

**TERMO DE ADITAMENTO 01/2023 REFERENTE AO TERMO DE  
COLABORAÇÃO 01/2021**

Por este instrumento, na Sede da Prefeitura Municipal de Ourinhos, à Travessa Abrahão Abujanra n° 62, no Gabinete do Prefeito, presentes, de um lado, a PREFEITURA MUNICIPAL DE OURINHOS, inscrita no CNPJ/MF, sob n°. 53.415.717/0001-60, neste ato representada pelo Prefeito Municipal, LUCAS POCAY ALVES DA SILVA, brasileiro, casado, bacharel em direito, residente e domiciliado nesta cidade à Rua Renato Dumont Souza Santos, 147 -Royal Park Prime CEP 19906-558, RG 34.723.199-8, CPF 342.843.318-17, doravante denominada simplesmente "PREFEITURA", com a interveniência da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, neste ato representada pelo DONAY DA SILVA JACINTHO NETO, brasileiro, casado, com CPF: 126.293.318-81 RG: 20.869.376-2-SSP/SP, domiciliado na Rua Júlio de Campos Rocha n° 203, Jardim Ouro Verde, Ourinhos/SP, e, de outro lado, ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE OURINHOS, instituição filantrópica, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ n.º 53.424.016/0001-98 e na Federação Nacional das APAEs sob n.º 058/69, situada na cidade de Ourinhos, na Rua Três de Maio n.º 528 – Vila Margarida, denominada ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, representada por sua Presidente, ELISABETE DE ALMEIDA KUINDY, brasileira, casada, autônoma, residente e domiciliado nesta cidade, na Rua Joaquim Garcia Leal, 111 – Nova Ourinhos, portadora do RG n.º 26.883344-8 e do CPF n.º 290.798.478-01, doravante denominada apenas “APAE”, firmam o presente Termo de Aditamento ao Termo de Colaboração 01/2021, o qual tem por objeto estabelecer e definir as obrigações dos partícipes, correspondentes ao desenvolvimento do Programa Transtorno do espectro Autista, especificamente para prestar atendimento multidisciplinar na área da saúde a pacientes diagnosticados com TEA, de acordo com suas necessidades de suporte, no âmbito do SUS Municipal vem **ADITÁ-LO**, para ficar consignado o que se segue:

I – À vista do constante no expediente nº 27878/2023, fica prorrogado o prazo contratual previsto na cláusula décima quarta o referido Termo de Colaboração 01/2021 compreendendo o período de 01/09/2023 a 31/08/2024 para execução dos serviços no ano de 2023/2024, conforme o plano de trabalho anexo, que é parte integrante deste documento.

II - O valor de repasse anual será de R\$ 374.040,00 (trezentos e setenta e quatro mil e quarenta reais) correspondendo a 11 (onze) parcelas mensais de R\$ 31.170,01 (trinta e um mil, cento e setenta reais e um centavos) e uma parcela mensal de R\$ 31.169,89 (trinta e um mil, cento e sessenta e nove reais e oitenta e nove centavos).

III – As despesas decorrentes deste aditamento correrão por conta da seguinte dotação orçamentária:

Secretaria Municipal de Saúde – 01.10.00

Fundo Municipal de Saúde/MAC – 01.10.03

Subvenções Sociais – 3.3.50.43.00 (Natureza da Despesa)

Manutenção do MAC – 10.302.0.102.2.102 (Classificação Funcional)

Fonte de Recurso (vínculo) – 05.310.00 – Saúde – Geral

Ficha Orçamentária – 676

IV – Prevalecem inalteradas as demais cláusulas contratuais.

E, para constar, lavra-se este termo, que vai devidamente assinado pelas partes e testemunhas.

Ourinhos/SP, 31 de agosto de 2023.



**MUNICÍPIO DE OURINHOS**

**LUCAS POCAY ALVES DA SILVA**

Prefeito Municipal



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DONAY DA SILVA JACINTHO NETO

Secretário Municipal de Saúde

**Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Ourinhos - APAE**

ELISABETE DE ALMEIDA KUINDY

Presidente

Testemunhas:-

  
**MICHELLE MONTULEZE GARDIM DIAS**

RG nº. 30.593.715-7

CPF/MF nº. 296.668.698-70

  
**CÉSAR DOUGLAS PROENÇA**

RG nº. 22731115-2

CPF/MF nº. 116.662.388-21



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

*(redação dada pela Resolução nº 11/2021)*

**ÓRGÃO/ENTIDADE PÚBLICO: PREFEITURA MUNICIPAL DE OURINHOS  
ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL PARCEIRA: ASSOCIAÇÃO DE  
PAIS E AMIGOS DO EXCEPCIONAIS DE OURINHOS - APAE**

**TERMO DE COLABORAÇÃO/FOMENTO Nº (DE ORIGEM): 01/2021**

**OBJETO:** Desenvolvimento do Programa Transtorno do Espectro Autista, especificamente para prestar atendimentos multidisciplinar na área da saúde a pacientes diagnosticados com TEA.

**VALOR DO AJUSTE/VALOR REPASSADO (1):**

**EXERCÍCIO (1):**

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. **Estamos CIENTES de que:**

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;

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 TCE/SP;

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;

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:**

O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;

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: Ourinhos, 31 de Agosto de 2023.

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

Nome: Lucas Pocay Alves da Silva

Cargo: Prefeito

CPF: 342.843.318-17

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

Nome: Donay da Silva Jacintho Neto

Cargo: Secretário Municipal de Saúde

CPF: 126.293.318-81

### **AUTORIDADE MÁXIMA DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA:**

Nome: Elisabete de Almeida Kuindy

Cargo: Presidente

CPF: 290.798.478-01



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

**PELO ÓRGÃO PÚBLICO PARCEIRO:**

Nome: Lucas Pocay Alves da Silva

Cargo: Prefeito

CPF: 342.843.318-17

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

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

**PELA ENTIDADE PARCEIRA:**

Nome: Elisabete de Almeida Kuindy

Cargo: Presidente

CPF: 290.798.478-01

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

**DEMAIS RESPONSÁVEIS (\*):**

Tipo de ato sob sua responsabilidade: Fiscal / Ordenador de Despesa

Nome: Donay da Silva Jacintho Neto

Cargo: Secretário Municipal de Saúde

CPF: 126.293.318-81

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

(1) Valor repassado e exercício, quando se tratar de processo de prestação de contas.

(\*) O TERMO DE CIÊNCIA E NOTIFICAÇÃO E/OU CADASTRO DO(S) RESPONSÁVEL(IS) 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 NOTIFICAÇÃO, SERÁ ELE OBJETO DE NOTIFICAÇÃO ESPECÍFICA. (INCISO ACRESCIDO PELA RESOLUÇÃO Nº 11/2021)

