

**PRIMEIRO TERMO DE APOSTILAMENTO  
REFERENTE AO TERMO DE  
COLABORAÇÃO 01/2019, QUE ENTRE SI  
CELEBRAM O MUNICÍPIO DE OURINHOS,  
COM A INTERVENIÊNCIA DA SECRETARIA  
MUNICIPAL DE SAÚDE E A ASSOCIAÇÃO DE  
PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE  
OURINHOS – APAE.**

Por este instrumento, na Sede da Prefeitura Municipal de Ourinhos, à Travessa Abrahão Abujanra nº 62, no Gabinete do Prefeito, presentes, de um lado, a PREFEITURA MUNICIPAL DE OURINHOS, inscrita no CNPJ/MF, sob nº. 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 Pedro Marques de Leão nº 1780, Jardim Paulista - Ourinhos/SP, 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, domiciliado na Rua José Justino de Carvalho nº 1977, casa 28, Jardim Matilde, Ourinhos/SP., com CPF: 126.293.318-81 RG: 20.869.376-2-SSP/SP, e, de outro lado, ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE OURINHOS, instituição filantrópica, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ nº 53.424.016/0001-98 e na Federação Nacional das APAEs sob nº 058/69, situada na cidade de Ourinhos, na Rua Três de Maio nº 528 – Vila Margarida, denominada ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL, representada pelo seu Presidente, EUCLIDES JOSÉ SPILLER, brasileiro, casado, residente e domiciliado nesta cidade, na Rua José Felipe do Amaral nº 396 – Vila Mano, portador do RG nº 5.279.963-3 e do CPF nº 266.350.628-15, doravante denominada apenas "APAE", tendo em vista o que consta no Processo Administrativo nº 4043/2022, firmam o presente Termo de Apostilamento ao Termo de Colaboração 01/2019, referente a prestação de atendimento de estimulação neuro sensorial e de apoio às pessoas com

deficiência intelectual e múltipla, proporcionando habilitação e/ou reabilitação das funções acometidas pela deficiência propiciando melhora no quadro clínico geral e consequente melhora da qualidade de vida, Termo de Colaboração 01/2019, **Inexigibilidade de Chamamento Público**, mediante as cláusulas e condições que se seguem, com fundamento no art. 57 da Lei 13.019/2014, bem como no art. 40, inc. II, alínea "b" do Decreto Municipal nº 7.374/2021.

### **CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO**

1.1. O presente Termo de Apostilamento tem por objeto a **ALTERAÇÃO** do cronograma de desembolso com substituição de um profissional de fonoaudiologia por um profissional de enfermagem, não havendo alterações no valor do repasse mensal a ser realizado.

### **CLÁUSULA SEGUNDA – DA RATIFICAÇÃO**

2.1. Ficam ratificadas e inalteradas as demais Cláusulas e condições do Contrato Original que por este Apostilamento não foram alteradas e ou modificadas.

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

Ourinhos/SP, 15 de Março de 2022.



**MUNICÍPIO DE OURINHOS**

LUCAS POCAY ALVES DA SILVA

Prefeito Municipal

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

DONAY DA SILVA JACINTHO NETO

Secretário Municipal de Saúde



**EUCLIDES JOSÉ SPILLER**

Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Ourinhos - APAE

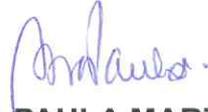
Testemunhas:-



**MICHELLE MONTULEZE GARDIM DIAS**

RG nº. 30.593.715-7

CPF/MF nº. 296.668.698-70



**ANA PAULA MARTINS GARGUERRA**

RG nº. 46.158.120-6

CPF/MF nº. 392.094.038-51



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

ÓRGÃO/ENTIDADE PÚBLICO(A): MUNICÍPIO DE OURINHOS –  
PREFEITURA MUNICIPAL

ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL PARCEIRA: ASSOCIAÇÃO DE PAIS  
E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE OURINHOS – APAE

TERMO DE COLABORAÇÃO/FOMENTO N° (DE ORIGEM): 01/2019

OBJETO: Estabelecer e definir as obrigações dos partícipes, correspondentes ao desenvolvimento do Programa de Assistência à Saúde Mental, especificamente para prestar atendimentos de estimulação neuro sensorial e de apoio às pessoas com deficiência intelectual e múltipla, proporcionando habilitação e/ou reabilitação das funções acometidas pela deficiência, propiciando melhora do quadro clínico geral e conseqüente melhora da qualidade de vida, no âmbito do SUS Municipal.

VALOR DO AJUSTE/VALOR REPASSADO (1): R\$1.004.485,56 (um milhão, quatro reais, quatrocentos e oitenta e cinco reais e cinquenta e seis centavos)

EXERCÍCIO (1): 2022

ADVOGADO(S)/ N° 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. Damos-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:** Ourinhos/SP, 15 de Março de 2022.

**AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO PÚBLICO PARCEIRO:**

Nome: Lucas Pocay Alves da Silva

Cargo: Prefeito Municipal

CPF: 342.843.318-17

**AUTORIDADE MÁXIMA DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA:**

Nome: Euclides José Spiller

Cargo: Presidente

CPF: 266.350.628-15

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

**PELO ÓRGÃO PÚBLICO PARCEIRO:**

Nome: Lucas Pocay Alves da Silva

Cargo: Prefeito Municipal

CPF: 342.843.318-17



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



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

**PELA ENTIDADE PARCEIRA:**

Nome: Euclides José Spiller

Cargo: Presidente

CPF: 266.350.628-15

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



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

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