



Prefeitura Municipal São João da Boa Vista

Departamento de Administração - Setor de Contratos

CONVÊNIO Nº. 010/16 TA 03/19

TERCEIRO TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO Nº 010/16 QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA E A ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA.

Pelo presente instrumento, os abaixo-assinados, de um lado o Município de São João da Boa Vista e o Departamento Municipal de Saúde, com sede à Rua Marechal Deodoro, 366, neste ato representado pelo Sr. Prefeito Municipal, **Vanderlei Borges de Carvalho**, brasileiro, casado, portador do RG nº. 9.689.430 SSP/SP e CPF nº. 723.406.068-53, residente e domiciliado à Avenida Mauá, nº. 804 – Nossa Senhora de Fátima, em São João da Boa Vista/SP, daqui por diante denominado **MUNICÍPIO** e, de outro lado, a **ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA**, CGC/MF nº 44.832.426/0001-87, inscrita no CREMESP sob nº 21.653, com endereço na cidade de São João da Boa Vista, na Avenida Luiz Gambeta Sarmento nº.921, e com estatuto arquivado no cartório de registros de pessoas jurídicas de São João da Boa Vista/SP, em 30/09/71, sob nº 226, neste ato representado por sua Presidenta em exercício, **Sr.ª Ana Eugenia Zuany Barroso Pereira Biazzo**, portadora do RG 14.099.807-X e CPF 172.870.958-07, doravante denominados **CONVENIADA**, tendo em vista o que dispõe sobre a Constituição Federal, em especial os seus artigos 196 e seguintes: a Constituição Estadual, em especial os seus artigos 218 e seguintes; as Leis n.ºs 8080/90 e 8142/90, a Lei Federal n.º 8.666/93, alterada pela 8883/94 e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie e Proc. Adm. 235/16, têm entre si justo e acordado o presente termo de aditamento ao **Convênio de Assistência Integral à Saúde**, na forma e nas condições estabelecidas nas cláusulas seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO DO CONVÊNIO

1.1. - O presente **CONVÊNIO** tem por objeto a execução, pelos **CONVENIADOS**, de serviços médico-odontológicos a serem prestados aos alunos atendidos na APAE.

PARÁGRAFO ÚNICO — Os serviços ora conveniados compreendem o atendimento ambulatorial adequado a cada caso e será efetuado até o limite constante da Programação Físico-Orçamentária FPO anexa, respeitados os parâmetros definidos pelo **MUNICÍPIO**.

CLÁUSULA SEGUNDA - DO OBJETO DO ADITAMENTO - PRAZO E VALOR

2.1. - Fica prorrogado o prazo do Convênio por mais **12 (doze) meses**, a partir de 01/09/19 e com término previsto para **31/08/20**.

2.2. - Fica estabelecido o valor total mensal de **R\$ 11.816,62** (onze mil oitocentos e dezesseis reais e sessenta e dois centavos), sendo R\$ 5.611,29 (cinco mil seiscentos e onze reais e vinte e nove centavos) para o atendimento ambulatorial e R\$ 6.205,33 (seis mil duzentos e cinco reais e trinta e três centavos) para atendimento odontológico, perfazendo o valor total de **R\$ 141.799,44** (cento e quarenta e um mil, setecentos e noventa e nove reais e quarenta e quatro centavos).

Permanecem inalteradas as demais cláusulas e condições do Convênio 010/16.

E, por estarem, assim, justo e acordados, os partícipes firmam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, para os devidos efeitos legais, tudo na presença das testemunhas infra-assinadas.

Renata Moyses Cassiano
Diretora do Departamento
de Administração

São João da Boa Vista, 27 de Agosto de 2019.

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA
Vanderlei Borges de Carvalho - Prefeito Municipal
CONVENENTE

DEPARTAMENTO MUNICIPAL DE SAÚDE
Heloisa Aparecida Bernardi Trafani
Diretora

ASSOC. DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA - APAE
Ana Eugenia Zuany Barroso Pereira Biazzo
CONVENIADA

TESTEMUNHAS: 1)

Larissa Rodrigues Cippollini
RG. 34.693.270-1 SSP/SP
CPF. 225.240.238-50

2)

Heloísa Helena da Silva Nassar
RG. 14.525.264-4 SSP/SP
CPF. 024.953.828-86



Prefeitura Municipal São João da Boa Vista

Departamento de Administração - Setor de Contratos

TERMO DE CIÊNCIA E NOTIFICAÇÃO

CONVENIENTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

CONVENIADA: ASSOC. DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA - APAE

CONVÊNIO 010/16 TA 03/19

OBJETO: Execução de serviços médico-odontológicos a serem prestados aos alunos atendidos na APAE.

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. Estamos CIENTES de que:

- 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;
- 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;
- 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;
- 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:

- 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: São João da Boa Vista, 27 de Agosto de 2019.

GESTOR DO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENIENTE:

Nome: Heloisa Aparecida Bernardi Trafani

Cargo: Diretora Municipal de Saúde

CPF: 077.826.308-86 RG: 18.562.995-7 SSP/SP

Data de Nascimento: 22/07/1966

Endereço residencial completo: Rua Elias Gonçalves, nº. 209, Jardim Progresso – São João da Boa Vista/SP

E-mail institucional: saude_heloisatrafani@saojoao.sp.gov.br

E-mail pessoal: helotrafani@bol.com.br

Telefone(s): (19) 3634-8110/99908-4797

Assinatura: _____

Responsáveis que assinaram o ajuste:

PELO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENIENTE:

Nome: Vanderlei Borges de Carvalho

Cargo: Prefeito Municipal

CPF: 723.406.068-53 RG: 9.689.430 SSP/SP

Data de Nascimento: 16/04/1957

Endereço residencial completo: Avenida Mauá, nº. 804, Nossa Senhora de Fátima – São João da Boa Vista/SP

E-mail institucional: prefeito@saojoao.sp.gov.br

E-mail pessoal: vanderleibcarvalho@hotmail.com

Telefone(s): (19) 3634-1002

Assinatura: _____

PELA ENTIDADE CONVENIADA:

Nome: Ana Eugenia Zuany Barroso Pereira Biazzo

Cargo: Presidente

CPF: 172.870.958-07 RG: 14.099.807-X SSP/SP

Data de Nascimento: 29/04/1948

Endereço residencial completo: Rua Napoleão Laureano, nº. 380, Jd. Santo André – São João da Boa Vista/SP

E-mail institucional: apae.sjbv@terra.com.br

E-mail pessoal: aevbiazzo@hotmail.com

Telefone(s): (019) 3622-2536

Assinatura: _____

Renata Moyses Cassiano
Diretora do Departamento
de Administração