



# Prefeitura Municipal São João da Boa Vista

Departamento de Administração - Setor de Contratos

TERMO DE COLABORAÇÃO Nº 010/2017 TA 02/19

**SEGUNDO TERMO ADITIVO AO TERMO DE COLABORAÇÃO TÉCNICA E FINANCEIRA Nº 010/17, CELEBRADO ENTRE A PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA E A ORGANIZAÇÃO DE SOCIEDADE CIVIL CENTRO DE ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE E À CRIANÇA COM HUMANISMO - CAACCH VISANDO O DESENVOLVIMENTO DOS SERVIÇOS COMPLEMENTARES NÃO CONTEMPLADOS NA TIPIFICAÇÃO NACIONAL DOS SERVIÇOS SOCIOASSISTENCIAIS PARA ATENDIMENTO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES DE 06 A 15 ANOS COM CÂNCER E/OU HEMOPATIAS.**

Pelo presente instrumento, de um lado o **MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA**, inscrito no CNPJ sob nº 46.429.379/0001-50 estabelecido no endereço, Av. Durval Nicolau, 125, Jd. Priscila, representado por **VANDERLEI BORGES DE CARVALHO**, prefeito municipal, 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 e por sua Diretora Municipal de Assistência Social, doravante denominada **CONCEDENTE**, e do outro o **CENTRO DE ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE E À CRIANÇA COM HUMANISMO - CAACCH**, CNPJ nº 03.295.254/0001-72, com endereço na cidade de São João da Boa Vista à rua Mal. Deodoro, 244, Centro, neste ato representado pelo sua Presidente, **Srª. Iracema Aparecida Mucillo Silva**, brasileiro, RG 19.139.602-3 e CPF 083.348.278-57 doravante denominado **PROPONENTE**, resolvem celebrar este aditamento a termo de colaboração, conforme solicitação do Departamento de Assistência Social constante do Proc. Adm. 076/17, na forma das cláusulas que seguem:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

1.1. - O presente termo de colaboração tem por objeto a execução do Plano de Trabalho proposto pela Colaboradora, na forma do artigo 22 e seguintes da Lei Ordinária nº 13.019/2014, e aprovado pelo MUNICÍPIO, sendo parte integrante e indissociável deste instrumento, independentemente de transcrição, consistente no desenvolvimento dos **serviços complementares não contemplados na tipificação nacional dos serviços socioassistenciais para atendimento a crianças e adolescentes de 06 a 15 anos com câncer e/ou hemopatias.**

**CLÁUSULA SEGUNDA - DO OBJETO DO ADITAMENTO - VALOR**

2.1. - Fica reajustado o valor mensal da parceria de acordo com solicitação do Departamento de Assistência Social, constante de fls. 245/247 do Proc. Adm. 076/17, passando de R\$ 4.583,33 (quatro mil, quinhentos e oitenta e três reais e trinta e três centavos) para **R\$ 4.927,78** (quatro mil, novecentos e vinte e sete reais e setenta e oito centavos).

Permanecem inalteradas as demais cláusulas e condições do Termo de Colaboração nº 010/17, inclusive sua vigência até **18/04/2020**.

As partes firmam o presente instrumento em 03 (três) vias, de igual teor e forma, e na presença de duas (02) testemunhas.

São João da Boa Vista, 02 de Julho de 2019

**MUNICÍPIO DE SÃO JOAO DA BOA VISTA**  
**Vanderlei Borges de Carvalho - Prefeito Municipal**  
**CONCEDENTE**

**DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**  
**Eliane Buciman de Lima Rossi - Diretora**

**CENTRO DE ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE E À CRIANÇA COM HUMANISMO - CAACCH**  
**Iracema Aparecida Mucillo Silva**  
**PROPONENTE**

TESTEMUNHAS: 1) Solange Santamarina Barros  
Tamyres Lopes Santamarina Barros  
RG. 40.921.641-0 SSP/SP  
CPF. 229.599.178-12

2) Cindy Laure Galizoni Elídio  
Cindy Laure Galizoni Elídio  
RG. 43.527.412-0 SSP/SP  
CPF. 383.742.488-47

Renata Moyses Cassiano  
Diretora do Departamento  
de Administração



# Prefeitura Municipal São João da Boa Vista

Departamento de Administração - Setor de Contratos

## TERMO DE CIÊNCIA E NOTIFICAÇÃO

**CONCEDENTE:** MUNICIPIO DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA

**PROPONENTE:** CENTRO DE ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE E À CRIANÇA COM HUMANISMO - CAACCH

**TERMO DE COLABORAÇÃO n.º 010/17 TA 02/19**

**OBJETO:** Desenvolvimento dos serviços complementares não contemplados na tipificação nacional dos serviços socioassistenciais para atendimento a crianças e adolescentes de 06 a 15 anos com câncer e/ou hemopatias.

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 n.º 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 n.º 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, 02 de Julho de 2019.

### **GESTOR DO ÓRGÃO PÚBLICO PARCEIRO:**

Nome: Eliane Buciman de Lima Rossi

Cargo: Diretora de Departamento de Assistência Social

CPF: 060.380.908-19 R.G. 16.114.690-9

Data de Nascimento: 10/09/1964

Endereço residencial completo: Rua dos Tavares, n.º 27, Pratinha - São João da Boa Vista/SP

E-mail institucional: promocao\_diretoria@saojoao.sp.gov.br

E-mail pessoal: elianebucimanrossi@hotmail.com

Telefone(s): (19) 3631-0301/99733-7351

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

### **Responsáveis que assinaram o ajuste:**

#### **Pelo ÓRGÃO PÚBLICO PARCEIRO:**

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, n.º 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: (19) 3634-1002

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

#### **Pela ENTIDADE PARCEIRA:**

Nome: Iracema Aparecida Mucillo Silva

Cargo: Presidente

CPF: 083.348.278-57 RG: 19.139.602-3 SSP/SP

Data de Nascimento: 22/05/1965

Endereço residencial completo: Rua Nelson dos Santos Gaspar, n.º 640, Terras de São José - São João da Boa Vista/SP

E-mail institucional: caacch@caacch.com.br

E-mail pessoal: iramucillo@hotmail.com

Telefone(s): (19) 98812-8540

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

Renata Moyses Cassiano  
Diretora do Departamento  
de Administração