



## 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 - TA nº 09/2024

**Período de vigência pactuado:** 11/07/2024 a 31/12/2024

**Conta corrente específica:** 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. Repassar o recurso proveniente da emenda parlamentar do Deputado Federal Vinicius Carvalho para custear as ações estratégicas à manutenção da assistência hospitalar com aquisição de medicamentos e materiais hospitalares.

### REPASSES CONCEDIDOS

**FONTE DOS RECURSOS:** 05- Federal - Emenda Parlamentar Individual

Parcela	Data	Número do documento de crédito (nota de liquidação e pagamento)	Valores
01	17/07/2024	NL 17775/2024; NP 7963/2024	R\$ 200.000,00





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

2

<b>Total</b>			<b>R\$ 200.000,00</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 – 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

<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\$ 200.000,00

**Valor do Rendimento das Aplicações no Exercício 2024:** R\$ 2.058,64

**Valor de Recurso Próprio aplicado no Exercício 2024:** R\$ 0,00

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

**Saldo Remanescente do Exercício Anterior:** R\$ 0,00

**Subtotal:** R\$ 202.058,64

**Valor Total aplicado no objeto/Prestado Contas 2024:** R\$ 201.859,06

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

**Saldo Transferido/Autorizado para utilização no Exercício de 2025:** R\$ 0,00

**Saldo Remanescente ao Término da vigência do Convênio:** R\$ 199,58

<b>Data da Devolução</b>	<b>Valor Devolvido</b>	<b>Conta Corrente</b>	<b>Número do Docto. De Devolução</b>
04/11/2024	R\$ 199,58	64.112-X	550.574.000.064.112

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:





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

3

- 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>
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, 16 de abril de 2025.

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





## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 228A-86C8-ED17-2C81

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



SILVIA MENDES DE ALMEIDA (CPF 056.XXX.XXX-89) em 17/04/2025 12:03:06 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/228A-86C8-ED17-2C81>