



PREFEITURA DE ALTINÓPOLIS

1º TERMO ADITIVO DE PRORROGAÇÃO DE PRAZO AO TERMO DE FOMENTO Nº 10/2024 CELEBRADO ENTRE O MUNICÍPIO DE ALTINÓPOLIS E O HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS.

Termo Aditivo de Prazo ao Termo de fomento celebrado entre o MUNICÍPIO DE ALTINÓPOLIS e o HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS.

Pelo presente Termo Aditivo de Prazo de Vigência junto ao Termo de Fomento n 01/2023, de um lado o **MUNICÍPIO DE ALTINÓPOLIS**, pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Prefeitura Municipal, situada a Rua Major Garcia, nº 144, Centro, inscrito no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica do Ministério da Fazenda sob nº 45.298.569/0001-13, neste ato representado por seu Prefeito Municipal **HUELDER DONIZETE MALAGUTTI FERREIRA**, brasileiro, casado, portador da Cédula de Identidade RG/SSPSP nº 43.533.525-X e CPF/MF nº 368.212.868-92, doravante designado simplesmente **MUNICÍPIO**, e de outro lado, **HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS**, entidade sem fins lucrativos (filantropia) CNPJ nº 56.889.595/0001-32, inscrito no CREMESP sob nº 902621.5, em 11/09/84, cadastrado no CNES sob o nº 2716593, com endereço na cidade de Altinópolis-SP, à Rua Cel. Joaquim Alberto nº 421, e com estatuto arquivado no Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas de Altinópolis, em 13/07/94, sob nº 94, fls. 85v. a 88v., neste ato representado por seu Provedor, **Sr. JOSÉ LUIZ SAMMARCO PALMA**, brasileiro, portador do RG nº 4.650.377-8 SSP/SP e do CPF nº 743.321.638-34, doravante designada simplesmente **ENTIDADE**.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente Termo Aditivo tem por fundamento o disposto no inc.VI do art.42 da Lei Federal n. 13.019/2014 c/c Cláusula Oitava do Termo de Fomento n. 10/2024, *destinado ao pagamento do piso salarial dos profissionais da enfermagem*, e tão única e exclusivamente visa prorrogar a vigência inicialmente pactuada, passando o Termo de Fomento n. 10/2024 possuir vigência até 31 de dezembro de 2025, nos termos da Lei Municipal n.º 2.244, de 14 de dezembro de 2023.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO VALOR

O valor total estimado do presente termo fica **RATIFICADO**, consubstanciando em um montante de R\$ 357.463.21 (trezentos e cinquenta e sete mil, quatrocentos e sessenta e



PREFEITURA DE ALTINÓPOLIS

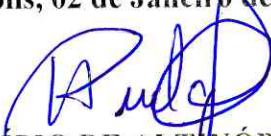
três reais e vinte e um centavos), a serem conforme Plano de Trabalho em anexo, onerando a seguinte rubrica orçamentária: 06.01.00 10.302.6001.2071 3.3.50.43.00 05 370 000.

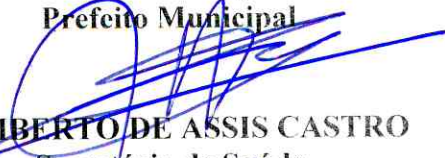
CLÁUSULA TERCEIRA- DA RATIFICAÇÃO

Ficam inteiramente **RATIFICADAS SEM NENHUMA ALTERAÇÃO** as demais cláusulas constantes do Termo de Fomento n. 10/2024.

E, por estarem de acordo com as Cláusulas e condições ajustadas, firmam o presente Termo Aditivo em 02 (duas) vias de igual teor, na presença das testemunhas abaixo assinadas.

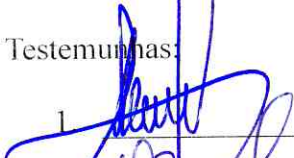
Altinópolis, 02 de Janeiro de 2025.


MUNICÍPIO DE ALTINÓPOLIS
Huelder Donizete Malagutti Ferreira
Prefeito Municipal


HUMBERTO DE ASSIS CASTRO
Secretária de Saúde


HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS
José Luiz Sanmarco Palma
Provedor

Testemunhas:

1. 
2. 

Visto e Conferido:

Roberta Freiria Romito de Andrade – Procuradora do Município



HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS

CNPJ: 56.889.595/0001-32

(16) 3665-7200

End.: Rua Cel. Joaquim Alberto, 421, Centro - Altinópolis-SP

www.hospitalaltinopolis.com.br

Proposta de Plano de Trabalho REPASSE DE RECURSO

I - IDENTIFICAÇÃO DO PROPONENTE:

RAZÃO SOCIAL: Hospital de Misericórdia de Altinópolis

CNPJ: 56.889.595/0001-32

CNES: 2716593

ENDEREÇO: Rua Coronel Joaquim Alberto, 421 - Centro

Cidade: Altinópolis

UF: SP

CEP: 14.350-000

Telefone: (16) 3665-7200

e-mail: provedoria@hospitalaltinopolis.com.br

II - RESPONSÁVEL LEGAL DA INSTITUIÇÃO

PROVEDOR: José Luiz Sammarco Palma

CPF: 743.321.638-34

RG: 4.650.377-8 - **ÓRGÃO EXPEDIDOR:** SSP/SP

CIDADE: Altinópolis

UF: SP

TELEFONE: (16) 3665-7200

III – CARACTERIZAÇÃO DA PROPOSTA

TÍTULO

Repasse para assistência financeira complementar da União, destinada ao cumprimento do piso salarial nacional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e parteiras, referente ao exercício de 2025 de acordo com a **Portaria GM/MS nº 6.272**, de 26 de dezembro de 2024, e de acordo a **Lei 14.434/2022**.

PERÍODO DE EXECUÇÃO

IMEDIATO



HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS

CNPJ: 56.889.595/0001-32

(16) 3665-7200

End.: Rua Cel. Joaquim Alberto, 421, Centro - Altinópolis-SP

www.hospitalaltinopolis.com.br

OBJETIVO

Utilizar o referido repasse para complementar o piso salarial nacional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e parteiras, **referente aos meses de janeiro à dezembro de 2025**. Considerando que se esta entidade receber os repasses nos meses seguintes a este período manterá os mesmos critérios de pagamento deste Plano de Trabalho.

JUSTIFICATIVA

Considerando a **Portaria GM/MS nº 6.272**, de 26 de dezembro de 2024, e de acordo a **Lei 14.434/2022** onde este recurso será aplicado exclusivamente para assistência financeira complementar da União destinada ao cumprimento do piso salarial nacional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e parteiras, referente ao exercício de 2025.

METAS QUANTITATIVAS/ QUALITATIVAS

Manter a prestação de Assistência Ambulatorial e Hospitalar a todos os pacientes de forma humanizada.

IV – DEMONSTRATIVO DE RECURSOS SOLICITADOS AO CONCEDENTE PARA CUSTEIO

CONCEDENTE	VALOR	PERÍODO UTILIZAÇÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALTINÓPOLIS	R\$ 357.463,21	ATÉ DEZEMBRO 2025



HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS

CNPJ: 56.889.595/0001-32

(16) 3665-7200

End.: Rua Cel. Joaquim Alberto, 421, Centro - Altinópolis-SP

www.hospitalaltinopolis.com.br

V - PLANO DE APLICAÇÃO

ITEM	DESCRIÇÃO	VALOR TOTAL	PERCENTUAL (%)
Repasse financeiro para complemento do Piso Salarial para os profissionais de enfermagem desta entidade.	Realizar os créditos para todos os profissionais que fazem jus ao complemento do Piso Salarial de acordo com cada CPF, conforme relatório recebido do Ministério da Saúde, retendo os tributos legais com posterior recolhimento em guias apropriadas e transferir os valores líquidos na conta de cada profissional. Mantendo o mesmo critério para os recebimentos posteriores a este período.	R\$ 357.463,21	100 %
TOTAL		R\$ 357.463,21	100%

VI - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO (PAGAMENTO)

O pagamento deverá ser realizado em parcelas mensais conforme suas competências até dezembro de 2024 na Caixa Econômica Federal, Banco 104 Agência 4498 Conta Corrente 000.577.496.467-8 na conta desta entidade que fará o repasse aos profissionais aptos aos seus respectivos créditos.



HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS

CNPJ: 56.889.595/0001-32

(16) 3665-7200

End.: Rua Cel. Joaquim Alberto, 421, Centro - Altinópolis-SP

www.hospitalaltinopolis.com.br

VII - CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Especificação dos Itens	Etapa de Execução
Repasse financeiro para complemento do Piso Salarial para os profissionais de enfermagem desta entidade.	Realizar os créditos para todos os profissionais que fazem jus ao complemento do Piso Salarial de acordo com cada CPF, conforme relatório recebido do Ministério da Saúde, retendo os tributos legais com posterior recolhimento em guias apropriadas e transferir os valores líquidos na conta de cada profissional referente aos meses de janeiro à dezembro de 2025. Mantendo o mesmo critério para os recebimentos posteriores a este período.

VIII - DISPOSIÇÕES FINAIS

Os recursos financeiros ora apresentados são necessários para cumprimento da **Portaria GM/MS nº 6.272**, de 26 de dezembro de 2024, e de acordo a Lei 14.434/2022.

Altinópolis/SP, 01 de janeiro de 2025.

Paulo Sérgio Câmara
Diretor Administrativo

José Luiz Sammarco Palma
Provedor