PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAÇATUBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Rio de Janeiro, 300 CEP 16015-150 TELEFAX 18 3636.1100
e-mail: saude@aracatuba.sp.gov.br

TERCEIRO TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO SMA/DLC Nº 096/2018

PARTÍCIPES: **PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAÇATUBA – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** E **A ASSOCIAÇÃO DAS SENHORAS CRISTÃS BENEDITA FERNANDES.**

OBJETO DO CONVÊNIO: PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA ATENDIMENTO A PACIENTES COM TRANSTORNOS DECORRENTES DO USO E DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS, COMPATÍVEL COM A MODALIDADE CADPS AD II (Portaria MS/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002), DURANTE CINCO DIAS ÚTEIS DA SEMANA EM DEMANDA ESPONTÂNEA E/OU ENCAMINHADAS PELA REDE DE SAÚDE MUNICIPAL.

MUNICÍPIO DE ARAÇATUBA, pessoa jurídica de direito público, neste ato representado pelo Exmo. Prefeito Municipal o Sr. **DILADOR BORGES DAMASCENO,** assistido pela Secretária Municipal de Saúde, Senhora **CARMEM SILVIA GUARIENTE** e de outro lado **ASSOCIAÇÃO DAS SENHORAS CRISTÃS "BENEDITA FERNANDES",** entidade filantrópica, inscrita no Cadastro Nacional das Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda sob o nº 43.762.442/0001-88, com sede na Rua Bastos Cordeiro, nº 1051, no Município de Araçatuba, neste ato representado por seu Diretor **Sr. ANTÔNIO DOMINGOS CAMARGO,** portador da Cédula de Identidade RG nº 6.381.193 SSP/SP e do CPF nº 704.847.168-91, ao final assinado, doravante denominada **CONTRATADA**, resolvem, **ADITAR** o presente convênio nº 096/2018, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O objeto do presente convênio é a prestação de serviço de atenção psicossocial para atendimento a pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, compatível com a modalidade CAPS AD II (Portaria MS/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002), das 8:00 às 18:00 horas, durante os cinco dias úteis da semana em demanda espontânea e/ou encaminhadas pela Rede de Saúde Municipal.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO ADITAMENTO

Fica aditado o Convênio nº 096/2018, com a finalidade de destinação de incentivo financeiro federal de custeio, para o desenvolvimento de ações no âmbito dos serviços da rede de atenção psicossocial (RAPS), na atuação de

estratégias de prevenção e enfrentamento da emergência em saúde pública de importância nacional decorrente da covid-19 para a unidade CAPS AD II Benedita Fernandes, conforme determina a Portaria GM/MS nº 3.350, de 8 de dezembro de 2020.

CLÁUSULA TERCEIRA – DOS RECURSOS FINANCEIROS E ORÇAMENTÁRIOS

I - O valor estimado para a execução do presente convênio é de R$ 39.778,12 (trinta e nove mil setecentos e setenta e oito reais e doze centavos), pago em parcela única.

Os recursos orçamentários à cobertura das despesas relativas à execução das atividades consignadas no plano de trabalho, objeto do presente, terão a seguinte classificação orçamentária:

Unidade Executora	02.20.02
Funcional Programática	10.302.0033-2109
Ficha	1101
Item de Despesas	3.3.90.39.11
Fonte	05
Aplicação	312.0003

CLÁUSULA QUARTA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

A prestação de contas dos recursos recebidos deverá ser apresentada a Secretaria Municipal de Saúde, de forma autônoma e integral, em prestação de contas específica em até 30 (trinta) dias após o término do prazo de utilização do recurso.

§1º A aplicação do repasse deverá ser demonstrada no site oficial específico / portal da transparência da Organização Social, conforme disposto na Lei nº 13.979, de 6 de fevereiro de 2020.

§2º O prazo de 30 (trinta) dias para prestação de contas poderá ser prorrogado uma única vez, desde que justificada e aprovada pela Secretaria Municipal de Saúde.

§3º Para a prestação de contas a **CONVENIADA**, observará as normas e instruções técnicas expedidas e os formulários padronizados pelos órgãos da **CONVENENTE** e pelo Tribunal de Contas do Estado, como observará as disposições da portaria GM/MS nº 3.350, de 08 de dezembro de 2020.

a. Para fins de monitoramento será observado o registro dos seguintes procedimentos no Sistema de Informação Ambulatorial (SAI/SUS), art. 4º da portaria nº 3.350/2020.

b. A prestação de contas sobre a aplicação dos recursos será realizada por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG) do ente federativo beneficiado, sem prejuízo da adoção de outro mecanismo de monitoramento, art. 6º da portaria nº 3.350/2020.

§4º A **CONVENIADA** facilitará a **CONVENENTE** o acompanhamento e a fiscalização permanente e prestará todos os esclarecimentos e informações que lhe forem solicitados dentro do prazo estipulado pela **CONVENENTE.**

CLÁSULA QUINTA - DA RATIFICAÇÃO

Permanecem inalteradas, reiteradas, ratificadas e em plena vigência todas as demais Cláusulas e condições que não foram atingidas por este aditamento.

Por estarem de acordo, firmam as partes o presente instrumento em três vias de igual teor e forma, perante 2 (duas) testemunhas, para que se produzam seus devidos e legais efeitos.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE ARAÇATUBA

Araçatuba, 05 de março de 2021.

DILADOR BORGES DAMASCENO
- PREFEITO MUNICIPAL -

CARMEM SÍLVIA GUARIENTE
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE -

ANTÔNIO DOMINGOS DE CAMARGO
- ASSOCIAÇÃO DAS SENHORAS CRISTÃS BENEDITA FERNANDES -

Testemunhas:

_____ _____

PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAÇATUBA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
Rua Rio de Janeiro, 300 CEP 16015-150 TELEFAX 18 3636.1100
e-mail: saude@aracatuba.sp.gov.br

REPASSES AO TERCEIRO SETOR - TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO - TERMO DE CONVÊNIO

ÓRGÃO/ENTIDADE PÚBLICO(A): **PREFEITURA MUNICIPAL DE ARAÇATUBA**
CONVENIADA: **ASSOCIAÇÃO DAS SENHORAS CRISTÃS BENEDITA FERNANDES**
TERMO DE CONVÊNIO N°: **096/2018**
OBJETO **PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL PARA ATENDIMENTO A PACIENTES COM TRANSTORNOS DECORRENTES DO USO E DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIAS PSICOATIVAS, COMPATÍVEL COM A MODALIDADE CADPS AD II, DURANTE CINCO DIAS ÚTEIS DA SEMANA EM DEMANDA ESPONTÂNEA E/OU ENCAMINHADAS PELA REDE DE SAÚDE MUNICIPAL.**
VALOR DO AJUSTE/VALOR REPASSADO (1): R$ 39.778,12
EXERCÍCIO (1): 2021

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. Estamos CIENTES de que:

a) o ajuste acima referido e seus aditamentos / o processo de prestação de contas, estará(ão) sujeito(s) 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) as informações pessoais do(s) responsável(is) pelo órgão concessor e entidade beneficiária, estão cadastradas no módulo eletrônico do "Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP", nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2020, conforme "Declaração(ões) de Atualização Cadastral" anexa (s);

2. Damo-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: 05 de março de 2021.

AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:

Nome: **DILADOR BORGES DAMASCENO**
Cargo: Prefeito Municipal
CPF: 111.389.126-20 RG: 9.758.697-3

AUTORIDADE MÁXIMA DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA:

Nome: **ANTÔNIO DOMINGOS DE CAMARGO**
Cargo: Diretor Presidente
CPF nº 704.847.168-91

Responsáveis que assinaram o ajuste e Conclusivo:

PELO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:

Nome: **DILADOR BORGES DAMASCENO**
Cargo: Prefeito Municipal
CPF: 111.389.126-20 RG: 9.758.697-3
Assinatura:_____

Nome: **CARMEM SILVIA GUARIENTE**
Cargo: Secretária Municipal de Saúde
CPF: 066.253.878-19
Assinatura:_____

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

PELA ENTIDADE CONVENIADA:

Nome: **ANTÔNIO DOMINGOS DE CAMARGO**
Cargo: Diretor Presidente
CPF nº 704.847.168-91
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.