



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE ARANDU**

Rua Dezenove de Março, 480 - Centro - CEP: 18710 - 009

CNPJ 46.634.176/0001-04-FONE - (14) 3766 9022

Email - [pmarandu@arandu.sp.gov.br](mailto:pmarandu@arandu.sp.gov.br)

### **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 ARANDU

CONVENIADA: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE AVARÉ

TERMO DE CONVÊNIO Nº(DE ORIGEM): 03/2025

**OBJETO:** A finalidade do presente convênio é disponibilizar à população Aranduense os serviços de **CIRURGIAS ELETIVAS**, através do repasse de valores necessários para viabilizar a realização de procedimentos cirúrgicos nas áreas abaixo relacionadas, a serem prestadas por profissionais da CONVENIADA, limitados às quantidades e valores definidos neste instrumento, atendendo a demanda reprimida e as atuais necessidades existentes.

VALOR DO AJUSTE/VALOR REPASSADO (1): Até o valor de **R\$ 471.900,00** (Quatrocentos e setenta e um mil e novecentos reais).

EXERCÍCIO (1): 2025

ADVOGADO(S) Nº OAB/E-MAIL: (2) LEROY AMARILHA FREITAS.

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 extraíndo 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;



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE ARANDU**

Rua Dezenove de Março, 480 - Centro – CEP: 18710 - 009

CNPJ 46.634.176/0001-04-FONE – (14) 3766 9022

Email – [pmarandu@arandu.sp.gov.br](mailto:pmarandu@arandu.sp.gov.br)

- 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 n° 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 n°01/2020, 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.

### **AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENIENTE:**

Nome: FLÁVIO CARLOMAGNO GALHEGO

Cargo: Prefeito Municipal

CPF:

### **ORDENADOR DE DESPESA DO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENIENTE:**

Nome: FLÁVIO CARLOMAGNO GALHEGO

Cargo: Prefeito Municipal

CPF:



## PREFEITURA MUNICIPAL DE ARANDU

Rua Dezenove de Março, 480 - Centro - CEP: 18710 - 009

CNPJ 46.634.176/0001-04-FONE - (14) 3766 9022

Email - [pmarandu@arandu.sp.gov.br](mailto:pmarandu@arandu.sp.gov.br)

### **AUTORIDADE MÁXIMA DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA:**

Nome: Miguel Chibani Bakr

Cargo: Provedor

CPF:

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

#### **PELO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENIENTE:**

Nome: FLÁVIO CARLOMAGNO GALHEGO

Cargo: Prefeito Municipal

CPF:

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

Nome: CARLOS ALEX DE CAMARGO

Cargo: Secretário Municipal da Saúde

CPF: :

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

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

#### **PELA ENTIDADE CONVENIADA:**

Nome: Miguel Chibani Bakr

Cargo: Provedor

CPF:

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

---

#### **DEMAIS RESPONSÁVEIS (\*):**

Tipo de ato sob sua responsabilidade:

Nome: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

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

RB



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE ARANDU**

**Rua Dezenove de Março, 480 - Centro – CEP: 18710 - 009**

**CNPJ 46.634.176/0001-04-FONE – (14) 3766 9022**

**Email – [pmarandu@arandu.sp.gov.br](mailto:pmarandu@arandu.sp.gov.br)**

---

(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)*