

TERMO DE PRORROGAÇÃO AO TERMO DE COLABORAÇÃO CELEBRADO ENTRE A PREFEITURA MUNICIPAL DE SOROCABA, POR MEIO DA SECRETARIA DA CIDADANIA – SECID E A ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL AMAS ASSOCIAÇÃO AMIGOS DOS AUTISTAS DE SOROCABA

(Processo nº 2017/21.630)

Pelo presente instrumento de alteração contratual, os abaixo subscritos: **MUNICÍPIO DE SOROCABA**, inscrito no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ sob o nº 46.634.044/0001-74, representado pela Secretaria da Cidadania – SECID, localizada na Rua Santa Cruz nº 116 – Centro, Sorocaba – SP CEP: 18035-630, neste ato e nos termos do Decreto 22.664, de 02 de março de 2017, representada pelo seu Secretário – Sr. Paulo Henrique de Campos Soranz, brasileiro, portador do RG nº 20.982.800-6 e do CPF nº 203.359.908-60 e a Organização da Sociedade Civil AMAS ASSOCIAÇÃO AMIGOS DOS AUTISTAS DE SOROCABA, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ sob o Nº 00.499.300/0002-48, fixado à Rua Luiz Gabriotti, nº 201, Wanel Ville II, Sorocaba, São Paulo - SP, CEP 18055-089, representada neste ato por Celso Leuzinger Humaytá, Presidente, brasileiro(a), portador do RG nº 8.096.733-5, e do CPF nº 558.060.748-20;

Com fundamento na Lei Federal nº 13.019/14, na Lei Orgânica da Assistência Social nº 8.742/93, na Lei Municipal Orçamentária nº 12.160, de 26 de Dezembro de 2019, e no Decreto Municipal 23.497/18, resolvem PRORROGAR o TERMO DE COLABORAÇÃO e demais alterações, mediante as cláusulas e condições que passam a reger a presente parceria:

CLÁUSULA PRIMEIRA

Fica a vigência da parceria originalmente estabelecida na cláusula segunda do Termo de Colaboração de 01/07/2017 até 30/06/2018, prorrogada em 29 de junho de 2018, pelo período de 12 (doze) meses, a partir de 01/07/2018 até 30/06/2019, novamente prorrogada por um período de 12 (doze) meses, a partir de 01/07/2019 até 30/06/2020, sendo novamente prorrogado por um período de 12 meses, a partir de 01/07/2020 até 30/06/2021.

CLÁUSULA SEGUNDA

I – O valor total a ser pago pela Prefeitura de Sorocaba para a execução do serviço será de:

- a) R\$ 10.972,36 (dez mil, novecentos e setenta e dois reais e trinta e seis centavos) mensais.
- b) R\$ 131.668,32 (cento e trinta e um mil, seiscentos e sessenta e oito reais e trinta e dois centavos) pela soma do período de 12 (doze) meses.

II – O valor descrito no inciso I poderá ser composto de repasses municipais, estaduais e federais.

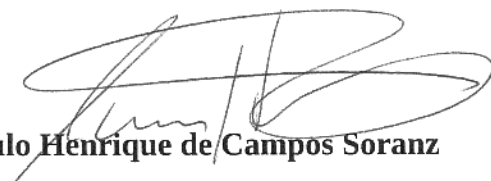
- a) Repasse Municipal mensal: R\$ 10.972,36
- b) Repasse Estadual mensal: R\$ 0,00
- c) Repasse Federal mensal: R\$ 0,00
- d) O valor total corresponde a alínea “a” do inciso I desta cláusula.
- e) A composição do repasse poderá ser alterada por apostila ao Termo de Colaboração.

CLÁUSULA TERCEIRA


Ficam ratificadas todas as demais cláusulas do contrato inicial e suas alterações, que não foram modificadas pelo presente termo.

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

Sorocaba, 29 de junho de 2020.



Paulo Henrique de Campos Soranz
Secretário da Cidadania



Celso Leuzinger Humaytá
Presidente da Organização da Sociedade Civil

Testemunha 01:

Nome: Fabiana Inezginio Rebelo
CPF: 29407596341

Testemunha 02:

Nome: Rosirlei Bernardes
CPF: 20243402880

**ANEXO RP-12 – REPASSES AO TERCEIRO SETOR - TERMO DE CIÊNCIA
E DE NOTIFICAÇÃO – TERMO DE COLABORAÇÃO/FOMENTO**

ÓRGÃO/ENTIDADE PÚBLICO(A): PREFEITURA MUNICIPAL DE SOROCABA
/ SECRETARIA DA CIDADANIA

ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL PARCEIRA: AMAS – ASSOCIAÇÃO
AMIGOS DOS AUTISTAS DE SOROCABA

TERMO DE COLABORAÇÃO/FOMENTO Nº (DE ORIGEM): 21.630/2017

OBJETO: SERVIÇO DE PROTEÇÃO SOCIAL BÁSICA PARA PESSOAS COM
TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA E SUAS FAMÍLIAS

ADVOGADO(S)/ Nº OAB: (*) _____

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. Estamos CIENTES de que:

- a) o ajuste acima referido estará sujeito 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) Qualquer alteração de endereço – residencial ou eletrônico – ou telefones de contato deverá ser comunicada pelo interessado, peticionando no processo.

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, ____ de _____ de 2020.

GESTOR DO ÓRGÃO PÚBLICO PARCEIRO:

Nome: Paulo Henrique de Campos Soranz

Cargo: Secretário da Cidadania

CPF: 203.359.908-60 RG: 20.982.800-6

Data de Nascimento: 27/10/1976

Endereço residencial completo: Rua Dr. Joaquim José Batista Ferreira, nº 100,
Casa 23, Jardim Simus, Sorocaba/SP – CEP 18050-271

E-mail institucional: psoranz@sorocaba.sp.gov.br

E-mail pessoal: paulohenriquesoranz@gmail.com

Telefone(s): (15) 9 9144 – 1154

Assinatura: _____


Responsáveis que assinaram o ajuste:

GESTOR DO ÓRGÃO PÚBLICO PARCEIRO:

Nome: Paulo Henrique de Campos Soranz

Cargo: Secretário da Cidadania

CPF: 203.359.908-60 RG: 20.982.800-6

Data de Nascimento: 27/10/1976

Endereço residencial completo: Rua Dr. Joaquim José Batista Ferreira, nº 100,
Casa 23, Jardim Simus, Sorocaba/SP – CEP 18050-271

E-mail institucional: psoranz@sorocaba.sp.gov.br

E-mail pessoal: paulohenriquesoranz@gmail.com

Telefone(s): (15) 9 9144 -1154

Assinatura: _____


PELA ORGANIZAÇÃO PARCEIRA:

Nome: Celso Leuzinger Humaytá

Cargo: Presidente

CPF: 558.060.748-20

RG: 8.096.733-5

Data de Nascimento: 15/05/1953

Endereço residencial completo: Rua Ministro Salgado Filho nº 2317 – Vila
Formosa – Sorocaba/SP – CEP: 18075-605

E-mail institucional: amassorocaba@uol.com.br

E-mail pessoal: amas.sorocaba@hotmail.com

Telefone(s): (15) (residencial) (15)

Assinatura: _____


(*) Facultativo. Indicar quando já constituído, informando, inclusive, o endereço eletrônico.