



# PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPÃO BONITO

## SECRETARIA DA SAÚDE

TERMO DE ADITAMENTO Nº 004/2025

**TERMO ADITIVO AO TERMO DE COLABORAÇÃO Nº 131/2024, 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 sob o nº 46.886.149/0001-10, doravante denominado **ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL**, sediada à Rua Camargo Lirio nº 51, Centro, Município de Capão Bonito/SP, representado pelo **Sr. MARCO ANTONIO MASEDO MORETTO**, portador do RG nº 29.868.423-8 e 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)** consoante na Dispensa do Chamamento Público nº 226/2024, oriundo do processo administrativo nº 9029/1/2024, cujo objeto é a Prestação de serviços médicos Hospitalares e ambulatoriais de média e alta complexidade.

### **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\$ 128.550,00** (cento e vinte oito mil quinhentos e cinquenta reais) para o repasse da Deliberação CIB nº 128, 02/10/2024 que fala sobre aprovação das transferências de Teto MAC, previsto no Plano de Expansão e a Deliberação CIB nº 97, 01/10/2025, que renova o Plano de expansão.

**1.2** Serão **06 parcelas, mensais e iguais**, de R\$ 21.425,00 (vinte um mil quatrocentos e vinte cinco reais) oriundo 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

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

especificada:

- **Funcional programática:** 10.302.0013.2098
- **Categoria Econômica:** 3.3.50.39

### CLÁUSULA SEGUNDA - DA RATIFICAÇÃO

**2.1.** Ficam mantidas todas as demais disposições e Cláusulas do Termo de Colaboração nº 131/2024, firmado entre as partes.

### CLÁUSULA TERCEIRA – DO FORO

**3.1.** 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 instâncias 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, 21 de outubro 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](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:** ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CAPÃO BONITO

**TERMO DE COLABORAÇÃO Nº:** 131/2024

**OBJETO:** Prestação de serviços médicos Hospitalares e ambulatoriais de média e alta complexidade.

**VALOR DO AJUSTE/VALOR REPASSADO:** R\$ 128.550,00 (cento e vinte oito mil quinhentos e cinquenta 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 –

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, 21 de outubro 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](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: 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](mailto:saúde@capaobonito.sp.gov.br)

CNPJ: 46.634.259/0001-95

