



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

## PARECER CONCLUSIVO – 2025

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:** 2025

**Processo nº:** 869/2024

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

**Número do Instrumento celebrado:** Termo de Colaboração nº 02/2024

**Período de vigência pactuado:** 01/01/2025 a 01/02/2025

**Conta corrente específica:** 3.367-7 Agência 0574-6 Banco do Brasil

**Nome da Entidade:** APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Pindamonhangaba

**Finalidade Estatutária:** A APAE tem sua ação comprometida com a cidadania e com a conscientização de uma sociedade democrática e não excludente, na medida em que cumpre sua missão em prevenir, capacitar e integrar a pessoa com deficiência à sociedade, preparando-a para atingir o ápice de suas potencialidades.

**Endereço da OSC:** Rua José de Oliveira, nº 55, Crispim      **CEP:** 12.402-250

**Município:** Pindamonhangaba-SP

**Descrição do objeto:** Habilitação/Reabilitação para pessoa com deficiência intelectual e/ou múltiplas.

### REPASSES CONCEDIDOS

**FONTE DOS RECURSOS:** 05- Federal

Parcela	Data	Número do documento de crédito (nota de liquidação e pagamento)	Valores
01	10/01/2025	NL 32917/2024; NP 15398/2024	R\$ 54.707,66
02	20/01/2025	NL 35127/2024; NP 15651/2024	R\$ 54.707,66





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

<b>Total</b>			<b>R\$ 109.415,32</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	24/02/2025	Regular	Não houve
Mensal – Fevereiro	24/02/2025	Regular	Não houve
Mensal – Março	07/03/2025	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 2025:** R\$ 109.415,32

**Valor do Rendimento das Aplicações no Exercício 2025:** R\$ 504,19

**Valor de Recurso Próprio aplicado no Exercício 2025:** R\$ 0,00

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

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

**Subtotal:** R\$ 183.474,20

**Valor Total aplicado no objeto/Prestado Contas 2025:** R\$ 21.250,46

**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 2026:** R\$ 0,00

**Saldo Remanescente ao Término da vigência da parceria:** R\$ 162.223,74

<b>Data da Devolução</b>	<b>Valor Devolvido</b>	<b>Conta Corrente</b>	<b>Número do Docto. De Devolução</b>
19/03/2025	R\$ 20.000,00	64.112-X	550.574.000.064.112
21/03/2025	R\$ 142.223,74	64.112-X	550.574.000.064.112

Após análise dos documentos apresentados pela Entidade **APAE - Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais 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 **2025** e atestamos ainda que:

Avenida Nossa Senhora do Bom Sucesso, 1.734 – Alto do Cardoso – Pindamonhangaba – SP – CEP12420-010  
TEL (12) 3550-8960 – e-mail: monitoramento@pindamonhangaba.sp.gov.br



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

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 **2025**, 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, 22 de abril de 2025.

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





## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: ACBB-82F9-3F76-4CE1

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



SILVIA MENDES DE ALMEIDA (CPF 056.XXX.XXX-89) em 22/04/2025 18:56:03 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/ACBB-82F9-3F76-4CE1>