



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

**ADITAMENTO N.º 14/2024 AO CONVÊNIO N.º 01/2023**

TERMO ADITIVO DO CONVÊNIO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, QUE ENTRE SI CELEBRAM A PREFEITURA MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA, POR INTERMÉDIO DA SMS – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE PINDAMONHANGABA E A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PINDAMONHANGABA.

Pelo presente termo de aditamento ao Convênio n.º 01/2023, que entre si fazem, de um lado **PREFEITURA MUNICIPAL DE PINDAMONHANGABA**, inscrita no CNPJ/MF sob n.º 45.226.214/0001-19, estabelecida nesta cidade e comarca de Pindamonhangaba/SP, com sede na Avenida Nossa Senhora do Bom Sucesso, n.º 1400 – Centro – Pindamonhangaba – SP, neste ato representada por sua **SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, Sra. **SILVIA MENDES DE ALMEIDA**, brasileira, casada, portadora do RG MG-11.704.950, inscrita no CPF/MF sob n.º 056.772.236-89, residente e domiciliada na cidade de Taubaté/SP, na Avenida Província Autônoma di Trento, nº 101, Residencial Ouroville, CEP: 12.043-611, doravante denominada **CONVENENTE**, e de outro lado, a **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PINDAMONHANGABA**, inscrita no CNPJ/MF sob n.º 54.122.213/0001-15, estabelecida nesta cidade, com sede na Rua Major José dos Santos Moreira, nº 466 - Centro - Pindamonhangaba - SP, neste ato representada por seu provedor Sr. **DECIO PRATES DA FONSECA**, brasileiro, casado, portador RG n.º 3.115.975, e do CPF/MF n.º 246.036.358-34, residente e domiciliado na cidade de Pindamonhangaba, na Rua Antonia Marcondes de Oliveira Godoy, nº 175, Condomínio Real Ville, CEP: 12.421-800, doravante denominado **CONVENIADA**, com fulcro no disposto pela Constituição Federal (artigos 196 e seguintes), Constituição Estadual (artigos 218 e seguintes), Lei Federal n.º 8.080/90 e a Lei Federal n.º 8.666/1993, na forma e nas condições estabelecidas, firmam o presente aditamento contratual, como segue:

**Cláusula Primeira** - O presente instrumento de **Aditamento Contratual** é celebrado nos termos expressos do Convênio n.º 01/2023, firmado entre a **CONVENENTE E CONVENIADA**, e de acordo com a **Portaria GM/MS nº 5.287, de 26 de agosto de 2024**,





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

do Ministério da Saúde, que dispõe sobre o repasse da AFC - Assistência Financeira Complementar da União destinada ao pagamento do **Piso Salarial Nacional aos Profissionais da Enfermagem**, ficando aditada a **Cláusula Quinta**, para repasse do valor de **R\$ 298.656,81** (duzentos e noventa e oito mil, seiscentos e cinquenta e seis reais e oitenta e hum centavos) a ser repassado em **parcela única referente ao mês de agosto de 2024**.

§ 1º - Os demais repasses da AFC - Assistência Financeira Complementar serão encaminhados conforme publicação de portaria do Ministro de Estado da Saúde e após o Fundo Nacional de Saúde efetuar o crédito nas contas bancárias dos Fundos Municipais de Saúde.

§ 2º - A despesa deste termo aditivo onerará a funcional programática da Secretaria Municipal de Saúde: Recurso Federal - **01.10.70.10.302.0014.2057.3.3.50.39.00.05 – Ficha 604**.

§ 3º - A instituição **CONVENIADA** deverá abrir conta bancária específica isenta de tarifa bancária em instituição financeira pública, em nome da mesma, para recebimento do valor.

§ 4º - Ainda, nos termos da mencionada **Portaria GM/MS nº 5.287, de 26 de agosto de 2024** do Ministério da Saúde, o objetivo do aditamento é repassar o recurso para complementação referente ao piso salarial nacional da enfermagem devida pela União, para os enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, motivo pelo qual fica acordado que o repasse em questão **deverá ser destacado no contracheque dos profissionais com rubrica específica**, a fim de possibilitar transparência do valor complementado pela União e proporcionar maior controle da aplicação do recurso.

§ 5º - A **CONVENIADA** deverá apresentar mensalmente a **CONVENENTE** uma listagem atualizada com nome completo, data de nascimento, CPF, Registro no Conselho de Enfermagem e CBO (Classificação Brasileira de Ocupações) dos profissionais beneficiados.

§ 6º - A **CONVENIADA** deverá apresentar mensalmente a **CONVENENTE** a respectiva prestação de contas (no formato digital) relativa à aplicação do recurso recebido, de forma individualizada, com documentos comprobatórios da realização do pagamento da



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

complementação aos profissionais beneficiados, bem como as Certidões de Regularidade com encargos sociais (INSS, FGTS, PIS/PASEP, TRABALHISTA, DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO, DO ESTADO).

§ 7º - A **CONVENIADA** deverá manter em arquivo toda a documentação referente aos pagamentos complementares pelo prazo de 05 (cinco) anos.

§ 8º - O Ministério da Saúde e os demais órgãos de controle interno e externo poderão requisitar, a qualquer tempo, informações e documentos para comprovar os regulares usos dos recursos federais repassados.

**Cláusula Segunda** – Ficam mantidas todas as demais cláusulas constantes no ajuste, com exceção da acima mencionada.

E, por assim estarem justas e contratadas as partes, mutuamente obrigadas, assinam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para todos os fins de direito, na presença das testemunhas abaixo.

Pindamonhangaba, 26 de setembro de 2024.

**Decio Prates da Fonseca**  
Provedor da Santa Casa de Pindamonhangaba

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





## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 3D79-4FEC-1A1B-1047

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

- ✓ SILVIA MENDES DE ALMEIDA (CPF 056.XXX.XXX-89) em 26/09/2024 09:15:37 (GMT-03:00)  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
  
- ✓ SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE PINDAMONHANGABA (CNPJ 54.122.213/0001-15) em  
27/09/2024 11:48:55 (GMT-03:00)  
Papel: Parte  
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)
  
- ✓ DECIO PRATES DA FONSECA (CPF 246.XXX.XXX-34) em 30/09/2024 12:58:05 (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/3D79-4FEC-1A1B-1047>