



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE ARANDU**

*Rua Dezenove de Março, 480 – Centro – CEP 18.710-000  
Fone/Fax (14) 3766-9022 - CNPJ 46.634.176/0001-04  
e-mail: pmarandu@uol.com.br*

**CONVÊNIO Nº. 001/26**

**TERMO DE CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM, O MUNICÍPIO DE ARANDU E A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE AVARÉ, VISANDO A REALIZAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS PARA O ATENDIMENTO DA POPULAÇÃO COM BASE NA LEI MUNICIPAL Nº 2680/2022 .**

**TERMO DE CONVÊNIO** que entre si celebram o **MUNICÍPIO DE ARANDU (SP)**, com sede a Rua Dezenove de Março nº 480, inscrito no CNPJ sob nº. 46.634.176/0001-04, neste ato representado pelo Prefeito Municipal, Senhor **Flávio Carlomagno Galhego**, portador da cédula de identidade RG nº. 17.792.738-0 e inscrito no CPF/MF sob nº 099.100.488-41 e a **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE AVARÉ**, com sede à Rua Paraíba, nº 1003, inscrita no CNPJ sob nº. 44.584.019/0001-06, neste ato representada de acordo com seu Estatuto pelo Provedor, Senhor **Cesar Augusto Mazzoni Negrão**, residente na Rua Amazonas, nº 1.519, Cidade de Avaré/SP, portador da cédula de identidade RG nº 8.919.646 e inscrito no CPF/MF sob nº 033.391.108-32, sendo a assinatura do presente instrumento realizada por seu procurador Senhor **Miguel Chibani Bakr**, residente na Rua Maria Antônia de Souza, nº 417, Jardim São Paulo, Cidade de Avaré/SP, CEP 18.705-480, portador da cédula de identidade RG nº 6.935.884 e inscrito no CPF/MF sob nº 749.914.188-87, conforme instrumento de procuração outorgado para este fim, doravante denominada simplesmente ENTIDADE, resolve celebrar o presente Termo de Convênio, nos termos da Lei nº 13019/2014 e Lei Municipal nº 2.680/2022 de 06 de Abril de 2022, nas condições estabelecidas nas cláusulas seguintes:

### **CLÁUSULA PRIMEIRA – NORMAS APLICÁVEIS**

Rege o presente instrumento o que dispõe a Constituição Federal, Fundamentação para celebração de Convênio com a Santa Casa de Avaré, instituição Filantrópica, Normas aplicáveis dispõe a Constituição Federal, em especial os seus artigos 195 a 200; a constituição federal de São Paulo, em especial seu artigo 218 e seguintes, Lei orgânica municipal, em especial os seus artigos, sendo, art. 44-IV; art. 96 -§ 1º; art. 158 -§ 2º e o art. 6XXVI e as Leis Federais 8080/90, 8142/90 e 14.133/21, com suas alterações, bem como a Lei Municipal autorizadora nº 2680/2022. Portaria MS/GM nº. 529 de 01 de abril de 2013, que institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP), Portaria MS/GM Ne 3.390, de 27 de dezembro de 2013, Institui a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo-se as diretrizes para a organização do componente hospitalar da Rede de Atenção à Saúde (RAS), Portaria MS/GM N. 3.410, de 30 de dezembro de 2013, Estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) em consonância com a Política Nacional de Atenção Hospitalar (PNHOSP) Portaria MS/GM N. 142, de 27 de janeiro de 2014 Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), o Incentivo de Qualificação da Gestão



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE ARANDU**

**Rua Dezenove de Março, 480 – Centro – CEP 18.710-000**

**Fone/Fax (14) 3766-9022 - CNPJ 46.634.176/0001-04**

**e-mail: pmarandu@uol.com.br**

Hospitalar (1GH), de que trata a Portaria n. 3.410/GM/MS, de 30 de dezembro de 2013, que estabelece as diretrizes para a contratualização de hospitalar no âmbito do SUS, em consonância com a Política Nacional e de Atenção Hospitalar (PNHOSP), Portaria MS/GM nº 2.527 de 11 de novembro de 2014 que aprova o componente hospitalar para a rede de urgência, Portaria MS/GM nº 2.839 de 29 de dezembro de 2014 que prorroga o prazo da Portarias n. 3.410/GM/MS e n. 142/GM/MS, Portaria MS/GM nº 2.395 de 11/11/2011 e Portaria IVIS/GIVI nº 2.251 de 29/12/2015. e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, cujas disposições se dão por integrantes deste instrumento, como se aqui transcritas estivessem.

### **CLAUSULA SEGUNDA- DO OBJETO**

Constitui objeto deste Termo de Convenio a transferência de recursos financeiros municipais à ENTIDADE para a execução de exames laboratoriais, vinte e quatro horas por dia, pré-agendados e emergenciais a pacientes do Hospital Municipal e Centro de Saúde de Arandu, conforme Lei municipal nº 2680/22 e Tabela abaixo:

<b>EXAMES DE LABORATÓRIO</b>			
<b>DESCRIÇÃO DO EXAME</b>	<b>QUANTITATIVO ESTIMADO (ANUAL)</b>	<b>VALOR UNITÁRIO</b>	<b>VALOR TOTAL ATÉ 31/12/2026</b>
ANÁLISE DE CARACTERES FÍSICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTOS NA URINA	1.200	R\$ 8,14	R\$ 9.768,00
ANTIBIOGRAMA	900	R\$ 10,96	R\$ 9.860,40
BACTERIOSCOPIA (GRAM)	30	R\$ 6,16	R\$ 184,80
BILIRRUBINAS - TOTAIS E FRAÇÕES	50	R\$ 4,42	R\$ 221,10
CULTURA DE BACTÉRIAS PARA IDENTIFICAÇÃO	900	R\$ 12,36	R\$ 11.127,60
DETERMINAÇÃO DE CAPACIDADE DE FIXAÇÃO DO FERRO	15	R\$ 4,42	R\$ 66,33
DETERMINAÇÃO DE FATOR REUMATOIDE	150	R\$ 6,23	R\$ 933,90
DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)	540	R\$ 6,01	R\$ 3.243,24
DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO (VHS)	600	R\$ 6,01	R\$ 3.603,60
DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPOS ABO	600	R\$ 3,01	R\$ 1.808,40





## **PREFEITURA MUNICIPAL DE ARANDU**

**Rua Dezenove de Março, 480 – Centro – CEP 18.710-000**

**Fone/Fax (14) 3766-9022 - CNPJ 46.634.176/0001-04**

**e-mail: pmarandu@uol.com.br**

DESCRIÇÃO DO EXAME	QUANTITATIVO ESTIMADO (ANUAL)	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL ATÉ 31/12/2026
DETERMINAÇÃO DO TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TPP ATIVADA)	540	R\$ 12,69	R\$ 6.854,76
DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO	900	R\$ 4,07	R\$ 3.663,00
DOSAGEM DE ÁCIDO VALPROICO	15	R\$ 34,43	R\$ 516,45
DOSAGEM DE ALDOLASE	15	R\$ 8,10	R\$ 121,44
DOSAGEM DE ALFA-1-GLICOPROTEÍNA ÁCIDA	15	R\$ 8,10	R\$ 121,44
DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEÍNA	15	R\$ 33,13	R\$ 496,98
DOSAGEM DE AMILASE	600	R\$ 4,95	R\$ 2.970,00
DOSAGEM DE ANDROSTENEDIONA	24	R\$ 25,37	R\$ 608,78
DOSAGEM DE ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO (PSA)	600	R\$ 36,12	R\$ 21.674,40
DOSAGEM DE BETA-2-MICROGLOBULINA	30	R\$ 29,81	R\$ 894,30
DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES	225	R\$ 4,42	R\$ 994,95
DOSAGEM DE CÁLCIO	360	R\$ 4,07	R\$ 1.465,20
DOSAGEM DE CÁLCIO IONIZÁVEL	75	R\$ 7,72	R\$ 579,15
DOSAGEM DE CARBAMAZEPINA	15	R\$ 38,57	R\$ 578,49
DOSAGEM DE CITRATO	45	R\$ 4,42	R\$ 198,99
DOSAGEM DE CLORETO	90	R\$ 4,07	R\$ 366,30
DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	1200	R\$ 7,72	R\$ 9.266,40
DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	1200	R\$ 7,72	R\$ 9.266,40
DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	1200	R\$ 4,07	R\$ 4.884,00
DOSAGEM DE COLINESTERASE	24	R\$ 8,10	R\$ 194,30
DOSAGEM DE COMPLEMENTO C3	45	R\$ 37,75	R\$ 1.698,84
DOSAGEM DE COMPLEMENTO C4	45	R\$ 37,75	R\$ 1.698,84



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE ARANDU**

*Rua Dezenove de Março, 480 – Centro – CEP 18.710-000*

*Fone/Fax (14) 3766-9022 - CNPJ 46.634.176/0001-04*

*e-mail: pmarandu@uol.com.br*

DESCRIÇÃO DO EXAME	QUANTITATIVO ESTIMADO (ANUAL)	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL ATÉ 31/12/2026
DOSAGEM DE CORTISOL	60	R\$ 21,69	R\$ 1.301,52
DOSAGEM DE CREATININA	1200	R\$ 4,07	R\$ 4.884,00
DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK_	900	R\$ 8,10	R\$ 7.286,40
DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRAÇÃO MB	900	R\$ 9,06	R\$ 8.157,60
DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA	75	R\$ 8,10	R\$ 607,20
DOSAGEM DE ESTRADIOL	75	R\$ 22,33	R\$ 1.674,75
DOSAGEM DE FERRITINA	180	R\$ 34,30	R\$ 6.173,64
DOSAGEM DE FERRO SÉRICO	180	R\$ 7,72	R\$ 1.389,96
DOSAGEM DE FOLATO	45	R\$ 34,43	R\$ 1.549,35
DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	300	R\$ 4,42	R\$ 1.326,60
DOSAGEM DE FOSFORO	75	R\$ 4,07	R\$ 305,25
DOSAGEM DE GLICOSE	1200	R\$ 4,07	R\$ 4.884,00
DOSAGEM DE HAPTOGLOBINA	45	R\$ 8,10	R\$ 364,32
DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	1200	R\$ 17,29	R\$ 20.750,40
DOSAGEM DE HORMÔNIO FOLÍCULO- ESTIMULANTE (FSH)	300	R\$ 17,36	R\$ 5.207,40
DOSAGEM DE HORMÔNIO LUTEINIZANTE (LH)	300	R\$ 19,73	R\$ 5.920,20
DOSAGEM DE HORMÔNIO TIREOESTIMULANTE (TSH)	300	R\$ 19,71	R\$ 5.913,60
DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	75	R\$ 20,35	R\$ 1.526,25
DOSAGEM DE INSULINA	39	R\$ 22,37	R\$ 872,59
DOSAGEM DE LIPASE	300	R\$ 4,95	R\$ 1.485,00
DOSAGEM DE MAGNÉSIO	75	R\$ 4,42	R\$ 331,65
DOSAGEM DE MICROALBUMINA NA URINA	39	R\$ 17,86	R\$ 696,70





## **PREFEITURA MUNICIPAL DE ARANDU**

**Rua Dezenove de Março, 480 – Centro – CEP 18.710-000**

**Fone/Fax (14) 3766-9022 - CNPJ 46.634.176/0001-04**

**e-mail: pmarandu@uol.com.br**

DESCRIÇÃO DO EXAME	QUANTITATIVO ESTIMADO (ANUAL)	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL ATÉ 31/12/2026
DOSAGEM DE OXALATO	24	R\$ 8,10	R\$ 194,30
DOSAGEM DE PARATORMÔNIO	39	R\$ 94,89	R\$ 3.700,55
DOSAGEM DE POTÁSSIO	750	R\$ 4,07	R\$ 3.052,50
DOSAGEM DE PROGESTERONA	75	R\$ 22,48	R\$ 1.686,30
DOSAGEM DE PROLACTINA	75	R\$ 22,33	R\$ 1.674,75
DOSAGEM DE PROTEÍNA C REATIVA	750	R\$ 6,23	R\$ 4.669,50
DOSAGEM DE PROTEÍNAS (URINA DE 24 HORAS)	300	R\$ 4,49	R\$ 1.346,40
DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS	75	R\$ 3,08	R\$ 231,00
DOSAGEM DE PROTEÍNAS TOTAIS E FRAÇÕES	300	R\$ 4,07	R\$ 1.221,00
DOSAGEM DE SÓDIO	750	R\$ 4,07	R\$ 3.052,50
DOSAGEM DE SOMATOMEDINA C (IGF1)	24	R\$ 33,77	R\$ 810,48
DOSAGEM DE TESTOSTERONA	300	R\$ 22,95	R\$ 6.883,80
DOSAGEM DE TESTOSTERONA LIVRE	300	R\$ 28,84	R\$ 8.652,60
DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	450	R\$ 19,27	R\$ 8.672,40
DOSAGEM DE TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE)	900	R\$ 25,52	R\$ 22.968,00
DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO PIRÚVICA (TGP)	1200	R\$ 4,42	R\$ 5.306,40
DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTÂMICO- OXALACÉTICA (TGO)	1200	R\$ 4,42	R\$ 5.306,40
DOSAGEM DE TRANSFERRINA	150	R\$ 9,06	R\$ 1.359,60
DOSAGEM DE TRIGLICERÍDEOS	1200	R\$ 7,72	R\$ 9.266,40
DOSAGEM DE TRIIODOTIRONINA (T3)	900	R\$ 19,16	R\$ 17.245,80
DOSAGEM DE UREIA	900	R\$ 4,07	R\$ 3.663,00
DOSAGEM DE VITAMINA B12	150	R\$ 33,53	R\$ 5.029,20



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE ARANDU**

**Rua Dezenove de Março, 480 – Centro – CEP 18.710-000**

**Fone/Fax (14) 3766-9022 - CNPJ 46.634.176/0001-04**

**e-mail: pmarandu@uol.com.br**

DESCRIÇÃO DO EXAME	QUANTITATIVO ESTIMADO (ANUAL)	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL ATÉ 31/12/2026
DOSAGEM DE VITAMINA D	50	R\$ 33,53	R\$ 1.676,40
DOSAGEM DE ZINCO	150	R\$ 34,43	R\$ 5.164,50
DOSAGEM GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	450	R\$ 7,72	R\$ 3.474,90
ELETROFORESE DE PROTEÍNAS	135	R\$ 9,72	R\$ 1.312,74
GASOMETRIA (PH, PCO <sup>2</sup> PO <sup>2</sup> BICARBONATO AS2) - EXCETO BASE	75	R\$ 34,43	R\$ 2.582,25
HEMOGRAMA COMPLETO	3.000	R\$ 9,04	R\$ 27.126,00
PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA	39	R\$ 22,00	R\$ 858,00
PESQUISA DE ANTICORPO IGM ANTICARDIOLIPINA	39	R\$ 22,00	R\$ 858,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESCLERODERMA (SCL 70)	39	R\$ 22,00	R\$ 858,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)	300	R\$ 6,23	R\$ 1.867,80
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI	15	R\$ 37,75	R\$ 566,28
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV 1 (WESTERN- BLOT)	24	R\$ 187,00	R\$ 4.488,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV1+HIV2 (ELISA)	24	R\$ 22,00	R\$ 528,00
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-IGG CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IG	24	R\$ 40,81	R\$ 979,44
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTIMICROSSOMAS	24	R\$ 37,75	R\$ 906,05
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO	24	R\$ 37,75	R\$ 906,05
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI- RIBONUCLEOPROTEÍNA (RNP)	24	R\$ 37,75	R\$ 906,05
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SHISTOSOMAS	24	R\$ 12,63	R\$ 303,07
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SM	15	R\$ 37,75	R\$ 566,28
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-A (RO)	15	R\$ 40,81	R\$ 612,15
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-SS-B (LA)	15	R\$ 40,81	R\$ 612,15





## PREFEITURA MUNICIPAL DE ARANDU

Rua Dezenove de Março, 480 – Centro – CEP 18.710-000

Fone/Fax (14) 3766-9022 - CNPJ 46.634.176/0001-04

e-mail: pmarandu@uol.com.br

DESCRIÇÃO DO EXAME	QUANTITATIVO ESTIMADO (ANUAL)	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL ATÉ 31/12/2026
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITIREOGLOBULINA	24	R\$ 37,75	R\$ 906,05
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTITRYPANOSOMA CRUZI	24	R\$ 20,35	R\$ 488,40
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	225	R\$ 40,81	R\$ 9.182,25
ANTICORPOS IGG EPSTEIN BARR	30	R\$ 37,75	R\$ 1.132,56
ANTICORPOS IGM EPSTEIN BARR	30	R\$ 37,75	R\$ 1.132,56
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS	30	R\$ 24,20	R\$ 726,00
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITOXOPLASMA	24	R\$ 37,33	R\$ 896,02
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	39	R\$ 40,81	R\$ 1.591,59
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VÍRUS DA RUBÉOLA	39	R\$ 37,75	R\$ 1.472,33
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTI- CITOMEGALOVIRUS	39	R\$ 25,54	R\$ 996,14
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTILEISHMANIAS	21	R\$ 22,00	R\$ 462,00
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTITOXOPLASMA	24	R\$ 40,81	R\$ 979,44
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTÍGENO CENTRAL DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IG)	114	R\$ 40,81	R\$ 4.652,34
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)	114	R\$ 40,81	R\$ 4.652,34
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VÍRUS DA RUBÉOLA	114	R\$ 37,75	R\$ 4.303,73
PESQUISA DE ANTÍGENO CARCINOEMBRIÓNARIO (CEA)	114	R\$ 29,37	R\$ 3.348,18
PESQUISA DE ANTÍGENO DE SUPERFÍCIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	114	R\$ 40,81	R\$ 4.652,34
PESQUISA DE ANTÍGENO E DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBEAG)	225	R\$ 40,81	R\$ 9.182,25
PESQUISA DE ESPERMATOZÓIDES (APÓS VASECTOMIA)	225	R\$ 10,56	R\$ 2.376,00
PESQUISA DE FATOR REUMATOIDE (WAALER- ROSE)	21	R\$ 9,02	R\$ 189,42
PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)	150	R\$ 3,01	R\$ 452,10



## PREFEITURA MUNICIPAL DE ARANDU

Rua Dezenove de Março, 480 – Centro – CEP 18.710-000

Fone/Fax (14) 3766-9022 - CNPJ 46.634.176/0001-04

e-mail: pmarandu@uol.com.br

DESCRIÇÃO DO EXAME	QUANTITATIVO ESTIMADO (ANUAL)	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL ATÉ 31/12/2026
DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIÔNICA HUMANA BTA GCG	75	R\$ 17,27	R\$ 1.295,25
PESQUISA DE HEMOGLOBINA S	60	R\$ 65,52	R\$ 3.930,96
PESQUISA DE OVOS E CISTOS DE PARASITAS	900	R\$ 3,63	R\$ 3.267,00
PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES	300	R\$ 3,63	R\$ 1.089,00
PESQUISA DE TRIPANOSSOMA	45	R\$ 6,01	R\$ 270,27
PESQUISA DE TROFOZOÍTAS NAS FEZES	45	R\$ 3,63	R\$ 163,35
PESQUISA DE TRYPANOSOMA CRUZI (POR IMUNOFLOURESCÊNCIA)	39	R\$ 22,00	R\$ 858,00
PESQUISA PARA DOSAGEM DE AMINOÁCIDOS (POR CROMATOGRAFIA)	15	R\$ 8,14	R\$ 122,10
PROVA DO LÁTEX PARA PESQUISA DO FATOR REUMATOIDE	600	R\$ 4,16	R\$ 2.494,80
TESTE DE VDRL PARA DETECÇÃO DE SÍFILIS	600	R\$ 6,23	R\$ 3.735,60
TESTE DIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TAD)	75	R\$ 6,01	R\$ 450,45
TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA)	24	R\$ 6,01	R\$ 144,14
DDÍMERO	60	R\$ 82,35	R\$ 4.940,76
DENGUE NS1	500	R\$ 114,40	R\$ 57.200,00
DENGUE IGG "PESQUISA ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS"	300	R\$ 66,00	R\$ 19.800,00
DENGUE IGM "PESQUISA ANTICORPOS IGG CONTRA ARBOVIRUS"	300	R\$ 44,00	R\$ 13.200,00
ESTRONA	114	R\$ 24,46	R\$ 2.788,90
TROPONINA CARDÍACA "DOSAGEM"	225	R\$ 19,80	R\$ 4.455,00
CA 19.9	225	R\$ 29,37	R\$ 6.608,25
ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	114	R\$ 11,90	R\$ 1.356,83
ANTI HCV	114	R\$ 40,81	R\$ 4.652,34





## **PREFEITURA MUNICIPAL DE ARANDU**

**Rua Dezenove de Março, 480 – Centro – CEP 18.710-000**

**Fone/Fax (14) 3766-9022 - CNPJ 46.634.176/0001-04**

**e-mail: pmarandu@uol.com.br**

DESCRIÇÃO DO EXAME	QUANTITATIVO ESTIMADO (ANUAL)	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL ATÉ 31/12/2026
CAPACIDADE TOTAL DE LIGAÇÃO DE FERRO	39	R\$ 17,64	R\$ 688,12
SÓDIO URINÁRIO "DOSAGEM"	75	R\$ 11,44	R\$ 858,00
DOSAGEM DE LACTATO	75	R\$ 8,10	R\$ 607,20
PESQUISA DE CHAGAS ANTICORPOS IGG	24	R\$ 28,36	R\$ 680,59
PESQUISA DE CHAGAS ANTICORPOS IGM -	24	R\$ 28,36	R\$ 680,59
PESQUISA DE IMUNOGLOBULINA IGE ALERGENO ESPECÍFICO	45	R\$ 20,35	R\$ 915,75
IMUNOGLOBULINA A IGA	24	R\$ 37,75	R\$ 906,05
ÁCIDO FÓLICO	300	R\$ 34,43	R\$ 10.329,00
ALFA 1 GLICOPROTEINA ACIDA	75	R\$ 8,10	R\$ 607,20
ALFA 1 ANTITRIPSINA	9	R\$ 8,10	R\$ 72,86
CA 125	300	R\$ 29,37	R\$ 8.811,00
ESTRADIOL	300	R\$ 22,33	R\$ 6.699,00
DHEAS	69	R\$ 28,84	R\$ 1.990,10
HGH HORMONIO CRESCIMENTO HUMANO	24	R\$ 22,46	R\$ 539,09
CADEIAS LEVES LIVRES KAPPA LAMBDA	9	R\$ 649,00	R\$ 5.841,00
PESQUISA DE ANTICORPOS DNA	24	R\$ 19,07	R\$ 457,78
IGE PAINEL HX2	24	R\$ 20,35	R\$ 488,40
METANEFrina FRAÇÕES E TOTAIS	15	R\$ 174,39	R\$ 2.615,91
TESTE DE AVIDEZ PARA TOXOPLASMOSE	24	R\$ 119,24	R\$ 2.861,76
DETERMINACAO DIRETA E REVERSA GRUPO ABO	150	R\$ 3,01	R\$ 452,10
DETERMINACAO DE CURVA GLICEMICA	300	R\$ 7,99	R\$ 2.395,80
PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS BETAHEMOLÍTICO DO GRUPO A	100	R\$ 9,53	R\$ 952,60
<b>TOTAIS</b>	<b>43.942</b>		<b>R\$ 602.731,07</b>



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE ARANDU**

**Rua Dezenove de Março, 480 – Centro – CEP 18.710-000**  
**Fone/Fax (14) 3766-9022 - CNPJ 46.634.176/0001-04**  
**e-mail: pmarandu@uol.com.br**

### **CLÁUSULA TERCEIRA – DA EXECUÇÃO DO OBJETO:**

A execução do objeto deste Termo de Convênio dar-se-á mediante a **realização de exames laboratoriais**, conforme quantitativos estimados, valores unitários e especificações constantes deste instrumento e do respectivo Plano de Trabalho, devendo os serviços ser prestados vinte e quatro horas por dia, de forma pré-agendada ou em caráter de urgência e emergência, conforme demanda encaminhada pela Secretaria Municipal de Saúde.

Os exames deverão ser previamente agendados pela Secretaria Municipal de Saúde, mediante apresentação de guia de solicitação devidamente preenchida e assinada por profissional médico habilitado ou por enfermeiro legalmente habilitado, **ressalvados os casos de urgência e emergência**, os quais deverão ser atendidos **independentemente de prévio agendamento**.

§ 1º A execução do objeto deverá observar rigorosamente as normas técnicas, sanitárias, administrativas e operacionais, bem como os protocolos definidos pelo Ministério da Saúde, pela Secretaria Municipal de Saúde e pelo Plano de Trabalho aprovado.

§ 2º Fica autorizado o remanejamento dos quantitativos estimados de exames, quando não utilizados em sua totalidade, entre os procedimentos previstos neste Termo, desde que não haja alteração do objeto nem ultrapassagem do teto financeiro global pactuado.

§ 3º A ENTIDADE deverá manter registros individualizados e auditáveis dos exames realizados, contendo identificação do usuário, procedimento executado, data de realização e demais informações exigidas pelos órgãos de controle, para fins de acompanhamento, fiscalização e prestação de contas, nos termos das Instruções do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

### **CLÁUSULA QUARTA – DOS BENEFICIÁRIOS**

***São beneficiários deste TERMO DE CONVENIO – 100% (cem) por cento da população do município de Arandu, que necessitam de atendimento pelo SUS, através da Unidade Básica de Saúde e o Hospital Municipal.***

***PARÁGRAFO UNICO: Os benefícios deste TERMO terão validade a partir de 01 de Janeiro de 2026.***

### **CLÁUSULA QUINTA – DAS METAS E RESULTADOS**

#### **I – Meta Quantitativa:**

Realizar os exames laboratoriais previstos neste Termo de Convênio, conforme os quantitativos estimados por procedimento, constantes da tabela de exames, observada a demanda efetivamente encaminhada pela Secretaria Municipal de Saúde e o limite do teto financeiro global pactuado.





## **PREFEITURA MUNICIPAL DE ARANDU**

*Rua Dezenove de Março, 480 – Centro – CEP 18.710-000  
Fone/Fax (14) 3766-9022 - CNPJ 46.634.176/0001-04  
e-mail: pmarandu@uol.com.br*

### **II – Meta Qualitativa:**

Assegurar a realização dos exames laboratoriais com qualidade técnica, observância das normas sanitárias vigentes, boas práticas laboratoriais e prazos adequados para liberação dos resultados, garantindo segurança, confiabilidade e rastreabilidade.

### **III – Meta de Atendimento e Acesso:**

Garantir atendimento integral, contínuo e gratuito aos usuários do SUS encaminhados pela rede municipal de saúde, contemplando exames pré-agendados e de urgência e emergência, com funcionamento vinte e quatro horas por dia, conforme pactuado neste Termo.

### **IV – Resultados Esperados:**

- a) Assegurar o acesso da população do Município de Arandu aos exames laboratoriais necessários ao diagnóstico, acompanhamento e tratamento de saúde;
- b) Contribuir para a redução do tempo de espera para a realização e liberação dos exames;
- c) Apoiar a resolutividade da atenção básica e hospitalar da rede municipal de saúde;
- d) Garantir a continuidade dos serviços laboratoriais essenciais à assistência em saúde.

## **CLÁUSULA SEXTA**

São encargos comuns dos partícipes:

- Criação de mecanismos que assegurem a transferência gradativa das atividades de realização dos exames prestada pela CONVENIADA para a rede Municipal de Saúde do CONVENIADO, considerando a pactuação local;
- Elaboração do Plano de Trabalho descritivo;

## **CLÁUSULA SETIMA- DOS ENCARGOS ESPECÍFICOS**

### **São Encargos dos Partícipes:**

#### **DA CONVENIADA:**

I – executar a realização de exames laboratoriais, vinte e quatro horas por dia pré-agendados, mediante a solicitação da Secretaria de Saúde e emergenciais;

II – executar as ações previstas no Plano de Trabalho, de acordo com o pactuado no presente ajuste;

III – assegurar ao MUNICIPIO as condições necessárias ao acompanhamento, à supervisão, ao controle, à fiscalização e a avaliação da execução do objeto do Termo;

IV – manter contabilidade e registro atualizados e em boa ordem, bem como relação nominal dos beneficiários das ações conveniadas à disposição dos órgãos fiscalizadores e, ainda,



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE ARANDU**

*Rua Dezenove de Março, 480 – Centro – CEP 18.710-000  
Fone/Fax (14) 3766-9022 - CNPJ 46.634.176/0001-04  
e-mail: pmarandu@uol.com.br*

manter registros contábeis específicos relativos aos recebimentos de recursos oriundos do presente Termo;

V- prestar contas, nos modelos das instruções específicas e editadas pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, até 31 de janeiro do exercício subsequente, dos recursos repassados durante o exercício anterior. O descumprimento do prazo estipulado para a apresentação da prestação de contas, assim como para se efetuar o recolhimento, se for o caso, acarretará o impedimento de receber quaisquer outros recursos deste, a ser providenciado pela autoridade competente;

**Parágrafo primeiro** - O descumprimento do prazo estipulado para apresentação da prestação de contas acarretará à ENTIDADE o impedimento de receber quaisquer outros recursos do MUNICIPIO.

### **DA CONVENIENTE:**

Transferir os recursos previstos neste Convênio, conforme Clausula sétima deste Termo.

É de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde, fornecer um funcionário para realização da coleta e transportar o material coletado.

O controle e a fiscalização da execução do presente incumbirão, pelo MUNICIPIO, ao seu órgão próprio e, pela ENTIDADE, ao seu representante legal.

A Secretaria Municipal de Saúde se responsabilizará por arquivar cópias dos exames executados pela Entidade para posterior verificação.

É de responsabilidade da Secretaria Municipal de Saúde nomear um funcionário para agendar os exames a serem realizados mediante apresentação de pedido médico- SADT, preenchido de forma legível e completo contendo: nome do usuário completo, contendo: nome do usuário, data de nascimento, RG, CPF, Cartão do SUS, endereço atualizado e telefone para contato, relacionados em relação remessa e fiscalizar a execução dos serviços a ser prestados.

É de responsabilidade da Secretaria da Saúde, fornecer o material de acordo com a especialidade referenciada pela Entidade/Contratante, necessário para coleta dos exames a serem executados.

### **CLÁUSULA OITAVA- DOS RECURSOS FINANCEIROS MUNICIPAL**

<b>PROGRAMAÇÃO - RECURSO MUNICIPAL- FMS</b>	<b>R\$ - MENSAL</b>	<b>R\$ - ANUAL</b>
Pós-fixado — Serviços/Exames		Até o valor máximo de
Total Geral de — Recurso Municipal		R\$ 602.731,07





## **PREFEITURA MUNICIPAL DE ARANDU**

*Rua Dezenove de Março, 480 – Centro – CEP 18.710-000  
Fone/Fax (14) 3766-9022 - CNPJ 46.634.176/0001-04  
e-mail: pmarandu@uol.com.br*

O componente pós-fixado corresponde aos serviços e exames, e será repassado á CONVENIADA, a posteriori, de acordo com a produção mensal aprovada pela CONVENIENTE, até o limite de transferência de R\$ 602.731,07 (Seiscentos e dois mil, setecentos e trinta e um reais e sete centavos) conforme programação disposta no Plano de Trabalho Anual, a partir de 01 de Janeiro de 2026 a 31 de Dezembro de 2026.

**Parágrafo Primeiro** – Os Valores a serem pagos constantes nas Tabela acima e no anexo I do Plano de Trabalho.

**Parágrafo Segundo** – Os recursos transferidos pelo MUNICIPIO a ENTIDADE, em função deste Termo de Convênio, serão depositados em conta vinculada na Agência do Banco 001 – Agencia 0203-8 - C/C: 31.582-6.

### **CLÁUSULA NONA – DOS RECURSOS FINANCEIROS**

Os recursos financeiros necessários à execução do objeto deste Termo de Convênio correrão por conta de recursos municipais, consignados no orçamento do Município, conforme programação orçamentária vigente.

O presente Convênio possui caráter pós-fixado, sendo o valor global limitado ao montante máximo de R\$ 602.731,07 (seiscentos e dois mil, setecentos e trinta e um reais e sete centavos), correspondente à estimativa anual dos exames laboratoriais pactuados.

§ 1º O valor global constitui limite máximo de repasse, não gerando direito adquirido à sua integralidade, ficando os pagamentos condicionados à execução efetiva dos serviços, devidamente comprovada.

§ 2º Os recursos financeiros transferidos pelo MUNICÍPIO à ENTIDADE, em decorrência deste Termo de Convênio, serão depositados em conta bancária específica e vinculada, destinada exclusivamente à movimentação dos recursos do ajuste, vedada sua utilização para finalidade diversa.

### **CLÁUSULA DÉCIMA – DO CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO**

O desembolso dos recursos financeiros à ENTIDADE será realizado de forma pós-fixada, em razão dos exames laboratoriais efetivamente realizados, observada a disponibilidade orçamentária e o limite financeiro estabelecido na Cláusula Sétima, mediante as seguintes condições:

I – O repasse dos recursos ocorrerá mediante a apresentação de nota fiscal/fatura, acompanhada de relatório detalhado de produção, comprovando a realização dos exames, com a discriminação dos procedimentos executados, quantitativos, valores e datas de realização.

II – O pagamento será efetuado pelo MUNICÍPIO no prazo de até 15 (quinze) dias, contados a partir da conferência, validação e aprovação da documentação apresentada pela Secretaria Municipal de Saúde.



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE ARANDU**

*Rua Dezenove de Março, 480 – Centro – CEP 18.710-000  
Fone/Fax (14) 3766-9022 - CNPJ 46.634.176/0001-04  
e-mail: pmarandu@uol.com.br*

§ 1º Os repasses mensais estarão condicionados à regularidade da execução do objeto, ao cumprimento das metas pactuadas e à inexistência de pendências quanto à prestação de contas.

§ 2º O MUNICÍPIO poderá glosar ou suspender valores quando constatadas impropriedades, irregularidades ou divergências na execução dos serviços, assegurado o contraditório e a ampla defesa, sem prejuízo das demais medidas administrativas cabíveis.

### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA- DA CONTRAPARTIDA:**

Não haverá contrapartida financeira por parte da CONVENIADA, sendo os serviços objeto deste Convênio integralmente custeados com recursos do CONVENIENTE.

A dispensa de contrapartida justifica-se em razão da relevância pública e social do objeto, consistente na execução de exames laboratoriais essenciais ao atendimento da população de Arandu pelo Sistema Único de Saúde – SUS, assegurando a universalidade e a gratuidade do serviço prestado.

### **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA- DA PRESTAÇÃO DE CONTAS:**

A CONVENIADA deverá apresentar prestação de contas parcial mensal, juntamente com as notas fiscais contendo:

I – relatório de execução dos serviços prestados, com a relação de todos os beneficiários atendidos e exames realizados;

II – comprovantes da produção efetivamente realizada no período;

Ao término da vigência do Convênio, a CONVENIADA deverá apresentar, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, a prestação de contas final consolidada, contemplando toda a execução física e financeira do ajuste, nos termos do art. 63 da Lei nº 13.019/2014 e das Instruções nº 01/2024 do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo.

As prestações de contas deverão ser entregues ao CONVENIENTE, que realizará a análise e emitirá parecer conclusivo, sendo posteriormente submetidas ao Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, nos termos da legislação aplicável.

### **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA- DAS OBRIGAÇÕES:**

**No cumprimento dos termos deste Convênio, o CONVENIENTE compromete-se a:**

- a) realizar o pagamento correspondente aos serviços prestados pela CONVENIADA, em até 15 (quinze) dias após a apresentação da fatura e respectiva prestação de contas do período imediatamente anterior, efetuando o depósito dos valores em conta especial vinculada e aberta pela CONVENIADA;
- b) acompanhar e fiscalizar a execução dos serviços objeto deste Convênio.





## **PREFEITURA MUNICIPAL DE ARANDU**

*Rua Dezenove de Março, 480 – Centro – CEP 18.710-000*

*Fone/Fax (14) 3766-9022 - CNPJ 46.634.176/0001-04*

*e-mail: pmarandu@uol.com.br*

- c) proceder à emissão de relatórios de acompanhamento e avaliação conforme (art. 18 da Instrução TCE). trimestral das obrigações assumidas pela CONVENIADA.

### **No cumprimento e execução do objeto deste Convênio, caberá à CONVENIADA:**

- a) cumprir rigorosamente com a prestação dos serviços objeto deste Convênio;
- b) proceder à abertura de conta corrente especial, para receber os repasses da CONVENIENTE;
- c) apresentar prestações junto as notas fiscais, com a relação nominal de todas as pessoas beneficiadas pelos serviços;
- d) manter e disponibilizar ao CONVENIENTE os registros contábeis específicos para fins de acompanhamento e avaliação dos recursos obtidos com o Convênio;
- e) a responsabilidade plena sobre os profissionais utilizados durante o cumprimento do Convênio, inclusive quanto a eventuais demandas trabalhistas, civis, previdenciárias e de risco contra terceiros, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos a CONVENIENTE;

### **CLÁUSULA DECIMA QUARTA – DAS ALTERAÇÕES**

Este Termo de Convênio poderá ser aditado, por acordo entre os partícipes, nos casos de acréscimo ou redução do número de atendidos, bem como para alterar, se necessário, o Plano de Trabalho e suplementar o seu valor, mediante proposta justificada e autorização do Executivo Municipal.

### **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA VIGÊNCIA, DA RESCISÃO E DA DENÚNCIA**

O Prazo de vigência do presente Termo de Convênio será a partir de 01 de janeiro de 2026 até 31 de Dezembro de 2026, **podendo ser prorrogada até o limite de 60 meses.**

**Parágrafo Primeiro** - O presente Termo, além da expiração natural de sua vigência, poderá ser rescindido, por infração legal ou descumprimento de suas cláusulas, ou denunciado, por desinteresse unilateral ou consensual, mediante notificação prévia de 60(sessenta) dias, respondendo cada partícipe, em qualquer hipótese, pelas obrigações assumidas até a data do rompimento do acordo, em especial:

- Pelo fornecimento de informações incompletas, intempestiva.
- Pela ocorrência de fatos que venham impedir ou dificultar o acompanhamento, a avaliação e a auditoria pelos órgãos competentes da CONVENIENTE ou do MINISTÉRIO DA SAÚDE;
- Pela não entrega dos relatórios mensais juntamente com as notas fiscais;
- Pela falta de pagamento dos serviços prestados pela CONVENIENTE.

**Parágrafo Segundo** - Quando da conclusão, denúncia, rescisão ou extinção do Termo de Convênio, deverá a ENTIDADE apresentar ao MUNICIPIO, no prazo de 30 (trinta) dias, a documentação comprobatória do cumprimento das obrigações assumidas até aquela data.



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE ARANDU**

*Rua Dezenove de Março, 480 – Centro – CEP 18.710-000  
Fone/Fax (14) 3766-9022 - CNPJ 46.634.176/0001-04  
e-mail: pmarandu@uol.com.br*

Os saldos financeiros remanescentes, inclusive os provenientes das receitas obtidas das aplicações financeiras realizadas, serão devolvidos ao MUNICIPIO, no prazo improrrogável de 30 (trinta) dias do evento, sob pena de imediata instauração de tomada de contas especial do responsável, a ser providenciada pela autoridade municipal competente.

### **CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA - DAS PENALIDADES**

A inexecução total ou parcial do objeto deste Convênio, o descumprimento das metas estabelecidas ou a inobservância das normas legais e regulamentares aplicáveis ensejará a aplicação das seguintes sanções, sem prejuízo da obrigação de ressarcir os danos causados ao erário:

I – Advertência formal, quando constatadas falhas de caráter administrativo ou técnico que não comprometam, de imediato, a execução do objeto;

II – Suspensão temporária dos repasses, até a regularização das pendências, quando houver descumprimento das cláusulas do Convênio ou irregularidades na aplicação dos recursos;

III – Rescisão unilateral do Convênio, em caso de inexecução total ou parcial, nos termos do art. 73 da Lei nº 13.019/2014, com a obrigação de devolução dos valores repassados e não utilizados regularmente;

IV – Declaração de inidoneidade ou impedimento para celebrar novos ajustes com a Administração Pública Municipal, pelo prazo de até 2 (dois) anos, sem prejuízo das demais sanções previstas em lei, assegurado o contraditório e a ampla defesa.

As penalidades previstas nesta cláusula serão aplicadas mediante processo administrativo, no qual será assegurado à CONVENIADA o direito ao contraditório e à ampla defesa, nos termos da legislação vigente.

### **CLÁUSULA DÉCIMA SETIMA - DA PUBLICAÇÃO**

A CONVENENTE providenciará a publicação do extrato do presente convênio em jornal de grande circulação regional, bem como publicação na íntegra no site oficial da Prefeitura Municipal de Arandu.

### **CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DO FORO**

Fica eleito o Foro do Município de Avaré para dirimir quaisquer questões resultantes da execução ou interpretação deste Termo.




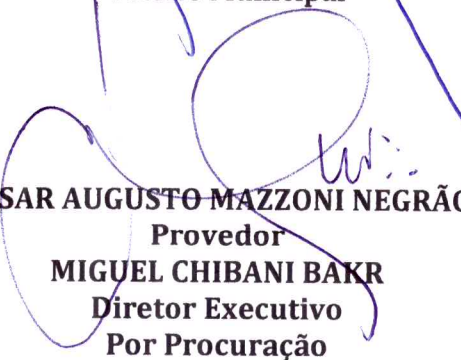


## **PREFEITURA MUNICIPAL DE ARANDU**

**Rua Dezenove de Março, 480 – Centro – CEP 18.710-000**  
**Fone/Fax (14) 3766-9022 - CNPJ 46.634.176/0001-04**  
**e-mail: pmarandu@uol.com.br**

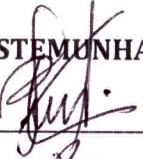
E, por estarem de acordo com as cláusulas e condições ajustadas, firmam o presente Termo de Convênio em 03 (duas) vias de igual teor, na presença das testemunhas abaixo, para que produza os efeitos legais.  
Arandu, 02 de Janeiro de 2026.

  
**FLÁVIO CARLOMAGNO GALHEGO**  
**Prefeito Municipal**

  
**CESAR AUGUSTO MAZZONI NEGRÃO**  
**Provedor**  
**MIGUEL CHIBANI BAKR**  
**Diretor Executivo**  
**Por Procuração**

  
**CARLOS ALEX DE CAMARGO**  
**Secretário Municipal da Saúde**

### **TESTEMUNHAS:**

1.   
Nome: Rosa O.S. Faria  
RG: 13.854-724-1  
CPF: 027-042.678-71

2. \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
RG: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_





## **PREFEITURA MUNICIPAL DE ARANDU**

*Rua Dezenove de Março, 480 – Centro – CEP 18.710-000  
Fone/Fax (14) 3766-9022 - CNPJ 46.634.176/0001-04  
e-mail: pmarandu@uol.com.br*

### **ANEXO RP-11 - TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO. (REPASSES AO TERCEIRO SETOR - TERMO DE CONVÊNIO).**

**ÓRGÃO PÚBLICO CONVENIENTE:** MUNICÍPIO DE ARANDU (SP)  
**ENTIDADE CONVENIADA:** SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE AVARÉ  
**TERMO DE CONVÊNIO Nº. (DE ORIGEM):** 001/2026.

**OBJETO:** Constitui objeto deste Termo de Convenio à transferência de recursos financeiros municipais à ENTIDADE para a execução de exames laboratoriais, vinte e quatro horas por dia, pré-agendados e emergenciais a pacientes do Hospital Municipal e Centro de Saúde de Arandu, conforme Lei municipal nº 2680/22 e Tabela abaixo:  
, conforme Lei nº. 13019/14 e Lei Municipal nº 2.680/2022.

**VALOR DO AJUSTE/VALOR REPASSADO (1):** **R\$ 602.731,07 (Seiscentos e dois mil, setecentos e trinta e um reais e sete centavos).**

**EXERCÍCIO (1):** 2026

**Advogado(s) / nº oab / e-mail: (2):** Leroy Amarilha Freitas - OAB/SP 146.191

Pelo presente **TERMO**, nós, abaixo identificados:

**1. Estamos CIENTES de que:**

- a) o ajuste acima referido e seus aditamentos, bem como os processos das respectivas prestações de contas, estarão sujeitos a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
- b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;
- c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo,
- d) serão publicados no Diário Oficial Eletrônico do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo (<https://doe.tce.sp.gov.br/>), em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;
- e) as informações pessoais do(s) responsável(is) pelo órgão público conveniente e entidade conveniada, bem como dos interessados, estão cadastradas no módulo eletrônico do “Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP”, nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2024, conforme “Declaração(ões) de Atualização Cadastral” anexa (s).





## **PREFEITURA MUNICIPAL DE ARANDU**

*Rua Dezenove de Março, 480 – Centro – CEP 18.710-000  
Fone/Fax (14) 3766-9022 - CNPJ 46.634.176/0001-04  
e-mail: pmarandu@uol.com.br*

### **2 Damo-nos por NOTIFICADOS para:**

- a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;
- b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber;
- c) Este termo corresponde à situação prevista no inciso II do artigo 30 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, em que, se houver débito, determinando a notificação do responsável para, no prazo estabelecido no Regimento Interno, apresentar defesa ou recolher a importância devida;
- d) A notificação pessoal só ocorrerá caso a defesa apresentada seja rejeitada, mantida a determinação de recolhimento, conforme §1º do artigo 30 da citada Lei.

Arandu, 02 de Janeiro de 2026.

### **AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENIENTE:**

Nome: **FLÁVIO CARLOMAGNO GALHEGO**

Cargo: Prefeito Municipal

CPF: 099.100.488-41

Assinatura \_\_\_\_\_

### **ORDENADOR DE DESPESA DO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENIENTE:**

Nome: **FLÁVIO CARLOMAGNO GALHEGO**

Cargo: Prefeito Municipal

CPF: 099.100.488-41

Assinatura: \_\_\_\_\_

### **AUTORIDADE MÁXIMA DA ENTIDADE CONVENIADA:**

Nome: **Cesar Augusto Mazzoni Negrão** - Provedor

p/p **Miguel Chibani Bakr** - Diretor Executivo

CPF: 749.914.188/87

Assinatura \_\_\_\_\_

### **Responsáveis que assinaram o ajuste e/ou Parecer Conclusivo:**

### **PELO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENIENTE:**

Nome: **FLÁVIO CARLOMAGNO GALHEGO**

Cargo: Prefeito Municipal

CPF: 099.100.488-41

Assinatura: \_\_\_\_\_



## **PREFEITURA MUNICIPAL DE ARANDU**

*Rua Dezenove de Março, 480 – Centro – CEP 18.710-000*

*Fone/Fax (14) 3766-9022 - CNPJ 46.634.176/0001-04*

*e-mail: pmarandu@uol.com.br*

### **PELO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:**

Nome: CARLOS ALEX DE CAMARGO

Cargo: Secretário Municipal da Saúde

CPF: 330.274.328-93

Assinatura: \_\_\_\_\_

### **Responsáveis que assinaram o ajuste e/ou prestação de contas:**

### **PELA ENTIDADE CONVENIADA:**

Nome: Cesar Augusto Mazzoni Negrão-Provedor

p/p Miguel Chibani Bakr – Diretor Executivo

CPF: 749.914.188/87

Assinatura \_\_\_\_\_

- (1) Valor repassado e exercício, quando se tratar de processo de prestação de contas.
- (2) Facultativo. Indicar quando já constituído.

(\*) - O Termo de Ciência e de Notificação deve identificar as pessoas físicas que tenham concorrido para a prática do ato jurídico, na condição de ordenador da despesa; de partes contratantes; de responsáveis por ações de acompanhamento, monitoramento e avaliação; de responsáveis por processos licitatórios; de responsáveis por prestações de contas; de responsáveis com atribuições previstas em atos legais ou administrativos e de interessados relacionados a processos de competência deste Tribunal. Na hipótese de prestações de contas, caso o signatário do parecer conclusivo seja distinto daqueles já arrolados como subscritores do Termo de Ciência e de Notificação, será ele objeto de notificação