



# PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPÃO BONITO

## SECRETARIA DA SAÚDE

TERMO DE ADITAMENTO Nº 001/2025

**TERMO ADITIVO AO TERMO DE COLABORAÇÃO Nº 049/2020, QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE CAPÃO BONITO E A ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CHAVANTES.**

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 **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CHAVANTES**, inscrita no CNPJ sob o nº 73.027.690/0001-46, doravante denominado **ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL**, sediada à Maria Ferreira, nº22 Centro, Município de Chavantes/SP, representado pelo Sr. **ANIS GHATTÁS MITRI FILHO**, portador do RG nº 36.142.201-5 SSP/SP e inscrito no CPF sob o nº 330.693.348-14, resolvem de comum acordo **ADITAR**, o presente Termo de Colaboração, em sua **Clausula Terceira (dos recursos financeiros) e da Clausula Sexta (Da vigência)** consoante da Chamada Pública nº 004/2020, Dispensa nº 260/2020, oriundo do processo administrativo nº 8814/1/2020, cujo objeto é a celebração de parceria com entidade sem fins lucrativos para atuar de forma complementar na execução do Plano de Trabalho e dos serviços de manipulação de medicamentos padronizados pela Comissão de Farmácia e Terapêutica do Município.

### **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\$ 550.209,78** (quinhentos e cinquenta mil duzentos e nove reais e setenta oito centavos), nas condições e conforme cronograma de desembolso.

**1.2** – Serão **06 (seis) parcelas, mensal e igual**, de R\$ 91.701,63 (noventa um mil setecentos e um reais e sessenta três centavos) oriundos de Recurso Próprio.

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:** 10.301.0013.2092

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

Assinado por Anis Ghattás Mitri Filho (Rubrica), ANDREA CRISTIANE MILANI LINS DOS SANTOS (Senha), JULIO FERNANDO GALVÃO DIAS (Senha) nos termos da Lei 14.063/2020.  
Link de validação de assinaturas: <https://capaobonito.web.jisoft.com.br/Assinador/verificacao.aspx?2d1f2240-1c88-4c3a-a1eb-e39d01f5643b>





# PREFEITURA MUNICIPAL DE CAPÃO BONITO

## SECRETARIA DA SAÚDE

- 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 01/03/2025 a 31/08/2025, 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 49/2020, 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, 19 de março de 2025.

**JULIO FERNANDO GALVÃO DIAS**  
PREFEITO MUNICIPAL

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

**ANIS GHATTAS MITRI FILHO**  
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:** Santa Casa de Misericórdia de Chavantes.

**TERMO DE COLABORAÇÃO N°:** 001/2025

**OBJETO:** Tem por objeto a celebração de parceria com entidade sem fins lucrativos para atuar de forma complementar na execução do Plano de Trabalho e dos serviços de manipulação de medicamentos padronizados pela Comissão de Farmácia e Terapêutica do Município.

**VALOR DO AJUSTE/VALOR REPASSADO:** R\$ 550.209,78 (quinhentos e cinquenta mil duzentos e nove reais e setenta oito 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 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:

- O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;
- 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, 19 de março 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: Anis Ghattas Mitri Filho  
Cargo: Presidente  
CPF: 330.693.348-14

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: Anis Ghattas Mitri Filho

Cargo: Presidente

CPF: 330.693.348-14

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

