

TERMO ADITIVO DE CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE SOROCABA, POR MEIO DA SECRETARIA DA SAÚDE – SES E A ASSOCIAÇÃO DOS FISSURADOS LÁBIO PALATAIS DE SOROCABA E REGIÃO – AFISSORE.

Processo Adm. nº 2020/3.825

O Município de Sorocaba, por meio da Secretaria da Saúde – SES, com fundamento na Lei Federal nº 8.666 de 21 de junho de 1993 e normas correlatas, e a Associação dos Fissurados Lábio Palatais de Sorocaba e Região – AFISSORE, instituição privada, sem fins lucrativos, celebram termo de aditivo de convênio cujo objeto é serviço especializado de habilitação e reabilitação de pessoas com fissuras labiopalatinas.

O **MUNICÍPIO DE SOROCABA**, pessoa jurídica de direito público, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ sob o nº 46.634.044/0001-74, representada pela Secretaria da Saúde – SES, localizada na Avenida Engenheiro Carlos Reinaldo Mendes nº 3.041, no Bairro Alto da Boa Vista, Sorocaba/SP CEP: 18.013-280, neste ato representado pelo Secretário da Saúde, Dr. Claudio Pompeo Chagas Dias, portador da Cédula de Identidade RG nº 28.706.314-8 e do CPF nº 218.612.098-43.

E

A **ASSOCIAÇÃO DOS FISSURADOS LÁBIO PALATAIS DE SOROCABA E REGIÃO – AFISSORE**, organização privada sem fins lucrativos, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ sob o nº 60.110.863/0001-43, fixada à Rua Lygia Fante nº 128, sala nº 1, Alto da Boa Vista – Sorocaba/SP, CEP: 18.085-841, representada por sua presidente, Sra. Emanuela Oliveira de Almeida Barros, brasileira, portador(a) da cédula de identidade RG nº 26.376.595-7 e CPF nº 264.281.348-70.

Com fundamento no art. 199 da Constituição da República, no art. 116 da Lei Federal 8.666/93; Lei Federal 8.080/1990 e no Decreto Municipal nº 26.317/21, pactuam o presente Termo Aditivo de Convênio para a execução de serviço de relevante interesse público, sob os termos expostos a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DA RENOVAÇÃO

1.1 Fica o convênio renovado por 24 (vinte e quatro) meses, com a vigência compreendendo o período de 01/07/2022 a 30/06/2024.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO VALOR

2.1 Dá-se ao presente termo o valor total de R\$ 624.000,00 (seiscentos e vinte e quatro mil reais) a ser repassado em 24 (vinte e quatro) parcelas mensais no valor de R\$ 26.000,00 (vinte e seis mil) divididas em Pré-fixado e Pós –fixado:

I – O componente Pré-fixado será correspondente a 86 % (oitenta e seis por cento) do valor mensal, ou seja, R\$ 22.360,00 (vinte e dois mil e trezentos e sessenta reais).

II – O componente Pós – fixado será correspondente a 14 % (quatorze por cento) do valor mensal, ou seja, R\$ 3.640,00 (três mil e seiscentos e quarenta reais), sendo pago proporcionalmente ao número de pacientes atendidos.

2.2 Considerando o valor exposto na cláusula anterior, afere-se que ao todo são 130 vagas no valor individual de R\$ 200,00 (duzentos reais) mensais cada.

2.3 Para fins do calculo de que trata o inciso II da cláusula 2.1 considera-se:

I – O valor Pré-fixado de cada vaga é de R\$ 172,00 (cento e setenta e dois reais);

II – O valor Pós-fixado é de R\$ 28,00 (vinte e oito reais) a ser pago mediante a efetiva ocupação da vaga.

2.4 O valor mensal será composto além do disposto na cláusula anterior, pela importância de R\$ 22.260,65 (vinte e dois mil, duzentos e sessenta reais e sessenta e cinco centavos) a título de contrapartida da conveniada.

2.5 Os valores que serão repassados por meio deste instrumento são oriundo(s) da(s) seguinte(s) fonte(s) de recurso(s):

Órgão	Econômica	Função	Subfunção	Programa	Ação	Fonte	Cód Aplicação
18.01.00	3.3.50.39.06	10	302	1001	2093	1	3020000

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS RESPONSABILIDADES

3.1 A entidade deverá adotar medidas de acessibilidade para pessoas com deficiência ou mobilidade reduzida e idosas, de acordo com as características do objeto conforme normas vigentes.

3.2 Fica a entidade obrigada a manter, durante toda a execução do objeto, em compatibilidade com as obrigações por ela assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas quando da seleção.

3.3 A entidade deverá possuir regulamento de compras e de contratação de pessoal.

3.4 Fica a conveniada obrigada a observar todas as regras do Decreto 26.317/2021 e sua legislação correlata.

CLÁUSULA QUARTA – DA RATIFICAÇÃO

4.1 Ficam ratificadas as demais cláusulas e condições constantes no convênio inicialmente celebrado entre as partes não alteradas por este instrumento ou por outros termos.

CLÁUSULA QUINTA – DA PUBLICAÇÃO

5.1 O presente Termo Aditivo será publicado por extrato no Jornal Oficial do Município onde produzirá seus efeitos jurídicos após a sua publicação.

CLÁUSULA SEXTA – DO FORO

6.1 Fica eleito o Foro da Comarca de Sorocaba/SP para dirimir quaisquer questões oriundas da execução deste termo, que não puderem ser resolvidas de comum acordo pelos partícipes pela via administrativa.

E, por estarem assim, justos e acordados, os partícipes firmam o presente em 02 (duas) vias de igual teor e forma e na presença de 02 (duas) testemunhas.

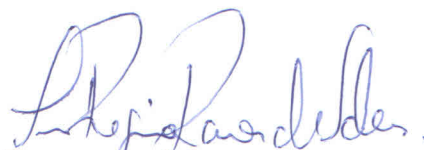
Sorocaba, 01 de Julho de 2022.



CLAUDIO POMPEO CHAGAS DIAS
Secretário da Saúde



EMANUELA OLIVEIRA DE ALMEIDA BARROS
Presidente – AFISSORE



Testemunha 1

Nome: IRIS REGINA RAMOS DE SALES
CPF: 064.768.678-30

Testemunha 2

Nome:
CPF:

**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 SOROCABA.**

CONVENIADA: **ASSOCIAÇÃO DOS FISSURADOS LÁBIO PALATAIS DE
SOROCABA E REGIÃO – AFISSORE**

TERMO DE CONVÊNIO N°(DE ORIGEM): **2020/3.825**

OBJETO: **SERVIÇO ESPECIALIZADO DE HABILITAÇÃO E REABILITAÇÃO DE
PESSOAS COM FISSURAS LABIOPALATINAS.**

VALOR DO AJUSTE/VALOR REPASSADO (1): **R\$ 624.000,00**

EXERCÍCIO (1): **De 01/07/2022 a 30/06/2024**

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, 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.

LOCAL e DATA: Sorocaba, 01 de Julho de 2022.

AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:

Nome: RODRIGO MAGANHATO

Cargo: PREFEITO

CPF: 273.624.018-92

ORDENADOR DE DESPESA DO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:

Nome: CLÁUDIO POMPEO CHAGAS DIAS

Cargo: SECRETÁRIO DA SAÚDE

CPF: 218.612.098-43

AUTORIDADE MÁXIMA DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA:

Nome: EMANUELA OLIVEIRA DE ALMEIDA BARROS

Cargo: PRESIDENTE

CPF: 264.281.348-70



Responsáveis que assinaram o ajuste e/ou Parecer Conclusivo:

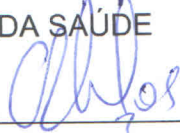
PELO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:

Nome: CLÁUDIO POMPEO CHAGAS DIAS

Cargo: SECRETÁRIO DA SAÚDE

CPF: 218.612.098-43

Assinatura: _____



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

PELA ENTIDADE CONVENIADA:

Nome: EMANUELA OLIVEIRA DE ALMEIDA BARROS

Cargo: PRESIDENTE

CPF: 264.281.348-70

Assinatura: _____



DEMAIS RESPONSÁVEIS (*):

Tipo de ato sob sua responsabilidade: _____

Nome: _____

Cargo: _____

CPF: _____

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)*