



MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

TERMO DE ADITAMENTO Nº 001/2021-SAS ao  
TERMO DE COLABORAÇÃO Nº 007/2017-SEDESC

Proc. \_\_\_\_\_  
Fls. \_\_\_\_\_  
Ass. \_\_\_\_\_

Por este instrumento, as partes, de um lado, o **MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO**, inscrito no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica do Ministério da Fazenda sob o nº 46.523.239/0001-47, representado por, **André Sicco de Souza**, Secretário de Assistência Social, de conformidade com Decreto Municipal nº 20.312/2018, doravante denominado apenas **MUNICÍPIO**, e a Organização da Sociedade Civil, **APOIO - Associação de Auxílio Mutuo da região Leste**, com sede Av. Duque de Caxias, 325 – 2º andar, Bairro Campos Elíseos - São Paulo - SP, inscrita no CNPJ sob o nº 74.087.081/0001-45, neste ato representada pelo **Sr. Gutemberg Sousa da Silva**, portador da carteira de identidade R.G. \_\_\_\_\_ inscrito no CPF sob o nº \_\_\_\_\_

em conjunto denominados PARCEIROS e separadamente **MUNICÍPIO** e **ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL**, respectivamente, tendo em vista o constante no processo administrativo SB nº 28.510/2017 e processo digital SB 38.502/2020, resolvem celebrar o presente Termo, sujeitando-se, no que couber, aos termos da Lei federal nº 13.019/2014, e suas alterações, Decreto Municipal 20.113/2017 e suas alterações, mediante as cláusulas e condições abaixo:

CLÁUSULA PRIMEIRA

Aditar local de execução do serviço constante na cláusula primeira do Termo de Colaboração, conforme **Deliberação CMAS nº 01/2021**, em conformidade ao Plano de Trabalho aprovado e revalidado através do Decreto nº 21.359, de 18 de novembro de 2020, para execução no período de 01 abril a 30 de setembro de 2021, sendo:

- a) 150 Atendimentos efetuados na unidade I, situada a Rua Tapajós, 10 – Baeta Neves, sendo 110 para pernoite;
- b) 40 Atendimentos para pernoite, efetuados na unidade II, situada a Rua Marechal Deodoro, nº 1058 – Centro.

CLÁUSULA SEGUNDA

Aditar o valor total do Termo de Colaboração, constante da Cláusula Segunda, em **R\$ 157.785,00** (cento e cinquenta e sete mil, setecentos e oitenta e cinco reais), passando o valor total do Termo para **R\$ 7.286.690,19** (sete milhões, duzentos e oitenta e seis mil, seiscentos e noventa reais e dezenove centavos), alocados em



Proc. \_\_\_\_\_  
Fls. \_\_\_\_\_  
Ass. \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

conformidade ao cronograma de desembolso constante no Plano de Trabalho aprovado:

- Financiamento FMAS (Municipal) no valor de **R\$ 157.785,00** (cento e cinquenta e sete mil, setecentos e oitenta e cinco reais), onerando-se a dotação orçamentária nº 36.364.3.3.50.43.00.08.244.0021.2456.01 – RED 1527-3- PA 7445/2020 - CÓD. APLICAÇÃO 01.312.033, ou a correspondente nos anos subsequentes, a ser creditado conforme cronograma de desembolso:

Cronograma de Desembolso 2021			
Parcela 01	R\$ 26.297,00	Parcela 02	R\$ 26.297,00
Parcela 03	R\$ 26.297,00	Parcela 04	R\$ 26.297,00
Parcela 05	R\$ 26.297,00	Parcela 06	R\$ 26.297,00

CLÁUSULA TERCEIRA

Ficam ratificadas as demais Cláusulas do Termo de Colaboração nº 007/2017 -SEDESC.

E, por estarem as partes de comum acordo com as cláusulas, termos e condições do presente instrumento, firmam-no em 2 (duas) vias, de igual teor, na presença das 2(duas) testemunhas abaixo, para que se produza os efeitos legais.

São Bernardo do Campo, 18 de março de 2021.

\_\_\_\_\_  
**André Sicco de Souza**  
SECRETÁRIO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

GUTEMBERG  
CPF  
RG

\_\_\_\_\_  
**Gutemberg Sousa da Silva**  
PRESIDENTE

TESTEMUNHAS:

Assinatura:

Nome:

CPF:

**FRANCISCO PIZZO**  
Diretor de Seção de  
Monitoramento e Avaliação  
SAS 202

Assinatura:

Nome:

CPF:

**Jamil Rosa Evangelista**



Proc. \_\_\_\_\_  
Fls. \_\_\_\_\_  
Ass. \_\_\_\_\_

MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO  
**TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO**  
**TERMO DE COLABORAÇÃO**

**ÓRGÃO: Secretaria de Assistência Social**  
**ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL PARCEIRA: APOIO - Associação de Auxílio Mutuo da região Leste**  
**TERMO DE COLABORAÇÃO: 007/2017 - SEDESC**  
**OBJETO: Serviço de Acolhimento Institucional para pessoas e famílias em situação de rua - casa de passagem**  
**ADVOGADO(S)/ nº 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. 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.





MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

Proc. \_\_\_\_\_  
Fls. \_\_\_\_\_  
Ass. \_\_\_\_\_

São Bernardo do Campo em, 18 de março de 2021.

Responsáveis que assinaram o ajuste:

**GESTOR DO ÓRGÃO PÚBLICO PARCEIRO:**

Nome: André Sicco de Souza
Cargo: Secretário
CPF: _____ RG: _____
Data de Nascimento: _____
Endereço: _____
E-mail institucional: _____
E-mail pessoal: _____
Telefone pessoal: _____
Assinatura: _____

**PELA ENTIDADE PARCEIRA:**

Nome: Gutemberg Sousa da Silva
Cargo: Presidente
CPF: _____
Data de Nascimento: _____
Endereço residencial completo: _____
E-mail institucional: _____
E-mail pessoal: _____
Telefone (s): _____
Assinatura: _____

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