

2º TERMO ADITIVO DE PRORROGAÇÃO DE PRAZO AO TERMO DE FOMENTO Nº 10/2024 CELEBRADO ENTRE O MUNICÍPIO DE ALTINÓPOLIS E O HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS.

Termo Aditivo de Prazo ao Termo de fomento celebrado entre o MUNICÍPIO DE ALTINÓPOLIS e o HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS.

Pelo presente Termo Aditivo de Prazo de Vigência junto ao Termo de Fomento n 01/2023, de um lado o **MUNICÍPIO DE ALTINÓPOLIS**, pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Prefeitura Municipal, situada a Rua Major Garcia, nº 144, Centro, inscrito no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica do Ministério da Fazenda sob nº 45.298.569/0001-13, neste ato representado por seu Prefeito Municipal **HUELDER DONIZETE MALAGUTTI FERREIRA**, brasileiro, casado, portador da Cédula de Identidade RG/SSPSP n.º 43.533.525-X e CPF/MF nº 368.212.868-92, doravante designado simplesmente **MUNICÍPIO**, e de outro lado, **HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS**, entidade sem fins lucrativos (filantropia) CNPJ nº 56.889.595/0001-32, inscrito no CREMESP sob nº 902621.5, em 11/09/84, cadastrado no CNES sob o nº 2716593, com endereço na cidade de Altinópolis-SP, à Rua Cel. Joaquim Alberto nº 421, e com estatuto arquivado no Cartório de Registro de Pessoas Jurídicas de Altinópolis, em 13/07/94, sob nº 94, fls. 85v. a 88v., neste ato representado por seu Provedor, **Sr. JOSÉ LUIZ SAMMARCO PALMA**, brasileiro, portador do RG nº 4.650.377-8 SSP/SP e do CPF nº 743.321.638-34, doravante designada simplesmente ENTIDADE.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente Termo Aditivo tem por fundamento o disposto no inc.VI do art.42 da Lei Federal n. 13.019/2014 c/c Cláusula Oitava do Termo de Fomento n. 10/2024, *destinado ao pagamento do piso salarial dos profissionais da enfermagem*, e tão única e exclusivamente visa prorrogar a vigência inicialmente pactuada, passando o Termo de Fomento n. 10/2024 possuir vigência até 31 de dezembro de 2026, nos termos da Lei Municipal n.º 2.244, de 14 de dezembro de 2023.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO VALOR

O valor total estimado do presente termo, considerando o incremento do repasse federal para o exercício de 2026, fica **RATIFICADO**, consubstanciando em um montante de R\$

398.887,18 (trezentos e noventa e oito mil, oitocentos e setenta e sete reais e dezoito centavos), a serem conforme Plano de Trabalho em anexo, onerando a seguinte rubrica orçamentária: 02.09.02 10.302.0019.2071 3.3.50.39.00

CLÁUSULA TERCEIRA- DA RATIFICAÇÃO

Ficam inteiramente **RATIFICADAS SEM NENHUMA ALTERAÇÃO** as demais cláusulas constantes do Termo de Fomento n. 10/2024.

E, por estarem de acordo com as Cláusulas e condições ajustadas, firmam o presente Termo Aditivo em 02 (duas) vias de igual teor, na presença das testemunhas abaixo assinadas.

Altinópolis, 23 de Dezembro de 2025.



MUNICÍPIO DE ALTINÓPOLIS
Helder Donizete Malagutti Ferreira
Prefeito Municipal



HUMBERTO DE ASSIS CASTRO
Secretária de Saúde



HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS
José Luiz Sammarco Palma
Provedor

Testemunhas:

1. Roberto dos S. Lima 447602500
2. Paulo S. Câmara 19.354.733-8

Visto e Conferido:



Roberta Freixa Romito de Andrade – Procuradora do Município

**ANEXO RP-09 - REPASSES AO TERCEIRO SETOR - TERMO DE CIÊNCIA
E DE NOTIFICAÇÃO - TERMO DE COLABORAÇÃO/FOMENTO**

ÓRGÃO/ENTIDADE PÚBLICO(A): MUNICÍPIO DE ALTINÓPOLIS

ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL PARCEIRA: HOSPITAL DE MISERICORDIA
DE ALTINÓPOLIS

TERMO DE COLABORAÇÃO/FOMENTO N° (DE ORIGEM): 2° TERMO ADITIVO AO
TERMO DE FOMENTO 10/2024

OBJETO: UTILIZAR O REFERIDO REPASSE PARA COMPLEMENTAR O PISO
SALARIAL NACIONAL DE ENFERMEIROS, TÉCNICOS E AUXILIARES DE
ENFERMAGEM E PARTEIRAS, REFERENTE AOS MESES DE JANEIRO A
DEZEMBRO DE 2026.

VALOR DO AJUSTE/VALOR REPASSADO (1): R\$ 398.887,18 (TREZENTOS E
NOVENTA E OITO MIL, OITOCENTOS E OITENTA E SETE REAIS E DEZOITO
CENTAVOS)

EXERCÍCIO (1): 2026

ADVOGADO(S)/ N° OAB / E-MAIL : (2) _____

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 e entidade beneficiária, 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);

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.

LOCAL e DATA: ALTINÓPOLIS, 23 DE DEZEMBRO DE 2025.

AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO PÚBLICO PARCEIRO:

Nome: HUELDER DONIZETE MALAGUTTI FERREIRA

Cargo: PREFEITO

CPF: 368.212.868-92

AUTORIDADE MÁXIMA DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA:

Nome: JOSÉ LUIZ SAMMARCO PALMA

Cargo: PROVIDOR

CPF: 743.321.638-34

Responsáveis que assinaram o ajuste e/ou Parecer Conclusivo:

PELO ÓRGÃO PÚBLICO PARCEIRO:

Nome: HUELDER DONIZETE MALAGUTTI FERREIRA

Cargo: PREFEITO

CPF: 368.212.868-92

Assinatura: _____



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

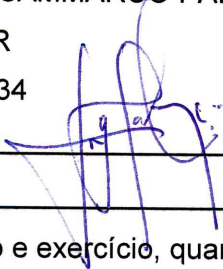
PELA ENTIDADE PARCEIRA:

Nome: JOSÉ LUIZ SAMMARCO PALMA

Cargo: PROVIDOR

CPF: 743.321.638-34

Assinatura: _____



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



HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS

CNPJ: 56.889.595/0001-32

(16) 3665-7200

End.: Rua Cel. Joaquim Alberto, 421, Centro - Altinópolis-SP

www.hospitalaltinopolis.com.br

Ofício HMA 085/2025

Altinópolis, 23 de dezembro de 2025


Ilustríssimo Senhor,

O **Hospital de Misericórdia de Altinópolis**, inscrita no CNPJ nº 56.889.595/0001-32 situado à Rua Cel. Joaquim Alberto, 421, centro, Altinópolis/SP, CNES 2716593, entidade filantrópica, que através de seu Provedor José Luiz Sammarco Palma, abaixo assinado vem gentilmente solicitar um **ADITIVO no Termo de Fomento 10/24 que vence em 31/12/2025**, com incremento de repasse cujo valor estimado para o pagamento no exercício de 2026 é de **R\$ 398.887,18** de acordo com a **Portaria GM/MS nº 9.624**, de 22 de dezembro de 2025 e de acordo a **Lei 14.434/2022** onde os prestadores de serviços contratualizados que atendam, no mínimo, 60% (sessenta por cento) de seus(suas) pacientes pelo Sistema Único de Saúde (SUS), enquadramento desta entidade para os repasses de assistência financeira complementar da União destinada ao cumprimento do piso salarial nacional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e parteiras.


Assim, aproveitamos a oportunidade para apresentar o referido Plano de Trabalho para utilização do recurso.

Sem mais para o momento, reitero protestos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente,



José Luiz Sammarco Palma
Provedor
Hospital de Misericórdia de Altinópolis

seabi 23/12/25

Humberto de Assis Castro
CPF: 145.594.438-66
Secretário Municipal da Saúde

Ilustríssimo Senhor

Humberto de Assis Castro

Secretário de Saúde de Altinópolis



HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS

CNPJ: 56.889.595/0001-32

(16) 3665-7200

End.: Rua Cel. Joaquim Alberto, 421, Centro - Altinópolis-SP

www.hospitalaltinopolis.com.br

Proposta de Plano de Trabalho REPASSE DE RECURSO

I - IDENTIFICAÇÃO DO PROPONENTE:

RAZÃO SOCIAL: Hospital de Misericórdia de Altinópolis

CNPJ: 56.889.595/0001-32

CNES: 2716593

ENDEREÇO: Rua Coronel Joaquim Alberto, 421 - Centro

Cidade: Altinópolis

UF: SP

CEP: 14.350-000

Telefone: (16) 3665-7200

e-mail: provedoria@hospitalaltinopolis.com.br

II - RESPONSÁVEL LEGAL DA INSTITUIÇÃO

PROVEDOR: José Luiz Sammarco Palma

CPF: 743.321.638-34

RG: 4.650.377-8 - **ÓRGÃO EXPEDIDOR:** SSP/SP

CIDADE: Altinópolis

UF: SP

TELEFONE: (16) 3665-7200

III – CARACTERIZAÇÃO DA PROPOSTA

TÍTULO

Repasse para assistência financeira complementar da União, destinada ao cumprimento do piso salarial nacional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e parteiras, referente ao exercício de 2026 de acordo com a **Portaria GM/MS nº 9.624**, de 22 de dezembro de 2025, e de acordo a **Lei 14.434/2022**.

PERÍODO DE EXECUÇÃO

IMEDIATO



HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS

CNPJ: 56.889.595/0001-32

(16) 3665-7200

End.: Rua Cel. Joaquim Alberto, 421, Centro - Altinópolis-SP

www.hospitalaltinopolis.com.br

OBJETIVO

Utilizar o referido repasse para complementar o piso salarial nacional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e parteiras, **referente aos meses de janeiro à dezembro de 2026**. Considerando que se esta entidade receber os repasses nos meses seguintes a este período manterá os mesmos critérios de pagamento deste Plano de Trabalho.

JUSTIFICATIVA

Considerando a **Portaria GM/MS nº 9.624**, de 22 de dezembro de 2025, e de acordo a **Lei 14.434/2022** onde este recurso será aplicado exclusivamente para assistência financeira complementar da União destinada ao cumprimento do piso salarial nacional de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e parteiras, referente ao exercício de 2026.

METAS QUANTITATIVAS/ QUALITATIVAS

Manter a prestação de Assistência Ambulatorial e Hospitalar a todos os pacientes de forma humanizada.

IV – DEMONSTRATIVO DE RECURSOS SOLICITADOS AO CONCEDENTE PARA CUSTEIO

CONCEDENTE	VALOR	PERÍODO UTILIZAÇÃO
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALTINÓPOLIS	R\$ 398.887,18	ATÉ DEZEMBRO 2026



HOSPITAL DE MISERICÓRDIA DE ALTINÓPOLIS

CNPJ: 56.889.595/0001-32

(16) 3665-7200

End.: Rua Cel. Joaquim Alberto, 421, Centro - Altinópolis-SP

www.hospitalaltinopolis.com.br

VII - CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Especificação dos Itens	Etapa de Execução
Repasse financeiro para complemento do Piso Salarial para os profissionais de enfermagem desta entidade.	Realizar os créditos para todos os profissionais que fazem jus ao complemento do Piso Salarial de acordo com cada CPF, conforme relatório recebido do Ministério da Saúde, retendo os tributos legais com posterior recolhimento em guias apropriadas e transferir os valores líquidos na conta de cada profissional referente aos meses de janeiro à dezembro de 2026. Mantendo o mesmo critério para os recebimentos posteriores a este período.

VIII - DISPOSIÇÕES FINAIS

Os recursos financeiros ora apresentados são necessários para cumprimento da **Portaria GM/MS nº 9.624**, de 22 de dezembro de 2025, e de acordo a Lei 14.434/2022.

Altinópolis/SP, 23 de dezembro de 2025.

Paulo Sérgio Câmara
Diretor Administrativo

José Luiz Sammarco Palma
Provedor