



## Ofício 10.408/2024

---

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

**Para:** Decio Prates da Fonseca

**Data:** 08/10/2024 às 14:23:21

**Setores envolvidos:**

DAA - PC, SES - GAB

### **Termo de Aditamento nº 15/2024 ao Convênio nº 01/2023 - 14º Repasse do Piso da Enfermagem - Parcela de Setembro/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 15/2024 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 **14º Repasse do Piso da Enfermagem - parcela de setembro/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\_15\_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 15/2024

**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 5.424, de 24 de setembro de 2024**, do Ministério da Saúde, referente ao mês de setembro de 2024.

**VALOR DO AJUSTE/VALOR REPASSADO (1):** R\$ 231.433,46 (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 concedor 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, 08 de outubro 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 15/2024 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, n.º 101, Residencial Orovillle, 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, n.º 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, n.º 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 n.º 5.424, de 24 de setembro de 2024**, do Ministério da Saúde, que dispõe sobre o repasse da AFC - Assistência Financeira Complementar da União destinada ao pagamento do **Piso Salarial Nacional aos**





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

**Profissionais da Enfermagem**, ficando aditada a **Cláusula Quinta**, para repasse do valor de **R\$ 231.433,46** (duzentos e trinta e hum mil, quatrocentos e trinta e três reais e quarenta e seis centavos) a ser repassado em **parcela única** referente ao mês de setembro 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 5.424, de 24 de setembro 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 complementação aos profissionais beneficiados, bem como as Certidões de Regularidade com encargos sociais (INSS, FGTS, PIS/PASEP, TRABALHISTA, DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO, DO ESTADO).





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

§ 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, 08 de outubro 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: 9E6C-BC96-ABAB-675C

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

- ✓ SILVIA MENDES DE ALMEIDA (CPF 056.XXX.XXX-89) em 08/10/2024 15:12:17 (GMT-03:00)  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
  
- ✓ DECIO PRATES DA FONSECA (CPF 246.XXX.XXX-34) em 09/10/2024 10:42:12 (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/9E6C-BC96-ABAB-675C>