



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPÃO BONITO

SECRETARIA DA SAÚDE

TERMO DE ADITAMENTO Nº 001/2025

TERMO ADITIVO AO TERMO DE COLABORAÇÃO Nº 002/2025, QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE CAPÃO BONITO E A ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CAPÃO BONITO.

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 **ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CAPÃO BONITO**, inscrita no CNPJ/MF sob o n.º 46.886.149/0001-10, doravante denominado **ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL**, sediada na Rua Auta de Camargo Lírio, n.º 51, Centro, Município de Capão Bonito/SP, representada pelo **Sr. Marco Antônio Masedo Moretto**, inscrito no CPF sob o nº 249.599.638-83, 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 15/2025, oriundo do processo administrativo nº 3396/2025, cujo objeto é Repassar os recursos financeiros advindos do Governo Federal para pagamento do Piso Nacional da Enfermagem.

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\$ 360.000,00** (trezentos e sessenta mil reais), valor repassado conforme publicação da portaria pelo ministério de Saúde, vinculados ao CNES 2079097, a qual apresenta o valor de repasse mensalmente e individualizado.

1.2 Serão repassados os valores conforme relatório do INVESTSUS mensal, oriundos de Recurso Federal.

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

- **Funcional programática:** 10.122.0013.2091
- **Categoria Econômica:** 3.3.50.39

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

Tel: (15) 3542-1713 E-mail: saúde@capaobonito.sp.gov.br
CNPJ: 46.634.259/0001-95





PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPÃO BONITO

SECRETARIA DA SAÚDE

CLÁUSULA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA

2.1. O presente Termo de Colaboração terá vigência de **08 (oito) meses**, a contar de 01/09/2025 a 30/04/2026, 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 002/2025, 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, 25 de agosto de 2025.

JULIO FERNANDO GALVÃO DIAS
PREFEITO MUNICIPAL

ANDREA CRISTIANE MILANI LINS DOS SANTOS
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

MARCO ANTONIO MASEDO MORETTO
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

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: Associação Beneficente Santa Casa de Misericórdia de Capão Bonito

TERMO DE COLABORAÇÃO Nº: 002/2025

OBJETO: Repassar os recursos financeiros advindos do Governo Federal para pagamento do Piso Nacional da Enfermagem.

VALOR DO AJUSTE/VALOR REPASSADO: R\$ 360.000,00 (trezentos e sessenta mil reais).

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 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 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 – CadTCESP", nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2020, conforme

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

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

CNPJ: 46.634.259/0001-95





PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPÃO BONITO

SECRETARIA DA SAÚDE

“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, 25 de agosto 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: Marco Antônio Masedo Moretto

Cargo: Provedor

CPF: 249.599.638-83

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

Tel: (15) 3542-1713 E-mail: 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: Marco Antônio Masedo Moretto

Cargo: Provedor

CPF: 249.599.638-83

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

CNPJ: 46.634.259/0001-95

