



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARANDU

Rua Dezenove de Março, 480 - Centro – CEP: 18710 - 009

CNPJ 46.634.176/0001-04-FONE – (14) 3766 9022

Email – pmarandu@arandu.sp.gov.br

ANEXO RP-11 - REPASSES AO TERCEIRO SETOR - TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO - TERMO DE CONVÊNIO

(redação dada pela Resolução nº 11/2021)

ÓRGÃO/ENTIDADE PÚBLICO(A): PREFEITURA MUNICIPAL DE ARANDU

CONVENIADA: SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE AVARÉ

TERMO DE CONVÊNIO Nº(DE ORIGEM): 03/2026.

OBJETO: CELEBRAÇÃO DE PARCERIA COM OSC – ORGANIZAÇÃO DE XXXXX CIVIL, MEDIANTE A TERMO DE CONVÊNIO, PARA REPASSE DE RECURSOS ORIUNDOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DESTA MUNICIPALIDADE À ENTIDADE PÚBLICA “PREFEITURA MUNICIPAL DE ARANDU” CUJO OBJETO É A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE LAVANDERIA HOSPITALAR CONSTANTES NO PLANO DE TRABALHO.

VALOR DO AJUSTE/VALOR REPASSADO (1): R\$ 111.540,00 OBS: valor máximo a ser repassado, o valor mensal será de acordo com a apresentação das notas fiscais e o serviço efetivamente realizado.

EXERCÍCIO (1): 2026z

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. Estamos CIENTES de que:

- a) o ajuste acima referido e seus aditamentos / o processo de prestação de contas, estará(ão) sujeito(s) 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, conforme dados abaixo indicados, 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, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, 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;
- d) as informações pessoais do(s) responsável(is) pelo órgão concessor, entidade beneficiária e interessados, estão cadastradas no módulo eletrônico do “Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP”, nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2020, conforme “Declaração(ões) de Atualização Cadastral” anexa (s);

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.

Arandu, 21 de Janeiro de 2026



PREFEITURA MUNICIPAL DE ARANDU

Rua Dezenove de Março, 480 - Centro - CEP: 18710 - 009

CNPJ 46.634.176/0001-04-FONE - (14) 3766 9022

Email - licitacao@arandu.sp.gov.br

AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO PÚBLICO PARCEIRO:

Nome: FLÁVIO CARLOMAGNO GALHEGO

Cargo: Prefeito Municipal

CPF: 099.100.488-41

ORDENADOR DE DESPESA DO ÓRGÃO PÚBLICO PARCEIRO:

Nome: FLÁVIO CARLOMAGNO GALHEGO

Cargo: Prefeito Municipal

CPF: 099.100.488-41

Assinatura: _____

AUTORIDADE MÁXIMA DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA:

Nome: FLÁVIO CARLOMAGNO GALHEGO

Cargo: Prefeito Municipal

CPF: 099.100.488-41

Assinatura: _____

Responsáveis que assinaram o ajuste e/ou Parecer Conclusivo:

PELO ÓRGÃO PÚBLICO PARCEIRO:

Nome: FLÁVIO CARLOMAGNO GALHEGO

Cargo: Prefeito Municipal

CPF: 099.100.488-41

Assinatura: _____

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 PARCEIRA:

PELA ENTIDADE CONVENIADA:



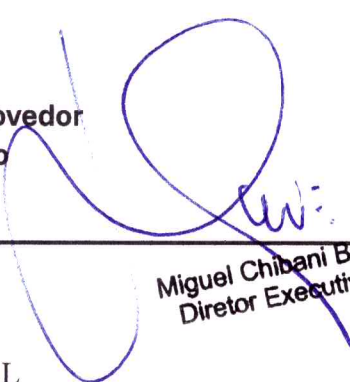
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARANDU

Rua Dezenove de Março, 480 - Centro - CEP: 18710 - 009

CNPJ 46.634.176/0001-04-FONE - (14) 3766 9022

Email - licitacao@arandu.sp.gov.br

Nome: **Cesar Augusto Mazzoni Negrão-Providor**
p/p **Miguel Chibani Bakr - Diretor Executivo**
CPF: 749.914.188/87


Miguel Chibani Bakr
Diretor Executivo

DEMAIS RESPONSÁVEIS (*):

Tipo de ato sob sua responsabilidade: FISCAL

Nome: ALDA REGINA FARIA RIBEIRO

Cargo: Diretor de Departamento de Assistência de Urgência e Emergência

CPF: 130.937.258-60

Assinatura: 

Tipo de ato sob sua responsabilidade: _____

Nome: _____

Cargo: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Cargo: _____

CPF: _____

Assinatura: _____

Nome: _____

Cargo: _____

CPF: _____

Assinatura: _____