Este documento foi assinado digitalmente, a relação dos assinantes encontra-se no fim do documento. Para verificar as assinaturas, acesse https://assina.indaiatuba.sp.gov.br/VerificadorAssinatura e informe o código 1E08-08EF-3BE8-BAE4.

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

(redação dada pela Resolução nº 11/2021)

ÓRGÃO/ENTIDADE PÚBLICO (A)	**:**	PREFEITURA MUNICIPAL DE INDAIATUBA
CONVENIADA	**:**	FUNDAÇÃO LEONOR DE BARROS CAMARGO/ Nome Fantasia: HOSPITAL AUGUSTO DE OLIVEIRA CAMARGO
TERMO DE CONVÊNIO	**:**	115/2024 - PROCESSO Nº 3421/24
OBJETO	**:**	O presente Convênio tem por objetivo a execução, pela CONVENIADA, FUNDAÇÃO LEONOR DE BARROS CAMARGO, nome fantasia, HOSPITAL AUGUSTO DE OLIVEIRA CAMARGO, entidade Filantrópica Sem Fins Lucrativos, DE PROMOVER A EXECUÇÃO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE PÚBLICA, EM CONSONÂNCIA COM AS POLÍTICAS DE SAÚDE DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS E DIRETRIZES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, bem como, atividades e serviços de saúde hospitalar e ambulatorial no âmbito do Sistema Único de Saúde, pactuados na Média Complexidade (consultas de pronto socorro e ambulatorial , internações, serviço de diagnose e terapia, cirurgias de urgência e eletivas) e na Alta Complexidade {Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Nefrologia com hemodiálise (Portaria nº 977, de 30 de setembro de 2014 e Deliberação CIB-52, de 7-10-2014) e Assistência de Alta Complexidade em Neurologia/Neurocirurgia (Portaria SAS nº646, 10/11/2008)} e Assistência de Alta Complexidade em Oncologia – UNACON (Portaria GM/MS Nº 1.406, de 28/09/2023) a serem prestados a qualquer pessoa usuária do Sistema Único de Saúde - SUS que deles necessite, observada a sistemática de referência e contra referência do Sistema Único de Saúde – SUS, sem prejuízo da observância do sistema regulador de urgências/emergências quando for o caso, desde que preconizado pela legislação pertinente vigente.
VALOR DO AJUSTE ESTIMADO	**:**	R$ 635.344.387,20

/ VALOR REPASSADO (1)		
EXERCÍCIO (1)	**:**	2024 A 2029
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 concessor, entidade beneficiária e interessados, 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);

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.

Indaiatuba, 08 de março de 2024.

Este documento foi assinado digitalmente, a relação dos assinantes encontra-se no fim do documento. Para verificar as assinaturas, acesse https://assina.indaiatuba.sp.gov.br/VerificadorAssinatura e informe o código 1E08-08EF-3BE8-BAE4.

AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:

Nome: NILSON ALCIDES GASPAR

Cargo: Prefeito Municipal

CPF: 102.119.548-02

ORDENADOR DE DESPESA DO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:

Nome: GRAZIELA DRIGO BOSSOLAN GARCIA

Cargo: Secretária Municipal de Saúde

CPF: 172.857.508-75

AUTORIDADE MÁXIMA DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA:

Nome: RENATO SARGO

Cargo: Superintendente

CPF: 370.320.468-00

Responsáveis que assinaram o ajuste e/ou Parecer Conclusivo:

PELO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:

Nome: NILSON ALCIDES GASPAR

Cargo: Prefeito Municipal

CPF: 102.119.548-02

Assinatura: _____

Nome: GRAZIELA DRIGO BOSSOLAN GARCIA

Cargo: Secretária Municipal de Saúde

CPF: 172.857.508-75

Assinatura: _____

Este documento foi assinado digitalmente, a relação dos assinantes encontra-se no fim do documento. Para verificar as assinaturas, acesse https://assina.indaiatuba.sp.gov.br/VerificadorAssinatura e informe o código 1E08-08EF-3BE8-BAE4.

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

PELA ENTIDADE CONVENIADA:

Nome: RENATO SARGO

Cargo: Superintendente

CPF: 370.320.468-00

Assinatura: _____

GESTOR(ES) DO CONTRATO:

Nome: FABRICIO DOMINGUES VIEIRA FRANZOLINI

Cargo: Diretor de Gestão

CPF: 295.761.698-01

Assinatura: _____

DEMAIS RESPONSÁVEIS (*):

Tipo de ato sob sua responsabilidade: Comissão de monitoramento e Avaliação

Nome: HELOISA CARLA SALATINO DE SOUZA

Cargo: Secretária Municipal Adjunta

CPF: 012.425.866-28

Assinatura: _____

Tipo de ato sob sua responsabilidade: Comissão de monitoramento e Avaliação

Nome: GUILHERME HENRIQUE FRAGA COSTA

Cargo: DAS-02 – Assessoramento as Unidades Subordinadas Estratégicas

CPF: 348.020.738-36

Assinatura: _____

Este documento foi assinado digitalmente, a relação dos assinantes encontra-se no fim do documento. Para verificar as assinaturas, acesse https://assina.indaiatuba.sp.gov.br/VerificadorAssinatura e informe o código 1E08-08EF-3BE8-BAE4.

Tipo de ato sob sua responsabilidade: Comissão de monitoramento e Avaliação

Nome: TATHIANA MARTINS ALAMINO LACALLE

Cargo: Médica da Família

CPF: 300.941.638-55

Assinatura: _____

Tipo de ato sob sua responsabilidade: Comissão de Prestação de Constas

Nome: BRUNA MANGIALARDO MORON SAMPAIO

Cargo: Dentista

CPF: 349.807.718-07

Assinatura: _____

Nome: JUCILENE APARECIDA CASTRO RUZZA AMARAL

Cargo: DAS-04 - Assessoramento às Secretarias e Unidades Superiores Estratégicas

CPF: 195.547.498-21

Assinatura: _____

Nome: ALICE TIEMI NICHIMURA

Cargo: Dentista

CPF: 088.375.368-52

Assinatura: _____

Tipo de ato sob sua responsabilidade: Responsável pela Emissão de Parecer Jurídico

Nome: LUIZ FERMANDO CARDEAL SIGRIST

Cargo: Procurador Geral do Município

CPF: 116.129.988-28

Assinatura: _____

Este documento foi assinado digitalmente, a relação dos assinantes encontra-se no fim do documento. Para verificar as assinaturas, acesse https://assina.indaiatuba.sp.gov.br/VerificadorAssinatura e informe o código 1E08-08EF-3BE8-BAE4.

(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)*

Este documento foi assinado digitalmente, a relação dos assinantes encontra-se no fim do documento. Para verificar as assinaturas, acesse https://assina.indaiatuba.sp.gov.br/VerificadorAssinatura e informe o código 1E08-08EF-3BE8-BAE4.

Prefeitura Municipal de Indaiatuba

Este documento foi assinado digitalmente, a relação dos assinantes encontra-se abaixo. Para verificar as assinaturas acesse https://assina.indaiatuba.sp.gov.br/VerificadorAssinatura e informe o código 1E08-08EF-3BE8-BAE4.

Nome	CPF/CNPJ	Assina Como	Tipo da Assinatura
RENATO SARGO	37032046800	REPRESENTANTE	Digital
FABRICIO DOMINGUES VIEIRA FRANZOLINI	29576169801	GESTOR - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	Digital
GUILHERME HENRIQUE FRAGA COSTA	34802073836	COMISSÃO DE MONIT. E AVALIAÇÃO - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	Digital
JUCILENE APARECIDA CASTRO RUZZA AMARAL	19554749821	COMISSÃO DE PREST. DE CONTAS - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	Digital
BRUNA MANGIALARDO MORON SAMPAIO	34980771807	COMISSÃO DE PREST. DE CONTAS - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	Digital
ALICE TIEMI NISHIMURA	08837536852	COMISSÃO DE PREST. DE CONTAS - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	Digital
HELOISA CARLA SALATINO DE SOUZA	01242586628	COMISSÃO DE MONIT. E AVALIAÇÃO - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	Digital
TATHIANA MARTINS ALAMINO LACALLE	30094163855	COMISSÃO DE MONIT. E AVALIAÇÃO - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE	Digital
GRAZIELA DRIGO BOSSOLAN GARCIA	17285750875	SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE	Digital
NILSON ALCIDES GASPAR	10211954802	PREFEITO	Digital