356

**PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO TERMO DE COLABORAÇÃO Nº. 001/2022.**

PRIMEIRO TERMO ADITIVO DO TERMO DE COLABORAÇÃO Nº. 001/2022, celebrado entre o Município de Novo Horizonte do Sul, por meio do Fundo Municipal de Assistência Social e a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Novo Horizonte do Sul.

**I - O MUNICÍPIO DE NOVO HORIZONTE DO SUL,** Pessoa Jurídica de Direito Público Interno, com sede neste município de Novo Horizonte do Sul, com sede a Avenida João Camargo Sobrinho, 130, devidamente inscrito no CNPJ/MF sob o n° 37.226.644/0001-02, por meio do **FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**, pessoa jurídica de Direito Público Interno, inscrito no CNPJ/MF 14.783.346/0001-18, com sede a Avenida João Camargo Sobrinho, 129, centro, neste município, representando pela Senhora **Adriana Teodoro Maia**, brasileira, casada, portadora da cédula de identidade nº 001612121 SSP/MS e no CPF sob o nº 023.233.091-37, residente e domiciliada a Avenida João Camargo Sobrinho, 1240, Centro, neste município de Novo Horizonte do Sul, doravante denominado CONCEDENTE e de outro lado a **ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE NOVO HORIZONTE DO SUL**, inscrita no CNPJ nº 03.400.995/0001-76, com sede a Rua Alcides Melquiades n. 422, centro, nesta cidade de Novo Horizonte do Sul-MS, doravante denominada **ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL - OSC**, neste ato representada por seu Presidente, Senhor **José Luiz Forte Filho**, brasileiro, divorciado, aposentado, portador da cédula de identidade nº 001475320 SSP/MS e do CPF nº 187.954.719-87, residente e domiciliado a BR/MS 475, Sítio União da Vitória, Lote 428, Zona Rural, nesta cidade de Novo Horizonte do Sul, ajustam o presente termo, mediante as cláusulas e condições aqui estipuladas.

**II – FUNDAMENTO LEGAL:** Art. 42, Inciso I, letra "b" do Decreto Municipal n. 014/2020.

**III – DA AUTORIZAÇÃO:** O presente Termo Aditivo é celebrado em decorrência da autorização do Prefeito Municipal e da necessidade justificada, sendo que este termo passa a fazer parte integrante e complementar do Termo de Colaboração n. 001/2022, como se nele estivesse contido.

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO:** Constitui objeto do presente Termo Aditivo a alteração da Cláusula Quarta – DA VIGÊNCIA.

**CLÁUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA.**
Fica prorrogada a vigência do presente termo, a contar de 31/12/2022 até o dia 31/01/2023.

**CLÁUSULA SEGUNDA - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:**
Ficam ratificadas as demais cláusulas do Termo de Colaboração original, passando o presente Termo Aditivo a fazer parte integrante do referido instrumento.

E, por estarem de acordo, lavrou-se o presente termo, em 02 (duas) vias de igual teor e forma, as quais foram lida e assinadas pelas partes contratantes, na presença de duas testemunhas.

Novo Horizonte do Sul - MS, 21 de dezembro de 2022.

Adriana Teodoro Maia
Gerente Municipal de Assistência Social

José Luiz Forte Filho
Presidente da Associação

TESTEMUNHAS:

Cpf 432440.681-20

Cpf 860.814.281-04

| **1 – PROPONENTE** | | | |
|---|---|---|---|
| **ÓRGÃO/ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL:** Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Novo Horizonte do Sul-MS | | | **CNPJ:** 03.400.995/0001-76 |
| **Nome Fantasia:** APAE | | | **Data da Fundação**21/05/1999 |
| **ENDEREÇO:** Rua Alcides Melquiades n 422 | | | |
| **CIDADE:** Novo Horizonte do Sul | **U.F: MS** | **CEP:**79.745-000 | **E-MAIL:** novohorizontedosul@apaems.org.br |
| **Banco** BRASIL S/A | **Agência** 2188-1 | **Conta Corrente** 8.160-4 | **Praça de pagamento** IVINHEMA-MS |

| **.2 – IDENTIFICAÇÕES DO DIRIGENTE DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL** | | | |
|---|---|---|---|
| **NOME DO DIRIGENTE DO ÓRGÃO** Jose Luiz Forte Filho | | | **CPF:**187.954.719-87 |
| **CARGO OU FUNÇÃO** **Presidente** | **RG N°** 001475320 | **DATA DA EXPEDIÇÃO**14/11/2002 | **ÓRGÃO EXPEDIDOR** SSP/MS |
| **Documento nomeação do dirigente** ATA 001/2020 | **Data inicial de nomeação** 02/01/2020 | **Data final de nomeação** 31/12/2022 | |
| **ENDEREÇO RESIDENCIAL COMPLETO** ZONA RURAL LINHA DA REPRESA, LOTE 428 | **MUNICÍPIO** **NOVO HORIZONTE DO SUL** | **UF** MS | **CEP** 79745-000 |
| **DDD/ TELEFONE** 67-3447-1350 | **CELULAR** 67 98445-3910 | **E-MAIL:** 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** |
| **DOTAÇÃO ORÇAMENTARIA** |

| 4- DESCRIÇÃO DO PROJETO/ATIVIDADE | |
|---|---|
| **TÍTULO DO PROJETO:**<br><br>Proteção de Média complexidade especial para pessoas com deficiência, famílias e seus cuidadores vinculadas a instituição. | **PERÍODO DE EXECUÇÃO:**<br><br>Início: janeiro de 2022<br><br>Término: janeiro de 2023 |

**IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO:**

Repasse Financeiro de recursos do Fundo Estadual de Assistência Social (FEAS) para atendimento de 40pessoas com deficiência vinculados a instituição e suas famílias com o serviço de proteção social especial de média complexidade.

**RAZÕES DA PROPOSIÇÃO E INTERESSE PÚBLICO NA SUA REALIZAÇÃO:**

Oferecer o Serviço de Proteção Social Especial de Média Complexidade para 40pessoas com deficiência e suas famílias, visando promover cuidados diários, bem como autonomia, inclusão social e a melhoria da qualidade de vida das pessoas e construções de projetos de vida.

**MOTIVO/JUSTIFICATIVA DA PROPOSIÇÃO:**

A Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Novo Horizonte do Sul, inscrita no CNPJ sob o Nº 03.400.995/0001-76 tem se dedicado desde o ano 2000, a atendimentos aos usuários com necessidades especiais desta instituição, buscando o crescimento e o desenvolvimento destas pessoas para uma vida digna, trabalho, saúde, lazer e integração a sociedade, oferecendo as famílias apoio para convivência no lar e na sociedade. Esta entidade e constituída por pessoas idôneas que se dedicam a assistência social destas famílias.

O estabelecimento desta parceria é para continuidade dos atendimentos aos usuários com deficiência em várias modalidades e suas famílias com algum grau de dependência que tem suas limitações agravadas por violação de direitos tais como: exploração da imagem, isolamento, confinamento, atitudes discriminatórias e preconceituosas no seio da família, falta de cuidados adequados por parte dos cuidadores.

Conta com uma equipe especifica habilitada para a prestação de serviços especializados a pessoas em situação de dependência que requeiram cuidados permanentes ou temporários.

A intervenção e sempre voltada a diminuir a exclusão social tanto do dependente quanto do cuidador, a sobrecarga decorrente da situação de dependência de cuidados prolongados, bem como interrupção e superação das violações de direitos fragilizam a autonomia e intensificam o grau de dependência da pessoa com deficiência. Os objetivos a serem alcançados com o serviço são:

•Promover a autonomia e a melhoria da qualidade de vida de pessoas com deficiência com 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 acessos 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/demanda de cuidados permanentes/prolongados.

**METAS E ESPECIFICAÇÃO DAS AÇÕES/ATIVIDADES**

**Meta 1** -Atendimento Socioassistencial para usuários com deficiência e suas famílias com o serviço de Proteção Social Especial de Média Complexidade, conforme a necessidade individual dos usuários identificadas no Plano Individual de Atendimento (PIA), com atividades de socialização que assegurem ao usuário o direito a convivência familiar e comunitária e o acompanhamento do usuário para acesso aos serviços básicos conforme necessidade individual identificada no PIA.

**Descrição 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 (visitas as famílias, escuta, dinâmicas, acompanhamento aos serviços da rede).Atividade de socialização e palestras aos usuários vinculados a instituição e suas famílias 01 (uma) vez ao mês com o oferecimento de lanche, com temas relacionados conforme a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais prevista na resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009.

**Formas de Verificação**

**Meta 1** – Relatório mensal de atendimentos; Lista de presenças das palestras, Relatório fotográfico das atividades coletivas, Relação Mensal de usuários com CID e informações do desenvolvimento do Pia.

| 5- CUSTO DO PROJETO POR METAS | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Meta** | **Ações** | **Unidade** | **Quantidade** | **Custo unitário** | **Custo Total** | **Custo anual** |
| 01 | **Prestação de Serviços:** Pagamento de Profissional de Assistência Social. | Mês | 12 | 2.159,00 | 25.908,00 | 25.908,00 |
| | **Material de Consumo:** Aquisição de Gêneros alimentícios como: farinha de trigo, ovos, leite, açúcar, arroz, entre outros, e os descartáveis de uso individual, como: copos, talheres, guardanapos, etc. | Mês | 01<br>11 | 705,00<br>697,00 | 8.372,00 | 8.372,00 |
| | **Material de Consumo:** Aquisição de derivados de petróleo como: gasolina e álcool. | Mês | 12 | 460,00 | 5.520,00 | 5.520,00 |
| | **Prestação de serviços**: Pagamento de Diárias ao profissional de Assistência Social. | Qtde | 05 | 40,00 | 200,00 | 200,00 |

**6- RECURSOR TIPO DE DESPESA** –R$ 40.000,00

| TIPO DE DESPESA | UNID. | QTDE | VALOR UNIT. R$ | VALORPARCIAL (QT X VALOR UNIT.) | VALOR DA CONTRAPARTIDA | R$ DO REPASSE COM O TERMO DE PARCERIA | VALOR TOTAL DO PROJETO |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Prestação de Serviços:** Pagamento de Profissional de Assistência Social. | Mês | 12 | 2.159,00 | 25.908,00 | 0,00 | 25.908,00 | 25.908,00 |
| **Material de Consumo:** Aquisição de Gêneros alimentícios como: farinha de trigo, ovos, leite, açúcar, arroz, entre outros, e os descartáveis de uso individual, como: copos, talheres, guardanapos, etc. | Mês | 01<br>11 | 705,00<br>697,00 | 8.372,00 | 0,00 | 8.372,00 | 8.372,00 |
| **Material de Consumo:** Aquisição de derivados de petróleo como: gasolina e álcool. | Mês | 12 | 460,00 | 5.520,00 | 0,00 | 5.520,00 | 5.520,00 |
| **Prestação de serviços**: Pagamento de Diárias ao profissional de Assistência Social. | Qtde | 05 | 40,00 | 200,00 | 0,00 | 200,00 | 200,00 |
| **TOTAL** | | | | | | | 40.000,00 |

**OBSERVAÇÕES**

**7 - CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO- em** R$ 40.000,00

| | ANO | META | MESES | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | **JANEIRO** | **FEVEREIRO** | **MARÇO** | **ABRIL** | **MAIO** | **JUNHO** | **JULHO** | **AGOSTO** | **SETEMBRO** | **OUTUBRO** | **NOVEMBRO** | **DEZEMBRO** | **TOTAL** |
| | **2022** | **1** | 2.159,00 | 2.159,00 | 2.159,00 | 2.159,00 | 2.159,00 | 2.159,00 | 2.159,00 | 2.159,00 | 2.159,00 | 2.159,00 | 2.159,00 | 2.159,00 | 25.908,00 |
| | **2022** | **1** | 705,00 | 697,00 | 697,00 | 697,00 | 697,00 | 697,00 | 697,00 | 697,00 | 697,00 | 697,00 | 697,00 | 697,00 | 8.372,00 |
| | **2022** | **1** | 460,00 | 460,00 | 460,00 | 460,00 | 460,00 | 460,00 | 460,00 | 460,00 | 460,00 | 460,00 | 460,00 | 460,00 | 5.520,00 |
| | **2022** | **1** | 0 | 200,00 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 200,00 |
| | **2023** | **1** | Pgto Despesas | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| **07 - TOTAL ACUMULADO DOS RECURSOS DO CONCEDENTE (EM R$ 1,00)** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **PROPONENTE** | ANO | META | MESES | | | | | | | | | | | | |
| | | | **JANEIRO** | **FEVEREIRO** | **MARÇO** | **ABRIL** | **MAIO** | **JUNHO** | **JULHO** | **AGOSTO** | **SETEMBRO** | **OUTUBRO** | **NOVEMBRO** | **DEZEMBRO** | **TOTAL** |
| | **2022** | **1** | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TOTAL GERAL** ( concedente+ proponente) | | | 3.324,00 | 3.516,00 | 3.316,00 | 3.316,00 | 3.316,00 | 3.316,00 | 3.316,00 | 3.316,00 | 3.316,00 | 3.316,00 | 3.316,00 | 3.316,00 | 40.000,00 |

## 8- CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

| META | AÇÃO | ESPECIFICAÇÃO/ LOCALIDADE | INDICADOR | | DURAÇÃO | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | UNID | QTDE | INICIO | TERMINO |
| 1 | **Prestação de Serviços:** Pagamento de Profissional de Assistência Social. | Prestação mensal de 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. | Mês | 12 | 03/01/2022 | 31/12/2022 |
| | **Material de Consumo:** Aquisição de Gêneros alimentícios como: farinha de trigo, ovos, leite, açúcar, arroz, entre outros, e os descartáveis de uso individual, como: copos, talheres, guardanapos, etc. | Aquisição de materiais de consumo para a oferta de lanches ou refeições nos eventos, palestras ofertadas pela associação, destinado aos usuários e suas famílias. | Mês | 12 | 03/01/2022 | 31/12/2022 |
| | **Material de Consumo:** Aquisição de derivados de petróleo como: gasolina e álcool. | Aquisição de combustível para o acompanhamento, visitas e demais serviços necessários ao atendimento dos usuários e suas famílias, visando a garantia de direitos em órgãos como: INSS, Fórum, Ministério Público, Atendimento médico, Visitas domiciliares, entre outros necessários ao bom desenvolvimento do trabalho. | Mês | 12 | 03/01/2022 | 31/12/2022 |
| | **Prestação de serviços**: Pagamento de Diárias ao profissional de Assistência Social. | Pagamento de diária destinado ao 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. | Qtde | 05 | 01/02/2022 | 31/12/2022 |

**OBSERVAÇÃO**

**9– CONVENENTE**

Com isso, pede-se o DEFERIMENTO do Projeto e Plano de Trabalho.
Novo Horizonte do Sul, 16 de dezembro de 2022.

José Luiz Forte Filho
Presidente

**10- APROVAÇÃO PELO CONCEDENTE**

**DEFERIDO (X)** **INDEFERIDO ( )**

Novo Horizonte do Sul-MS,.....21..... de.....dezembro..... de 2022.

Adriana Teodoro Maia
Gerente Municipal de Assistência Social

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

**EXTRATO DO PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO TERMO DE COLABORAÇÃO Nº. 001/2022.**
**Processo Administrativo n. 011/2021.**
**Processo de Inexigibilidade n. 005/2021.**

**PARTES** – Fundo Municipal de Assistência Social e a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Novo Horizonte do Sul.

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO:** Constitui objeto do presente Termo Aditivo a alteração da Cláusula Quarta – DA VIGÊNCIA.

**Cláusula Quarta – Da Vigência.**

Fica prorrogada a vigência do presente termo, a contar de 31/12/2022 até o dia 31/01/2023.

**CLÁUSULA SEGUNDA DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:** Ficam ratificadas as demais cláusulas do Termo original, passando o presente Termo Aditivo a fazer parte integrante do referido instrumento contratual.

**FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:** Art. 42, Inciso I, letra "b" do Decreto Municipal n. 014/2020.

**DATA DE ASSINATURA**: 21 de dezembro de 2022.

**ASSINAM**: Senhora Adriana Teodoro Maia, CPF 023.233.091-37 – pelo Fundo Municipal de Assistência Social, e o Senhor José Luiz Forte Filho, CPF 187.954.719-87 pela Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Novo Horizonte do Sul.

# Diário Oficial

ANO VI Nº 2094

Órgão de divulgação oficial do município

Novo Horizonte do Sul - MS

Lei nº 405 de 18 de abril de 2013

**Quarta-feira, 21 de dezembro de 2022.**


367

## *PORTARIA 231/2022 DE 14 DE DEZEMBRO DE 2022*

"Dispõe sobre revogar o gozo de férias ao servidor que menciona..."

Aldenir Barbosa do Nascimento, Prefeito Municipal de Novo Horizonte do Sul, Estado de Mato Grosso do Sul, no uso de suas atribuições Legais...

Resolve

Art. 1º Revogar os 20 dias de gozo das férias do servidor Srº. **Marcelo Nunes Lopes,** comissionado no cargo de Gerente Municipal de Planejamento, publicado na Portaria nº 210/2022 dia 28 de novembro de 2022, no diário oficial ano VI nº 2077, remanejando o gozo de férias do servidor para ter inicio 16/01/2023 á 04/02/2023, Lotado na Gerência Municipal de Planejamento.

**Art. 2º** Esta Portaria entrará em vigor na data de sua publicação, revogados as disposições em contrário.

Gabinete do Prefeito Municipal de Novo Horizonte do Sul – MS, aos 14 dias do mês de Dezembro de 2022.

Aldenir Barbosa do Nascimento
Prefeito Municipal

**EXTRATO DO PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO TERMO DE COLABORAÇÃO Nº. 001/2022.**
**Processo Administrativo n. 011/2021.**
**Processo de Inexigibilidade n. 005/2021.**
**PARTES** – Fundo Municipal de Assistência Social e a Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Novo Horizonte do Sul.
**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO:** Constitui objeto do presente Termo Aditivo a alteração da Cláusula Quarta – DA VIGÊNCIA.
**Cláusula Quarta – Da Vigência.**
Fica prorrogada a vigência do presente termo, a contar de 31/12/2022 até o dia 31/01/2023.
**CLÁUSULA SEGUNDA DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:** Ficam ratificadas as demais cláusulas do Termo original, passando o presente Termo Aditivo a fazer parte integrante do referido instrumento contratual.
**FUNDAMENTAÇÃO LEGAL:** Art. 42, Inciso I, letra "b" do Decreto Municipal n. 014/2020.
**DATA DE ASSINATURA**: 21 de dezembro de 2022.
**ASSINAM**: Senhora Adriana Teodoro Maia, CPF 023.233.091-37 – pelo Fundo Municipal de Assistência Social, e o Senhor José Luiz Forte Filho, CPF 187.954.719-87 pela Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Novo Horizonte do Sul.

**EXTRATO DO PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO TERMO DE COLABORAÇÃO Nº. 002/2022.**
**Processo Administrativo n. 003/2022.**
**Processo de Inexigibilidade n. 002/2022.**
**PARTES** – Fundo Municipal de Assistência Social e a Associação Cantinho Bem-Me-Quer.
**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO:** Constitui objeto do presente Termo Aditivo a alteração da Cláusula Quarta – DA VIGÊNCIA.