



PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE ÁGUAS DE LINDÓIA

RUA PROFª CAROLINA FROES, 321 - CEP 13940-000 FONE: (19) 3924-9300
CAIXA POSTAL 01 - ÁGUAS DE LINDÓIA - ESTADO DE SÃO PAULO

Verba	Valor Global R\$	Código Agência	Nº Conta Bancária Específica
Recurso Municipal	455.000,00	1177	1678-1

CLÁUSULA TERCEIRA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

3.1 – As transferências dos recursos somente serão realizadas, de acordo com a programação orçamentária e financeira alocados no orçamento MUNICIPAL, observadas a Classificação Orçamentária específica em conformidade com o instrumento jurídico original e de acordo com o plano de trabalho, vejamos:

Valor: R\$ 455.000,00

Unidade Orçamentária: 02.08.01 - Fundo Municipal de Saúde

Funcional Programática: 10.302.0042.2065.0000 – Manutenção Convênio Hospital Sociedade Beneficente São Camilo.

Natureza da Despesa: 3.3.50.39.00 – Outros Serviços de Terceiros -Pessoa Jurídica

Fonte de Recurso: 01 – Tesouro (Municipal)

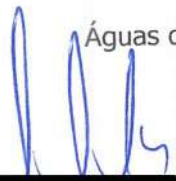
Código de aplicação: 302.000

CLÁUSULA TERCEIRA – DA RATIFICAÇÃO

Ficam ratificadas as demais cláusulas e condições constantes no acordo originário, não modificadas no todo ou em parte, pelo presente Termo Aditivo.

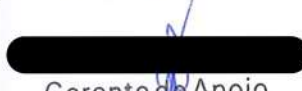
E, por estarem assim, justas e acordadas, firmam este termo em 3 (três) vias de igual teor e forma, comprometendo-se a cumprir e a fazer cumprir, por si e por seus sucessores, em juízo ou fora dele, tão fielmente como nele se contém na presença das testemunhas abaixo, para que produza os devidos e legais efeitos.

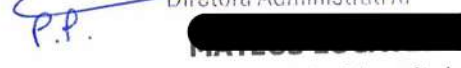
Águas de Lindóia, 25 de junho de 2024.


[Redacted]
Prefeito Municipal


[Redacted]
Secretária Municipal de Saúde


[Redacted]
Diretora Administrativa


[Redacted]
Gerente de Apoio


[Redacted]
Representante legal do Hospital São Camilo



PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE ÁGUAS DE LINDÓIA

RUA PROFª CAROLINA FROES, 321 - CEP 13940-000 FONE: (19) 3924-9300
CAIXA POSTAL 01 - ÁGUAS DE LINDÓIA - ESTADO DE SÃO PAULO

2. Damos-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.

Águas de Lindóia, 25 de junho de 2024

AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENIENTE:

Nome: [REDACTED]

Cargo: Prefeito Municipal

CPF: [REDACTED]

ORDENADOR DE DESPESA DO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENIENTE:

Nome: [REDACTED]

Cargo: Secretária Municipal de Saúde

CPF: [REDACTED]

AUTORIDADE MÁXIMA DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA:

Nome: [REDACTED]

Cargo: Presidente da Sociedade Beneficente São Camilo

CPF: [REDACTED]

Responsáveis que assinaram o ajuste e/ou Parecer Conclusivo:

PELO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENIENTE:

Nome: [REDACTED]

Cargo: Secretária Municipal de Saúde

CPF: [REDACTED]

Assinatura: [REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]

[REDACTED]



PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE ÁGUAS DE LINDÓIA

RUA PROFª CAROLINA FROES, 321 - CEP 13940-000 FONE: (19) 3924-9300
CAIXA POSTAL 01 - ÁGUAS DE LINDÓIA - ESTADO DE SÃO PAULO

ANEXO RP-11 - REPASSES AO TERCEIRO SETOR TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO - TERMO DE CONVÊNIO

ÓRGÃO/ENTIDADE PÚBLICO(A): Prefeitura Municipal de Águas de Lindóia/SP

CONVENIADA: Sociedade Beneficente São Camilo – Hospital São Camilo Águas de Lindóia

TERMO DE CONVÊNIO Nº (DE ORIGEM): 001/2024

OBJETO: Execução de atividades de serviços de saúde de urgência e emergência a serem prestados através da gestão do Hospital São Camilo Águas de Lindóia, garantindo assim, em sequência, a assistência hospitalar, se necessária.

VALOR DO AJUSTE/VALOR REPASSADO (1): R\$ 455.000,00 (quatrocentos e cinquenta e cinco mil reais)

EXERCÍCIO (1): 2024

ADVOGADO(S)/ Nº OAB / E-MAIL (2):

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 TCE/SP;
- 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 TCE/SP – CadTCE/SP", nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº 01/2020, conforme "Declaração(ões) de Atualização Cadastral" anexa (s);



Karimov



PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE ÁGUAS DE LINDÓIA

RUA PROFª CAROLINA FROES, 321 - CEP 13940-000 FONE: (19) 3924-9300
CAIXA POSTAL 01 - ÁGUAS DE LINDÓIA - ESTADO DE SÃO PAULO

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

PELA ENTIDADE CONVENIADA:

Nome: [REDACTED]

Cargo: Presidente da Sociedade Beneficente São Camilo

CPF: [REDACTED]

Assinatura: [REDACTED] Diretora Administrativa

[REDACTED] Gerente de Apoio

DEMAIS RESPONSÁVEIS (*):

Tipo de ato sob sua responsabilidade: Emissão do Parecer Jurídico

Nome: [REDACTED]

Cargo: Procurador Jurídico

CPF: [REDACTED]

Assinatura: [REDACTED]

Tipo de ato sob sua responsabilidade: Presidente - Comissão para análise de Prestação de Contas de Repasses ao Terceiro Setor

Nome: [REDACTED]

Cargo: Chefe da Seção de Convênios

CPF: [REDACTED]

Assinatura: [REDACTED]

Tipo de ato sob sua responsabilidade: Membro - Comissão para análise de Prestação de Contas de Repasses ao Terceiro Setor

Nome: [REDACTED]

Cargo: Escriturária

CPF: [REDACTED]

Assinatura: [REDACTED]

Tipo de ato sob sua responsabilidade: Membro - Comissão para análise de Prestação de Contas de Repasses ao Terceiro Setor

Nome: [REDACTED]

Cargo: Escriturária

CPF: [REDACTED]

Assinatura: [REDACTED]

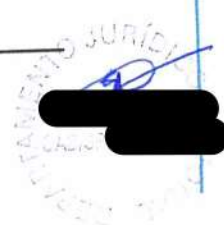
Tipo de ato sob sua responsabilidade: Membro Titular - Comissão de Monitoramento e Avaliação - Representante da Administração Pública

Nome: [REDACTED]

Cargo: Chefe do Departamento de Contabilidade e Parcerias

CPF: [REDACTED]

Assinatura: [REDACTED]





PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE ÁGUAS DE LINDÓIA

RUA PROFª CAROLINA FROES, 321 - CEP 13940-000 FONE: (19) 3924-9300
CAIXA POSTAL 01 - ÁGUAS DE LINDÓIA - ESTADO DE SÃO PAULO

TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO Nº 01/2024

TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO Nº 001/2024 QUE ENTRE SI CELEBRAM DE UM LADO O MUNICÍPIO DE ÁGUAS DE LINDÓIA ATRAVÉS DE SUA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E A SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO - HOSPITAL SÃO CAMILO – ÁGUAS DE LINDÓIA.

Pelo presente instrumento, de um lado o **MUNICÍPIO DE ÁGUAS DE LINDÓIA**, Estado de São Paulo, entidade Pública da Administração Direta, com sede na Rua Professora Carolina Fróes, n.º 321, Bairro Centro, inscrita no CNPJ/MF n.º 46.439.683/0001-89, neste ato representado pelo Prefeito Sr. [REDACTED] brasileiro, portador da Cédula de Identidade RG n.º [REDACTED] e devidamente inscrito no CPF/MF sob n.º [REDACTED] residente e domiciliado no município de Águas de Lindóia, através da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, neste ato representada pela Secretária Municipal de Saúde, Sr. [REDACTED] brasileira, portadora da Cédula de Identidade [REDACTED] e CPF nº [REDACTED] endereço profissional, rua Colômbia, 190 Bairro Centro, Águas de Lindóia/SP – CEP: 13940-000 doravante denominado simplesmente **CONVENIENTE** e de outro lado a **SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO – HOSPITAL SÃO CAMILO – ÁGUAS DE LINDÓIA**, inscrita no CNPJ nº 60.975.737/0094-50, com endereço na Rua Santa Catarina, nº 158, Bairro Centro, Águas de Lindóia, neste ato representado por seu Presidente, o [REDACTED] brasileiro, portador da cédula de identidade RG nº [REDACTED] e CPF nº [REDACTED] com endereço profissional na Rua Avenida Pompeia, nº 888, Bairro Vila Pompeia, São Paulo, CEP: 05022-000, doravante denominada respectivamente **CONVENIADA**, considerando o integral teor do que consta no Processo Administrativo nº 2408/2024, **RESOLVEM** majorar a parceria do Termo de Convênio nº 001/2024, mediante as Cláusulas e condições a seguir estipuladas:

CLÁUSULA PRIMEIRA DO OBJETO

1.1 O presente Termo Aditivo tem por objeto a majoração de valor do Termo de Convênio nº 01/2024 tendo em vista o aumento de atendimentos realizados desde o mês de abril de 2024 e a necessidade da manutenção da eficiência dos serviços prestados.

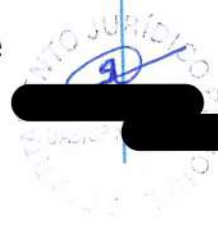
CLÁUSULA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA

2.1 O presente aditivo terá vigência até 31/12/2024, tendo seu início data de assinatura do presente termo aditivo.

CLÁUSULA TERCEIRA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

3.1 Para a execução do presente Termo Aditivo ao Termo de Convênio, será destinado o montante total de R\$ 455.000,00 (quatrocentos e cinquenta e cinco mil reais), que será utilizado conforme valores constantes no Plano de Aplicação financeira do presente aditivo e repassado em 7 (sete) parcelas de R\$ 65.000,00.

[Handwritten signatures]





PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE ÁGUAS DE LINDÓIA

RUA PROFª CAROLINA FROES, 321 - CEP 13940-000 FONE: (19) 3924-9300
CAIXA POSTAL 01 - ÁGUAS DE LINDÓIA - ESTADO DE SÃO PAULO

Tipo de ato sob sua responsabilidade: Membro Titular - Comissão de Monitoramento e Avaliação - Representante da Secretaria Municipal de Saúde

Nome: [REDACTED]

Cargo: Médico Plantonista

CPF: [REDACTED]

Assinatura: _____

Tipo de ato sob sua responsabilidade: Membro Titular - Comissão de Monitoramento e Avaliação - Representante do Conselho Municipal de Saúde

Nome: [REDACTED]

Cargo: Membro do Conselho Municipal de Saúde

CPF: [REDACTED]

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)*

R. [REDACTED]

Karimay





PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE ÁGUAS DE LINDÓIA

RUA PROFª CAROLINA FROES, 321 - CEP 13940-000 FONE: (19) 3924-9300
CAIXA POSTAL 01 - ÁGUAS DE LINDÓIA - ESTADO DE SÃO PAULO

Testemunhas:

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

DEPARTAMENTO JURÍDICO
CABINETE
