



MUNICÍPIO DE PINDAMONHANGABA  
ESTADO DE SÃO PAULO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

1

## PARECER CONCLUSIVO – 2024

A Prefeitura de Pindamonhangaba em cumprimento ao artigo nº 203 da Instrução nº 01/2024 do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, apresenta parecer sobre a Prestação de Contas:

**Exercício a que se refere este Parecer Conclusivo:** 2024

**Processo nº:** 797/2023

- ( ) Acordo de Cooperação  
( ) Termo de Colaboração  
( ) Termo de Fomento  
(X) Convênio

**Número do Instrumento celebrado:** Convênio nº 01/2023

**Período de vigência pactuado:** 01/01/2024 a 31/12/2024

**Conta corrente específica:** 74.707-6 e 76.198-2 Agência 0574-6 Banco do Brasil

**Nome da Entidade:** Santa Casa de Misericórdia de Pindamonhangaba

**Finalidade Estatutária:** Prestar assistência médico-hospitalar aos enfermos e acidentados; prestar assistência materno-infantil; prestar assistência médico-hospitalar gratuitamente a indigentes e necessitados, quando devidamente comprovado. Não se fará distinção de sexo, cor, credo, nacionalidade ou condição social daqueles que necessitem de atendimento médico-hospitalar.

**Endereço da Entidade:** Rua Major José dos Santos Moreira, nº 466, Centro      **CEP:** 12.410-050

**Município:** Pindamonhangaba-SP

**Descrição do objeto:** o convênio tem por objeto integrar a CONVENIADA ao Sistema Único de Saúde - SUS e definir a sua inserção na rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde consistentes na prestação de serviços médico-hospitalares e ambulatoriais, visando a garantia da atenção integral à saúde dos munícipes de Pindamonhangaba e região referenciada.

### REPASSES CONCEDIDOS

**FONTE DOS RECURSOS:** 05- Federal

Parcela	Data	Número do documento de crédito (nota de liquidação e pagamento)	Valores
01	05/01/2024	NL 34348/2023 e 30/2024; NP 15003/2023 e 110/2024	R\$ 1.961.075,72





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

2

02	05/02/2024	NL 238/2024; NP 788/2024	R\$ 1.389.164,06
03	15/02/2024	NL 2518/2024; NP 1108/2024	R\$ 570.316,20
04	05/03/2024	NL 2656/2024; NP 1953/2024	R\$ 1.486.092,67
05	06/03/2024	NL 3564/2024; NP 2053/2024	R\$ 608.756,04
06	05/04/2024	NL 6103/2024; NP 3397/2024	R\$ 1.486.092,67
07	08/04/2024	NL 7624/2024; NP 3434/2024	R\$ 544.237,08
08	02/05/2024	NL 8144/2024; NP 4468/2024	R\$ 1.486.092,67
09	08/05/2024	NL 9893/2024; NP 4825/2024	R\$ 571.654,71
10	05/06/2024	NL 11256/2024; NP 5931/2024	R\$ 1.486.092,67
11	07/06/2024	NL 12830/2024; NP 6121/2024	R\$ 570.498,27
12	02/07/2024	NL 15547/2024; NP 7205/2024	R\$ 592.788,63
13	05/07/2024	NL 15269/2024; NP 7328/2024	R\$ 1.486.092,67
14	05/08/2024	NL 17911 e 18813/2024; NP 8414 e 8550/2024	R\$ 2.036.286,25
15	02/09/2024	NL 21592/2024; NP 10089/2024	R\$ 588.864,44
16	05/09/2024	NL 21116/2024; NP 9717/2024	R\$ 1.486.092,67
17	04/10/2024	NL 23661 e 25634/2024; NP 11150 e 11614/2024	R\$ 2.074.051,21
18	05/11/2024	NL 27042 e 27073/2024; NP 12622/2024	R\$ 1.486.092,67
19	12/11/2024	NL 29064/2024; NP 13275/2024	R\$ 538.321,59





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

3

20	05/12/2024	NL 29802/2024; NP 14039/2024	R\$ 1.486.092,67
21	06/12/2024	NL 30838, 30839 e 30840/2024; NP 14299/2024	R\$ 581.353,14
<b>Total</b>			<b>R\$ 24.516.108,70</b>

**PRESTAÇÕES DE CONTAS EM:**

<b>Prestação de Contas<sup>1</sup> e Período</b>	<b>Data<sup>2</sup></b>	<b>Conclusão<sup>3</sup></b>	<b>Sanção<sup>4</sup></b>
Mensal – Janeiro	25/03/2024	Regular	Não houve
Mensal – Fevereiro	25/03/2024	Regular	Não houve
Mensal – Março	11/04/2024	Regular	Não houve
Mensal – Abril	26/06/2024	Regular	Não houve
Mensal – Maio	14/08/2024	Regular	Não houve
Mensal – Junho	23/08/2024	Regular	Não houve
Mensal – Julho	23/08/2024	Regular	Não houve
Mensal – Agosto	04/10/2024	Regular	Não houve
Mensal – Setembro	05/11/2024	Regular	Não houve
Mensal – Outubro	06/12/2024	Regular	Não houve
Mensal – Novembro	07/01/2025	Regular	Não houve
Mensal – Dezembro	30/01/2025	Regular	Não houve

<sup>1</sup> Prestação de Contas quadrimestral, final, anual ou mensal

<sup>2</sup> Data em que o Município recebeu a prestação de contas

<sup>3</sup> A conclusão poderá ser: regular, regular com ressalva ou irregular

<sup>4</sup> A sanção poderá ser: advertência, suspensão temporária ou declaração de inidoneidade

**Valor do Recurso Recebido no Exercício 2024:** R\$ 24.516.108,70

**Valor do Rendimento das Aplicações no Exercício 2024:** R\$ 47.795,40

**Valor de Recurso Próprio aplicado no Exercício 2024:** R\$ 327.441,20

**Outras Receitas decorrentes da execução do ajuste:** R\$ 0,00

**Saldo Remanescente do Exercício Anterior:** R\$ 3.736,82

**Subtotal:** R\$ 24.895.082,12

**Valor Total aplicado no objeto/Prestado Contas 2024:** R\$ 24.738.350,12

**Valor devolvido na conta específica decorrente de glosas referentes as despesas não aceitas no período:** R\$ 0,00





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

4

**Saldo Transferido/Autorizado para utilização no Exercício de 2025:** R\$ 156.732,00

**Saldo Remanescente ao Término da vigência do Convênio:** R\$ 0,00

<b>Data da Devolução</b>	<b>Valor Devolvido</b>	<b>Conta Corrente</b>	<b>Número do Docto. De Devolução</b>
_____	_____	_____	_____

Após análise dos documentos apresentados pela Entidade **Santa Casa de Misericórdia de Pindamonhangaba** em cumprimento às Instruções nº 01/2024 do E. Tribunal de Contas do Estado de São Paulo referente aos repasses ao Terceiro Setor, emitimos **PARECER CONCLUSIVO REGULAR** à mencionada Prestação de Contas de **2024** e atestamos ainda que:

1) O recebimento da Prestação de Contas ocorreu nas datas mencionadas nas tabelas acima identificadas e a entidade está ciente da aplicação de sanções por eventuais ausências de comprovação ou desvio de finalidade;

2) O regular funcionamento da entidade que recebeu os recursos;

3) As atividades desenvolvidas com os recursos repassados foram realizadas em compatibilidade com as metas pactuadas no instrumento jurídico e no plano de trabalho da parceria, tendo sido alcançados os resultados pretendidos;

4) Houve o cumprimento das cláusulas pactuadas em conformidade com a regulamentação que rege a matéria;

5) Houve a regularidade dos gastos efetuados conforme se depreende das análises financeiras realizadas pelo setor competente deste órgão público repassador dos recursos. Quanto a contabilização dos recursos, a entidade apresentou os demonstrativos contábeis devidamente assinados por profissional competente;

6) Que as cópias dos documentos das despesas correspondem aos originais apresentados pela entidade nos quais constam, nos documentos originais, a identificação da entidade beneficiária, o tipo de repasse obtido, número do ajuste e o órgão repassador que se referem;

7) De acordo com a documentação apresentada pela entidade, verificou-se que a mesma está em dia com o recolhimento dos encargos trabalhistas referentes ao ano de **2024**, conforme atestado pelas certidões e declarações entregues nas prestações de contas anual;

8) Foram atendidos os princípios da legalidade, impessoalidade, moralidade, publicidade, eficiência, motivação e interesse público;

9) A existência e o funcionamento regular do controle interno do ente público concessor;

<b>Nome completo do responsável pelo Controle Interno</b>	<b>CPF do Responsável</b>
---	---------------------------





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

5

Lucilio Mendes Raposo	093.909.788-58
-----------------------	----------------

10) NÃO foram realizadas visitas técnicas *in loco*;

11) O eventual rateio administrativo de custos indiretos realizado pela entidade do Terceiro Setor foi verificado e avaliado pelo poder público, quanto à razoabilidade, pertinência com o objeto, proporcionalidade e adequação das despesas.

Pindamonhangaba, 03 de junho de 2025.

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





## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 4A79-3F1F-A5A8-594D

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

- ✓ SILVIA MENDES DE ALMEIDA (CPF 056.XXX.XXX-89) em 03/06/2025 17:55:46 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/4A79-3F1F-A5A8-594D>