

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

ÓRGÃO/ENTIDADE PÚBLICO(A): SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

CONVENIADA: HOSPITAL DR ADOLFO BEZERRA DE MENEZES

TERMO DE CONVÊNIO N°(DE ORIGEM): 1326/2022

OBJETO: CUSTEIO

VALOR DO AJUSTE/VALOR REPASSADO (1): R\$ 100.000,00

EXERCÍCIO (1): 2022

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 conessor e entidade beneficiária, 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.

LOCAL e DATA: São José do Rio Preto, 13 de março de 2023.

AUTORIDADE MÁXIMA DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA:

Nome: GRACIO TOMAZ SATURNO

Cargo: PROVEDOR

CPF: 396.212.008-49

Assinatura:

**GRACIO TOMAZ
SATURNO:
39621200849**

Assinado digitalmente por GRACIO TOMAZ
SATURNO:39621200849
DN: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=Presencial,
OU=14893301000104, OU=Secretaria da Receita
Federal do Brasil - RFB, OU=RFB e-CPF A3, OU=(em
branco), CN=GRACIO TOMAZ SATURNO:
39621200849
Razão: Eu sou o autor deste documento
Localização: sua localização de assinatura aqui
Data: 2023-03-13 10:50:19
Foxit Reader Versão: 9.7.1

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

PELA ENTIDADE CONVENIADA:

Nome: ELEUSES PAIVA

Cargo: Secretário de Estado da Saúde

CPF: _____

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.