO DE COLABORAÇÃO/FOMENTO

**ÓRGÃO/ENTIDADE PÚBLICO(A):** Prefeitura Municipal de Capão Bonito

**ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL PARCEIRA:** ASILO DE MENDICIDADE SÃO VICENTE DE PAULA

**TERMO DE COLABORAÇÃO Nº:** 132/2024

**OBJETO:** Complementar para pagamento do piso salarial à equipe de enfermagem para proporcionar serviço de atenção primária a saúde dos internos.

**VALOR DO AJUSTE/VALOR REPASSADO:** R\$ 7.479,15 (sete mil quatrocentos e setenta e nove reais e quinze centavos).

**EXERCÍCIO:** 2025

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

**1. Estamos CIENTES de que:**

- a) o ajuste acima referido e seus aditamentos / o processo de prestação de contas, estará(ão) sujeito(s) 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 extraíndo 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 nº 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 nº 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) as informações pessoais do(s) responsável(is) pelo órgão concessor, entidade beneficiária e interessados, estão cadastradas no módulo eletrônico do “Cadastro Corporativo TCESP –

Rua Marechal Deodoro, 440 – Centro  
CEP: 18300-335

Tel: (15) 3542-1713 E-mail: [saúde@capaobonito.sp.gov.br](mailto:saúde@capaobonito.sp.gov.br)

CNPJ: 46.634.259/0001-95





# PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPÃO BONITO

## SECRETARIA DA SAÚDE

CadTCESP”, nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2020, conforme “Declaração(ões) de Atualização Cadastral” anexa (s);

### 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:** Capão Bonito/SP, 31 de julho de 2025

### **AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO PÚBLICO PARCEIRO:**

Nome: Júlio Fernando Galvão Dias  
Cargo: Prefeito Municipal  
CPF: 072.113.748-29

### **ORDENADOR DE DESPESA DO ÓRGÃO PÚBLICO PARCEIRO:**

Nome: Andrea Cristiane Milani Lins dos Santos  
Cargo: Secretário Municipal de Saúde  
CPF: 126.192.528-90

### **AUTORIDADE MÁXIMA DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA:**

Nome: Patricia Campos de Miranda Gonçalves  
Cargo: Presidente  
CPF: 183.420.628-64

Rua Marechal Deodoro, 440 – Centro  
CEP: 18300-335

Tel: (15) 3542-1713 E-mail: [saúde@capaobonito.sp.gov.br](mailto:saúde@capaobonito.sp.gov.br)

CNPJ: 46.634.259/0001-95





# PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPÃO BONITO

## SECRETARIA DA SAÚDE

### **Responsáveis que assinaram o ajuste e/ou Parecer Conclusivo:**

#### **PELO ÓRGÃO PÚBLICO PARCEIRO:**

Nome: Júlio Fernando Galvão Dias

Cargo: Prefeito Municipal

CPF: 072.113.748-29

Assinatura: \_\_\_\_\_

#### **Responsáveis que assinaram o ajuste e/ou prestação de contas:**

#### **PELA ENTIDADE PARCEIRA:**

Nome: Patricia Campos de Miranda Gonçalves

Cargo: Presidente

CPF: 183.420.628-64

Assinatura: \_\_\_\_\_

#### **DEMAIS RESPONSÁVEIS (\*):**

Tipo de ato sob sua responsabilidade: Ordenador de Despesas

Nome: Andrea Cristiane Milani Lins dos Santos

Cargo: Secretário Municipal de Saúde

CPF: 126.192.528-90

Assinatura: \_\_\_\_\_

(1) Valor repassado e exercício, quando se tratar de processo de prestação de contas.

(\*) O Termo de Ciência e Notificação e/ou Cadastro do(s) Responsável(is) deve identificar as pessoas físicas que tenham concorrido para a prática do ato jurídico, na condição de ordenador da despesa; de partes contratantes; de responsáveis por ações de acompanhamento, monitoramento e avaliação; de responsáveis por processos licitatórios; de responsáveis por prestações de contas; de responsáveis com atribuições previstas em atos legais ou administrativos e de interessados relacionados a processos de competência deste Tribunal. Na hipótese de prestações de contas, caso o signatário do parecer conclusivo seja distinto daqueles já arrolados como subscritores do Termo de Ciência e Notificação, será ele objeto de notificação específica. *(inciso acrescido pela Resolução nº 11/2021)*

Rua Marechal Deodoro, 440 – Centro  
CEP: 18300-335

Tel: (15) 3542-1713 E-mail: [saúde@capaobonito.sp.gov.br](mailto:saúde@capaobonito.sp.gov.br)

CNPJ: 46.634.259/0001-95

