



**PREFEITURA MUNICIPAL DE NOVO HORIZONTE DO SUL  
ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL  
FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**

**PRIMEIRO TERMO DE APOSTILAMENTO AO TERMO DE COLABORAÇÃO N. 001/2025.  
PROCESSO ADMINISTRATIVO N. 005/2024.  
PROCESSO DE INEXIGIBILIDADE N. 003/2024.**

**PARCEIRA:** Fundo Municipal de Assistência Social, inscrito no CNPJ n. 14.783.346/0001-18, e a Organização da Sociedade Civil, a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Novo Horizonte do Sul, inscrita no CNPJ n. 03.400.995/0001-76.

**OBJETO DA PARCERIA:** O objeto do presente é a parceria por meio do Termo de Colaboração com a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Novo Horizonte do Sul, para o repasse financeiro de recursos do Fundo Municipal de Assistência Social, oriundo do Fundo Estadual de Assistência Social (FEAS), para atendimento de pessoas com deficiência e suas famílias, encaminhados pela Proteção Social Básica, conforme tipificação, com o Serviço de Proteção Social Especial de Média Complexidade, de acordo com o plano de trabalho aprovado, considerado de interesse público e relevância social, atendendo assim, as necessidades da Gerência Municipal de Assistência Social.

**VALOR DA PARCERIA:** 40.000,00 (quarenta mil reais).

**PRAZO DE VIGÊNCIA:** 02/01/2025 à 31/01/2026.

**DATA DA ASSINATURA DA PARCERIA:** 02 de janeiro de 2025.

**NÚMERO E DATA DO EMPENHO:** 01/2025 de 02/01/2025.

**OBJETO DO TERMO DE APOSTILAMENTO:** Prorrogação do prazo de vigência.

**FUNDAMENTO LEGAL:** Parágrafo único do Art. 55, da Lei n. 13019/2014, e o § 1 do Art. 42, Decreto Municipal nº 134/2023.

Tendo em vista a justificativa apresentada, o Parecer do Gestor de Parcerias, e em conformidade com a redação do Parágrafo único do Art. 55, da Lei n. 13019/2014, e o § 1 do Art. 42, Decreto Municipal nº 134/2023, bem como, a previsão na Cláusula Quarta do Termo de Colaboração n. 001/2025:

**Cláusula Quarta– Da Vigência.**

Fica prorrogada a vigência do presente Termo de Colaboração a contar de 31/12/2025 até o dia 31/01/2026.

Ante ao exposto, e em face aos fundamentos apresentados, formalizamos o presente Termo de **APOSTILAMENTO** para autorizar e registrar a prorrogação de prazo do Termo de Colaboração n. 001/2025.

Novo Horizonte do Sul-MS, 30 de dezembro de 2025.

Adriana Teodoro Maia  
Gerente Municipal de Assistência Social



**APAE – ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS  
DE NOVO HORIZONTE DO SUL**

**CNPJ: 03.400.995/0001-76 – Fundada em 21 de maio de 1999.**

**Considerada de Utilidade Pública Municipal lei nº. 001/2000 de 31/01/99**

**Utilidade Pública Estadual lei nº. 2.454 de 23/05/2002**

**1 – PROPONENTE**

<b>ÓRGÃO/ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL:</b> Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Novo Horizonte do Sul-MS			<b>CNPJ:</b> 03.400995/0001-76
<b>Nome Fantasia:</b> APAE			<b>Data da Fundação</b> 21/05/1999
<b>ENDEREÇO:</b> Rua Alcides Melquiades nº 422			
<b>CIDADE:</b> Novo Horizonte do Sul	<b>U.F:</b> MS	<b>CEP:</b> 79.745-000	<b>E-MAIL:</b> novohorizontedosul@apaems.org.br
<b>Banco</b> BRASIL S/A	<b>Agência</b> 2188-1	<b>Conta Corrente</b> 8160-4	<b>Praça de pagamento</b> IVINHEMA-MS

**2 – IDENTIFICAÇÕES DO DIRIGENTE DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL**

<b>NOME DO DIRIGENTE DO ÓRGÃO</b> RENATA ARAUJO LIMA CONCEIÇÃO			<b>CPF:</b> 580.237.981-20
<b>CARGO OU FUNÇÃO</b> Presidente	<b>RG N°</b> 000726535	<b>DATA DA EXPEDIÇÃO</b> 19/10/1999	<b>ÓRGÃO EXPEDIDOR</b> SSP/MS
<b>Documento de nomeação do dirigente</b> ATA Nº 001/202		<b>Data inicial de nomeação</b> 01/01/2023	<b>Data final de nomeação</b> 31/12/2025
<b>ENDEREÇO RESIDENCIAL COMPLETO</b> AV: JOÃO FERNANDES BRAMBILA-725		<b>MUNICÍPIO:</b> NOVO HORIZONTE DO SUL	<b>UF</b> MS <b>CEP</b> 79745-000
<b>DDD/ TELEFONE:</b> 67-34471350	<b>CELULAR</b> 67 98466 4850	<b>E-MAIL:</b> novohorizontedosul@apaems.org.br	

**3- ÓRGÃO MUNICIPAL PARCEIRO**

**Nome do órgão**

Fundo Municipal de Assistência Social

**Nome do ordenador de despesa**

Adriana Teodoro Maia

**PROGRAMA OU PROJETO**

**4- DESCRIÇÃO DO PROJETO/ATIVIDADE**

**TÍTULO DO PROJETO:** Proteção Social Especial de Média Complexidade para as pessoas com deficiência, famílias e seus cuidadores.

**PERÍODO DE EXECUÇÃO:**

Início: janeiro de 2025

Término: janeiro de 2026

**IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO:** O objeto é o repasse Financeiro de recursos do Fundo Municipal de Assistência Social, oriundo do Fundo Estadual de Assistência Social (FEAS), para atendimento de pessoas com deficiência e suas famílias, encaminhados pela Proteção Social Básica, conforme tipificação, com o Serviço de Proteção Social Especial de Média Complexidade.

**RAZÕES DA PROPOSIÇÃO E INTERESSE PÚBLICO NA SUA REALIZAÇÃO:** Tendo em vista que a Gerência Municipal de Assistência Social não oferta os Serviços da Proteção Social Especial, temos por objetivo oferecer o Serviço de Proteção Social Especial de Média Complexidade para pessoas com deficiência e suas famílias, encaminhados pela Proteção Social Básica visando promover a autonomia, a garantia de direitos, a inclusão social, a melhoria da qualidade de vida das pessoas e a construção de projetos de vida.

**MOTIVO/JUSTIFICATIVA DA PROPOSIÇÃO:**

Entende-se que a deficiência é um conceito em evolução e a participação das pessoas com deficiência na sociedade, depende de como essa sociedade assume a sua responsabilidade no processo de inclusão. Somos sabedores que a pessoa com deficiência, como todo cidadão, tem direitos ao acesso de políticas públicas e diante deste fato a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Novo Horizonte do Sul, inscrita no CNPJ sob o Nº 03.400.995/0001-76, situada a Rua Alcides Melquiades nº422, constituída por pessoas idôneas, tem se dedicado desde o ano 2000, a atendimentos aos usuários com deficiência, buscando o crescimento e o desenvolvimento destas pessoas para uma vida digna tanto no trabalho como, saúde, lazer e integração a sociedade, oferecendo as famílias apoio para melhorar a convivência no lar e na sociedade, conta com uma equipe específica habilitada para a prestação de serviços especializados as pessoas com deficiência com pouca autonomia que requeiram cuidados permanentes ou temporários.

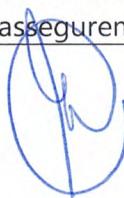
Conforme os encaminhamentos da Proteção Social Básica, constatamos usuários com a seguinte violação de direitos: negligência na higiene pessoal, negligencia na alimentação, negligência mal uso do BPC e medicação, situação de rua, violência, abuso de substâncias psicoativas, isolamento social, Negligência nos cuidados com a saúde. A não adesão dos usuários ao serviço pelos seus responsáveis, ou desistência a qualquer tempo, será notificada ao Ministério Público e contrareferenciado ao CRAS.

O serviço tem como start o Plano Individual de Atendimento (PIA) e conforme a necessidade de cada usuário envolve: visitas periódicas nas residências, palestras de acordo com a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais, acompanhamento dos usuários visando a garantia de direitos.

Conforme a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais os atendimentos tem como objetivo:

- Promover a autonomia e a melhoria da qualidade de vida de pessoas com deficiência e dependência, seus cuidadores e suas famílias;
- Desenvolver ações especializadas para a superação das situações violadoras de direitos;
- Prevenir o abrigamento e a segregação dos usuários do serviço, assegurando o direito à convivência familiar e comunitária;
- Promover acesso a benefícios, programas de transferência de renda e outros serviços socioassistenciais, garantia de direitos das demais políticas públicas setoriais e do sistema de garantia de direitos;
- Promover apoio às famílias na tarefa de cuidar, diminuindo a sua sobrecarga de trabalho e utilizando meios de comunicar e cuidar que visem à autonomia dos envolvidos e não somente cuidados de manutenção;
- Acompanhar o deslocamento, viabilizar o desenvolvimento do usuário e o acesso a serviços básicos, tais como: bancos, mercados, farmácias, etc, conforme necessidades;
- Prevenir situação de sobrecarga e desgaste de vínculos provenientes da relação de prestação/demandas de cuidados permanentes/prolongados.

**METAS E ESPECIFICAÇÃO DAS AÇÕES/ATIVIDADES:** Meta 1 - Atendimento Socioassistencial para pessoas com deficiência e suas famílias com o serviço de Proteção Social Especial de Média Complexidade encaminhados pela Proteção Social Básica, através do acompanhamento dos usuários conforme o Plano Individual de Atendimento (PIA), com atividades de socialização que assegurem ao



usuário e suas famílias o direito a convivência familiar e comunitária e o acompanhamento dos usuários para acesso aos serviços básicos.

**DESCRÍÇÃO DAS AÇÕES E ATIVIDADES POR META:** Meta 1 - Atendimento Socioassistencial de Proteção Social Especial de Média Complexidade com elaboração de PIA e acompanhamento das metas familiares e individuais identificadas no PIA (visitas as famílias, escuta, dinâmicas, acompanhamento aos serviços da rede). Atividade de socialização com palestras aos usuários com temas conforme a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais prevista na resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009, e dependendo da necessidade de cada usuário.

## FORMAS DE VERIFICAÇÃO

### MEIOS DE VERIFICAÇÃO DAS METAS

Metas	Indicador	Quantidade	Meios de verificação	Período de verificação
Atendimento Socioassistencial de Proteção Social Especial de Média Complexidade para usuários com deficiência e suas famílias.	Visitas domiciliares	No mínimo 01 por família	Relatório de visita assinado pelo usuário e/ou responsável.	Mensal
		Usuários	Relação Mensal com n. CID e Informações do PIA.	Mensal
	Atendimento individualizado	Usuário e/ou responsável	Elaboração do PIA – espelho do PIA assinado pela assistente social e pelo usuário e/ou familiar	Janeiro
	Atendimento individualizado	Usuário e/ou responsável	Relatório com a quantidade de usuários identificando a violação de direitos	Fevereiro
	Atendimento individualizado	Usuário e/ou responsável	Relatório do primeiro semestre com evolução mínima de 50% das violações de direitos.	Julho
	Atendimento individualizado	Usuário e/ou responsável	Relatório final com a evolução de cada usuário, com o mínimo de 80% de redução na violação de direitos.	Dezembro
	Palestras aos usuários e suas famílias.	Mínimo de 80% de participação dos usuários.	Lista de presença dos usuários. Material impresso da Palestra. Relatório Fotográfico do evento.	Mensal

## 5- CUSTO DO PROJETO POR METAS

Meta	Ações	Unidade	Quantidade	Custo unitário	Custo Total	Custo anual
01	<b>Prestação de Serviços</b> (Profissional de Assistência Social)	Mês	12	2.995,00	35.940,00	35.940,00
	<b>Material de Consumo:</b> Gêneros alimentícios: farinha de trigo, ovos, leite, açúcar, arroz, frutas entre outros e os descartáveis de uso individual, como: guardanapos e saco para cachorro quente.	Mês	12	300,00	300,00	3.600,00
	<b>Prestação de serviços:</b> Pagamento de Diárias ao profissional de Assistência Social.	Acompanhamentos	06	50,00	300,00	300,00
	<b>Material de Expediente:</b> sulfite, tinta pra impressora.	-	-	-	160,00	160,00

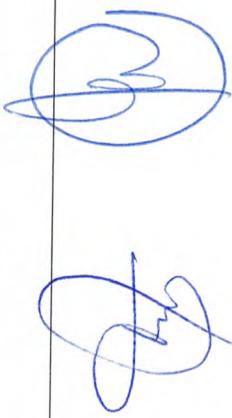



## 6 - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO- em R\$ 40.000,00

## 07 - TOTAL ACUMULADO DOS RECURSOS DO CONCEDENTE (EM R\$ 1,00)

## 7- CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

META	AÇÃO	ESPECIFICAÇÃO/ LOCALIDADE	INDICADOR		DURAÇÃO	
			UNIDADE	QUANTIDADE	INICIO	TERMINO
1	<b>Prestação de Serviços Pessoa Física (Profissional de Assistência Social)</b>	Pagamento mensal dos serviços de profissional de Assistência Social para atendimentos aos usuários e suas famílias na sede da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais, localizada na Rua: Alcides Melquiades nº 422, e em suas residências e outras localidades necessárias a execução dos serviços.	Meses	12	01/2025	12/2025
	<b>Material de Consumo:</b> Gêneros alimentícios, farinha de trigo, ovos, leite, açúcar, arroz, entre outros, e os descartáveis de uso individual, como: copos, talheres, guardanapos, etc.	Aquisição de gêneros alimentícios para a confecção de lanches e/ou refeições pela associação, destinados aos usuários e suas famílias nos dia das palestras, a serem realizadas na sede da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais, localizada na Rua: Alcides Melquiades nº 422, neste município.	Meses	12	01/2025	12/2025
	<b>Prestação de serviços:</b> Pagamento de Diárias ao profissional de Assistência Social.	Acompanhamento dos usuários e suas famílias para garantia de direitos nos órgãos, como: INSS, Fórum, Ministério Público, Atendimentos Médicos, entre outros necessários ao bom desenvolvimento do trabalho	Acompanhamento	06	02/2025	12/2025
	<b>Material de Expediente:</b> Tinta refil e sulfites.	Aquisição de tinta e sulfites para serviços realizados aos usuários e suas famílias, na sede da Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais, localizada na Rua : Alcides Melquiades nº 422 , neste Município.	-	-	03/2025	12/2025
<b>OBSERVAÇÃO</b>						

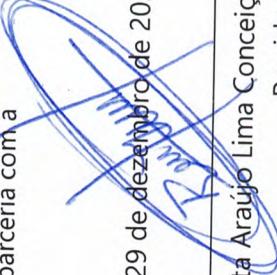


## 8- CONVENENTE/DECLARAÇÃO

Na qualida de representante da convenente, venho declarar:

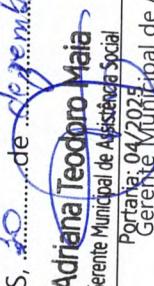
- 1 - Que não devemos prestação de contas de parcerias firmadas anteriormente, e que estamos adimplente com a prefeitura municipal.
  - 2 - Que não temos como dirigente membro de Poder ou do Ministério Público, ou dirigente de órgão ou entidade da administração pública da prefeitura municipal, nem cônjuges ou companheiros, bem como parentes em linha reta, colateral ou por afinidade, até o segundo grau e nem empregamos parentes até o segundo grau de qualquer um dos dirigentes.
  - 3 - Que não temos contas rejeitadas pela administração pública nos últimos cinco anos.
  - 4 - Que não fomos punidos com nem uma das seguintes sanções: a) suspensão de participação em licitação e impedimento de contratar com a administração; b) declaração de indoneidade para licitar ou contratar com a administração pública; c) execução da parceria em desacordo com o plano de trabalho.
  - 5 - Que não tivemos advertência em parcerias firmadas anteriormente.
  - 6 - Que não tivemos suspensão temporária de participar de chamamento público.
  - 7 - Que a entidade nunca foi declarada inidônea.
  - 8 - Que a entidade se compromete a atender os requisitos previstos na Lei nº 13.019 de 2014 e que fará publicidade dos recursos públicos recebidos e da sua destinação, bem como compromete se a prestar contas nos termos legais.
  - 9 - Que dispõe de instalações, condições materiais e capacidade técnica e operacional para o desenvolvimento das atividades ou projetos previstos na parceria e o cumprimento das metas.
  - 10- Que a entidade não possui nenhum impedimento legal para realizar a presente parceria.
- Declaro estar ciente do inteiro teor da legislação que rege a matéria, em especial da Lei 13.019/2014, tendo as condições legais de firmar a parceria com a administração pública e não incorrendo em nenhuma das vedações legais.
- Com isso, pede-se o DEFERIMENTO do Projeto e Plano de Trabalho.

Novo Horizonte do Sul-MS, 29 de dezembro de 2025.

  
Renata Araújo Lima Conceição  
Presidente

## 09- APROVAÇÃO PELO CONCEDENTE

DEFERIDO (X ) INDEFERIDO ( )

Novo Horizonte do Sul-MS, 20 de dezembro de 2025.  
  
Adriana Teodoro Maia  
Gerente Municipal de Assistência Social  
Portaria: 04/2025  
Gerente Municipal de Assistente Social



# Diário Oficial

ANO IX Nº 2790

Órgão de divulgação oficial do município

Novo Horizonte do Sul - MS

Lei nº 405 de 18 de abril de 2013

Terça-feira, 30 de dezembro de 2025.

## PRIMEIRO TERMO DE APOSTILAMENTO AO TERMO DE COLABORAÇÃO N. 001/2025.

PROCESSO ADMINISTRATIVO N. 005/2024.

PROCESSO DE INEXIGIBILIDADE N. 003/2024.

**PARCEIRA:** Fundo Municipal de Assistência Social, inscrito no CNPJ n. 14.783.346/0001-18, e a Organização da Sociedade Civil, a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Novo Horizonte do Sul, inscrita no CNPJ n. 03.400.995/0001-76.

**OBJETO DA PARCERIA:** O objeto do presente é a parceria por meio do Termo de Colaboração com a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Novo Horizonte do Sul, para o repasse financeiro de recursos do Fundo Municipal de Assistência Social, oriundo do Fundo Estadual de Assistência Social (FEAS), para atendimento de pessoas com deficiência e suas famílias, encaminhados pela Proteção Social Básica, conforme tipificação, com o Serviço de Proteção Social Especial de Média Complexidade, de acordo com o plano de trabalho aprovado, considerado de interesse público e relevância social, atendendo assim, as necessidades da Gerência Municipal de Assistência Social.

**VALOR DA PARCERIA:** 40.000,00 (quarenta mil reais).

**PRAZO DE VIGÊNCIA:** 02/01/2025 à 31/01/2026.

**DATA DA ASSINATURA DA PARCERIA:** 02 de janeiro de 2025.

**NÚMERO E DATA DO EMPENHO:** 01/2025 de 02/01/2025.

**OBJETO DO TERMO DE APOSTILAMENTO:** Prorrogação do prazo de vigência.

**FUNDAMENTO LEGAL:** Parágrafo único do Art. 55, da Lei n. 13019/2014, e o § 1º do Art. 42, Decreto Municipal nº 134/2023.

Tendo em vista a justificativa apresentada, o Parecer do Gestor de Parcerias, e em conformidade com a redação do Parágrafo único do Art. 55, da Lei n. 13019/2014, e o § 1º do Art. 42, Decreto Municipal nº 134/2023, bem como, a previsão na Cláusula Quarta do Termo de Colaboração n. 001/2025:

### Cláusula Quarta- Da Vigência.

Fica prorrogada a vigência do presente Termo de Colaboração a contar de 31/12/2025 até o dia 31/01/2026. Ante ao exposto, e em face aos fundamentos apresentados, formalizamos o presente Termo de APOSTILAMENTO para autorizar e registrar a prorrogação de prazo do Termo de Colaboração n. 001/2025. Novo Horizonte do Sul-MS, 30 de dezembro de 2025.

Adriana Teodoro Maia

Gerente Municipal de Assistência Social