

ITEM III

TERMO DE CIENCIA E NOTIFICAÇÃO



**Governo do Estado de São Paulo**  
**Secretaria de Estado da Saúde**  
**Termo de Ciência e Notificação**

**ÓRGÃO CONCESSOR:** SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**ÓRGÃO BENEFICIÁRIO:** PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

**Nº DO CONVÊNIO:** 00107/2021

**TIPO DE CONCESSÃO:** SUBVENÇÃO

**VALOR DO AJUSTE:** R\$ 64.000.000,00 (Sessenta e Quatro Milhões de Reais)

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

**1. Estamos CIENTES de que:**

a) o ajuste acima referido e seus aditamentos, bem como o processo 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 extraído 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 beneficiário, 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.

Responsáveis que assinaram o ajuste:

**AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO CONCESSOR:**

Nome: Jeancarlo Gorinchteyn



**Governo do Estado de São Paulo**  
**Secretaria de Estado da Saúde**  
**Termo de Ciência e Notificação**

Cargo: Secretário de Estado da Saúde

CPF: 111.746.368-07

**AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO/ENTIDADE BENEFICIÁRIO:**

Nome: Orlando Morando Junior

Cargo: Prefeito

CPF: 178.494.868-38

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

**PELO ÓRGÃO CONCESSOR:**

Nome: Jeancarlo Gorinchteyn

Cargo: Secretário de Estado da Saúde

CPF: 111.746.368-07

**Responsáveis que assinaram o ajuste e respectiva prestação de contas:**

**PELO ÓRGÃO BENEFICIÁRIO:**

Nome: Orlando Morando Junior

Cargo: Prefeito

CPF: 178.494.868-38

Documento assinado digitalmente conforme Decreto Federal 8.539 de 08/10/2015.

**Assinaturas**



178.494.868-38

Data Assinatura

04/11/2021

*Assinatura Digital*

**Orlando Morando Junior**

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

PREFEITO



**Governo do Estado de São Paulo**  
**Secretaria de Estado da Saúde**  
**Termo de Ciência e Notificação**



*Assinatura Digital*

111.746.368-07

Data Assinatura

04/11/2021

**Jeancarlo Gorinchteyn**

SES/GABINETE - Gabinete do Secretário

Secretário de Estado

---

**Testemunhas**

Nenhuma testemunha informada.