



## **Ofício 9.984/2024**

---

**De:** Grazielle M. - DAA - PC

**Para:** Decio Prates da Fonseca

**Data:** 26/09/2024 às 08:57:36

**Setores envolvidos:**

DAA - PC, SES - GAB

### **Termo de Aditamento nº 14/2024 ao Convênio nº 01/2023 - 13º Repasse do Piso da Enfermagem - parcela de agosto/2024**

Prezado Sr.

**Decio Prates da Fonseca**

Provedor da Santa Casa de Misericórdia de Pindamonhangaba

Encaminhamos para assinatura digital, via plataforma 1Doc da Prefeitura, o **Aditamento nº 14/2024 ao Convênio nº 01/2023** e o **Anexo RP- 11 - Termo de Ciência e de Notificação** a fim de formalizar a parceria entre esta Municipalidade e a Santa Casa de Misericórdia de Pindamonhangaba para o **13º Repasse do Piso da Enfermagem - parcela de agosto/2024**.

**Obs.:** A solicitação de assinatura do Sr. Decio foi enviada ao e-mail pessoal cadastrado como [pratesdafonseca@hotmail.com](mailto:pratesdafonseca@hotmail.com). O mesmo deverá acessar o e-mail e aceitar a solicitação de assinatura.

Atenciosamente,

**Silvia Mendes de Almeida**  
**Secretária Municipal de Saúde**

—  
**Grazielle Cristina da Silva Monteiro**

*Oficial de Administração*

Prestação de Contas Sec. Municipal de Saúde

**Anexos:**

21\_1\_ANEXO\_RP\_11\_Termo\_de\_Ciencia\_e\_de\_Notificacao.pdf

21\_Aditamento\_n\_14\_2024.pdf







**MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA**  
ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

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

**ÓRGÃO/ENTIDADE PÚBLICO(A):** PREFEITURA MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA

**CONVENIADA:** SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PINDAMONHANGABA

**TERMO DE CONVÊNIO Nº(DE ORIGEM):** 01/2023 – Aditamento nº 14/2024

**OBJETO:** Repassar o recurso da AFC - Assistência Financeira Complementar da União destinada ao pagamento do **Piso Salarial Nacional aos Profissionais da Enfermagem**, de acordo com a **Portaria GM/MS nº 5.287, de 26 de agosto de 2024**, do Ministério da Saúde, referente ao mês de agosto de 2024.

**VALOR DO AJUSTE/VALOR REPASSADO (1):** R\$ 298.656,81(parcela única)

**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 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 conessor e entidade beneficiária, estão cadastradas no módulo eletrônico do “Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP”, nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2020, conforme “Declaração(ões) de Atualização Cadastral” anexa (s);





**MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA**  
ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**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.

**Pindamonhangaba, 26 de setembro de 2024.**

**AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENIENTE:**

Nome: ISAEL DOMINGUES  
Cargo: PREFEITO MUNICIPAL  
CPF: 087.657.868-74

**AUTORIDADE MÁXIMA DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA:**

Nome: DECIO PRATES DA FONSECA  
Cargo: PROVIDOR  
CPF: 246.036.358-34

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

**PELO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENIENTE:**

Nome: SILVIA MENDES DE ALMEIDA  
Cargo: SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
CPF: 056.772.236-89

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

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

**PELA ENTIDADE CONVENIADA:**

Nome: DECIO PRATES DA FONSECA  
Cargo: PROVIDOR  
CPF: 246.036.358-34

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

- 
- (1) Valor repassado e exercício, quando se tratar de processo de prestação de contas.
  - (2) Facultativo. Indicar quando já constituído, informando, inclusive, o endereço eletrônico.



**MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA**  
ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

**ADITAMENTO N.º 14/2024 AO CONVÊNIO N.º 01/2023**

TERMO ADITIVO DO CONVÊNIO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, QUE ENTRE SI CELEBRAM A PREFEITURA MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA, POR INTERMÉDIO DA SMS – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PINDAMONHANGABA E A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PINDAMONHANGABA.

Pelo presente termo de aditamento ao Convênio n.º 01/2023, que entre si fazem, de um lado **PREFEITURA MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA**, inscrita no CNPJ/MF sob n.º 45.226.214/0001-19, estabelecida nesta cidade e comarca de Pindamonhangaba/SP, com sede na Avenida Nossa Senhora do Bom Sucesso, n.º 1400 – Centro – Pindamonhangaba – SP, neste ato representada por sua **SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, Sra. **SILVIA MENDES DE ALMEIDA**, brasileira, casada, portadora do RG MG-11.704.950, inscrita no CPF/MF sob n.º 056.772.236-89, residente e domiciliada na cidade de Taubaté/SP, na Avenida Província Autônoma di Trento, nº 101, Residencial Ouroville, CEP: 12.043-611, doravante denominada **CONVENENTE**, e de outro lado, a **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PINDAMONHANGABA**, inscrita no CNPJ/MF sob n.º 54.122.213/0001-15, estabelecida nesta cidade, com sede na Rua Major José dos Santos Moreira, nº 466 - Centro - Pindamonhangaba - SP, neste ato representada por seu provedor Sr. **DECIO PRATES DA FONSECA**, brasileiro, casado, portador RG n.º 3.115.975, e do CPF/MF n.º 246.036.358-34, residente e domiciliado na cidade de Pindamonhangaba, na Rua Antonia Marcondes de Oliveira Godoy, nº 175, Condomínio Real Ville, CEP: 12.421-800, doravante denominado **CONVENIADA**, com fulcro no disposto pela Constituição Federal (artigos 196 e seguintes), Constituição Estadual (artigos 218 e seguintes), Lei Federal n.º 8.080/90 e a Lei Federal n.º 8.666/1993, na forma e nas condições estabelecidas, firmam o presente aditamento contratual, como segue:

**Cláusula Primeira** - O presente instrumento de **Aditamento Contratual** é celebrado nos termos expressos do Convênio n.º 01/2023, firmado entre a CONVENENTE E CONVENIADA, e de acordo com a **Portaria GM/MS nº 5.287, de 26 de agosto de 2024**,





**MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA**  
ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

do Ministério da Saúde, que dispõe sobre o repasse da AFC - Assistência Financeira Complementar da União destinada ao pagamento do **Piso Salarial Nacional aos Profissionais da Enfermagem**, ficando aditada a **Cláusula Quinta**, para repasse do valor de **R\$ 298.656,81** (duzentos e noventa e oito mil, seiscentos e cinquenta e seis reais e oitenta e hum centavos) a ser repassado em **parcela única referente ao mês de agosto de 2024**.

§ 1º - Os demais repasses da AFC - Assistência Financeira Complementar serão encaminhados conforme publicação de portaria do Ministro de Estado da Saúde e após o Fundo Nacional de Saúde efetuar o crédito nas contas bancárias dos Fundos Municipais de Saúde.

§ 2º - A despesa deste termo aditivo onerará a funcional programática da Secretaria Municipal de Saúde: Recurso Federal - **01.10.70.10.302.0014.2057.3.3.50.39.00.05 – Ficha 604**.

§ 3º - A instituição **CONVENIADA** deverá abrir conta bancária específica isenta de tarifa bancária em instituição financeira pública, em nome da mesma, para recebimento do valor.

§ 4º - Ainda, nos termos da mencionada **Portaria GM/MS nº 5.287, de 26 de agosto de 2024** do Ministério da Saúde, o objetivo do aditamento é repassar o recurso para complementação referente ao piso salarial nacional da enfermagem devida pela União, para os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, motivo pelo qual fica acordado que o repasse em questão **deverá ser destacado no contracheque dos profissionais com rubrica específica**, a fim de possibilitar transparência do valor complementado pela União e proporcionar maior controle da aplicação do recurso.

§ 5º - A **CONVENIADA** deverá apresentar mensalmente a **CONVENENTE** uma listagem atualizada com nome completo, data de nascimento, CPF, Registro no Conselho de Enfermagem e CBO (Classificação Brasileira de Ocupações) dos profissionais beneficiados.

§ 6º - A **CONVENIADA** deverá apresentar mensalmente a **CONVENENTE** a respectiva prestação de contas (no formato digital) relativa à aplicação do recurso recebido, de forma individualizada, com documentos comprobatórios da realização do pagamento da





**MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA**  
ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

complementação aos profissionais beneficiados, bem como as Certidões de Regularidade com encargos sociais (INSS, FGTS, PIS/PASEP, TRABALHISTA, DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO, DO ESTADO).

§ 7º - A **CONVENIADA** deverá manter em arquivo toda a documentação referente aos pagamentos complementares pelo prazo de 05 (cinco) anos.

§ 8º - O Ministério da Saúde e os demais órgãos de controle interno e externo poderão requisitar, a qualquer tempo, informações e documentos para comprovar os regulares usos dos recursos federais repassados.

**Cláusula Segunda** – Ficam mantidas todas as demais cláusulas constantes no ajuste, com exceção da acima mencionada.

E, por assim estarem justas e contratadas as partes, mutuamente obrigadas, assinam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para todos os fins de direito, na presença das testemunhas abaixo.

Pindamonhangaba, 26 de setembro de 2024.

**Decio Prates da Fonseca**  
Provedor da Santa Casa de Pindamonhangaba

**Silvia Mendes de Almeida**  
Secretária Municipal de Saúde





## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 3D79-4FEC-1A1B-1047

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:

- ✓ SILVIA MENDES DE ALMEIDA (CPF 056.XXX.XXX-89) em 26/09/2024 09:15:37 (GMT-03:00)  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
  
- ✓ SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PINDAMONHANGABA (CNPJ 54.122.213/0001-15) em  
27/09/2024 11:48:55 (GMT-03:00)  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
  
- ✓ DECIO PRATES DA FONSECA (CPF 246.XXX.XXX-34) em 30/09/2024 12:58:05 (GMT-03:00)  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://pindamonhangaba.1doc.com.br/verificacao/3D79-4FEC-1A1B-1047>