



Prefeitura Municipal de Votorantim
"Capital do Cimento"
Estado de São Paulo

**1º (PRIMEIRO) TERMO DE ADITAMENTO AO TERMO DE COLABORAÇÃO Nº
001/2023**

DISPENSA DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2023

PROTOCOLO Nº 10637/2022

A **PREFEITURA MUNICIPAL DE VOTORANTIM**, pessoa jurídica de direito público interno, com sede a Avenida 31 de Março, nº 327, Centro, Votorantim, SP, inscrita no CNPJ sob o nº 46.634.051/0001-76, neste ato representada pela sua Prefeita Municipal, Sra. **FABIOLA ALVES DA SILVA**, e o **INSTITUTO MARIA CLARO – LAR IVAN SANTOS DE ALBUQUERQUE**, inscrita no CNPJ nº 71.868.962/0001-05, estabelecida na cidade de Sorocaba, Rua João Wagner Wey, nº 1240 – Jardim América, representada pelo Presidente Sr. **CARLOS KIVA JANOVITCH**, brasileiro, casado, empresário, doravante denominada **PROPONENTE**, resolvem aditar o Termo de Colaboração nº 001/2023, nos termos da Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA

1.1 Fica aditada a Cláusula Décima Sexta, do termo supracitado, prorrogando seu prazo de vigência em 12 (doze) meses, com início em 25/02/2024 e término em 24/02/2025.

CLÁUSULA SEGUNDA

2.1 O valor do presente Termo é de **R\$ 218.400,00 (duzentos e dezoito mil e quatrocentos reais)**, no valor mensal de **R\$ 18.200,00 (dezoito mil e duzentos reais)**, conforme o Plano de Trabalho e seu respectivo Cronograma de Desembolso, previamente aprovados pela autoridade competente.

CLÁUSULA TERCEIRA

3.1 As despesas decorrentes do objeto deste termo correrão por conta dos recursos específicos consignados no orçamento:

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO

Título: OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS – PESSOA JURÍDICA

Verba: 02.11.05.12.367.0003-2.017.3.3.50.39.00-01-0301

CLÁUSULA QUARTA

4.1 Permanecem inalteradas as demais cláusulas e condições.



Prefeitura Municipal de Votorantim
"Capital do Cimento"
Estado de São Paulo

4.2 E, por estarem cientes e acordadas com as condições e cláusulas estabelecidas, as partes firmam o presente Instrumento em 04 (quatro) vias de igual teor e forma, na presença de 02 (duas) testemunhas.

Votorantim, 23 de fevereiro de 2024.


**PREFEITURA MUNICIPAL DE
VOTORANTIM**
Fabíola Alves da Silva
Prefeita Municipal


**INSTITUTO MARIA CLARO – LAR
IVAN SANTOS DE ALBUQUERQUE**
Carlos Kiva Janovitch
Presidente

TESTEMUNHAS:

Nome:  _____

Nome:  _____



INSTITUTO

Maria
Claro**INSTITUTO MARIA CLARO**
PLANO DE TRABALHO PARA O TERMO DE COLABORAÇÃO nº 001/2023

1 – DADOS CADASTRAIS

Órgão/Entidade Proponente: INSTITUTO MARIA CLARO Lar Ivan Santos de Albuquerque				CNPJ: 71.868.962/0001-05	
Endereço: : Rua João Wagner Wey, 1240 - Jardim América					
CIDADE SOROCABA	UF SP	CEP 18046- 695	DDD/TEL 1532294949	FAX	EMAIL controladoria@mariaclaro.org.br
CONTA CORRENTE 75052-2	BANCO BRASIL 001	AGÊNCIA 191-0	PRAÇA DE PAGAMENTO Sorocaba/SP		
NOME DO RESPONSÁVEL Carlos Kiva Janovitch			CPF 06354401802		
C.I./ORGÃO EXPEDITOR SSP/SP	CARGO Diretor		FUNÇÃO Diretor Presidente		
ENDEREÇO: Av. São Paulo, 5235 – Condominio Residencial Village D'Avignon			CEP: 18017-901		

2 – DESCRIÇÃO DO PROJETO

TÍTULO DO PROJETO Reabilitação a Crianças com múltiplas deficiências.
PERÍODO DE EXECUÇÃO INÍCIO /TÉRMINO:
IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO Atendimento Terapêutico com Equipe Multidisciplinar, acompanhamento pedagógico complementar, suporte psicológico e social, acreditando ser fundamental para o pleno desenvolvimento dos atendidos e de suas famílias.



INSTITUTO

Maria
Claro

JUSTIFICATIVA DE PREPOSIÇÃO

A Instituição tem como missão promover ações e serviços de Reabilitação e Habilitação às crianças e adolescentes com deficiências múltiplas, provenientes de famílias em situação de vulnerabilidade social.

3 – CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

META	ETAPA	ESPECIFICAÇÃO	INDICADOR FÍSICO		DURAÇÃO	
			UNIDADE	QUANTIDADE	INÍCIO	TÉRMINO
Atendimento Terapêutico com Equipe Multidisciplinar, acompanhamento pedagógico complementar, suporte psicológico e social, acreditando ser fundamental para o pleno desenvolvimento dos atendidos	<u>Atendimento terapêutico</u>	Atendimento com Equipe Multidisciplinar nas áreas de Fisioterapia, Fonoaudiologia, Hidroterapia, Assistência Social, Terapia Ocupacional, Psicologia e Música.	Atendimento individual ou em grupo	5/semana x assistido (no mínimo 1 por área) Obs: São garantidos mais atendimentos semanais aos casos que possuem maior demanda.	Janeiro	Até vigência do contrato.
	<u>Acompanhamento</u>	Atividades em salas através da utilização de		Atendimento individual	Janeiro	Durante toda vigência

y



INSTITUTO

**Maria
Claro**

e de suas famílias.	<u>pedagógico especializado</u>	recursos pedagógicos e tecnológicos adaptados. Realização de visitas escolares e orientações às Equipes das Escolas Regulares, mediando o processo de inclusão escolar.	Atendimento em sala	ou em grupo		do contrato
	<u>Suporte psicológico às crianças e adolescentes com deficiência e às famílias</u>	Acompanhamento psicológico regular. Orientações aos assistidos e seus familiares. Realização de visitas escolares e orientações às Equipes das Escolas Regulares, mediando o processo de inclusão escolar.	Individual e ou em grupos	De acordo com demanda	Janeiro	Durante toda execução do projeto
		Acompanhamento social regular. Orientações, quanto às		2 grupos semanais e individual		



INSTITUTO

**Maria
Claro**

	Suporte social	necessidades dos assistidos e aos seus familiares.	Individual e ou em grupo	de acordo com demanda	Janeiro	Durante toda execução do projeto
--	-----------------------	--	--------------------------	-----------------------	---------	----------------------------------

4 – PLANO DE APLICAÇÃO (refere-se ao desdobramento da dotação e a sua consequente utilização em diversas espécies de):

NATUREZA DE DESPESAS	TOTAL	CONCEDENTE	
RECURSOS HUMANOS	R\$ 218.400,00	R\$ 218.400,00	
SERVIÇOS DE TERCEIROS	R\$ 0,00	R\$ 0,00	

Refere-se ao elemento de despesa correspondente a aplicação dos recursos orçamentários.

5 – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO (refere-se ao deslocamento da aplicação dos recursos financeiros em parcelas mensais)

META	1º MÊS Fevereiro R\$18.200,00	2º MÊS Março R\$18.200,00	3º MÊS Abril R\$18.200,00	4º MÊS Maio R\$18.200,00	5º MÊS Junho R\$18.200,00
------	-------------------------------------	---------------------------------	---------------------------------	--------------------------------	---------------------------------

6º MÊS	7º MÊS	8º MÊS	9º MÊS	10º MÊS
Julho R\$18.200,00	Agosto R\$18.200,00	Setembro R\$18.200,00	Outubro R\$18.200,00	Novembro R\$18.200,00

11º MÊS	12º MÊS
Dezembro R\$18.200,00	Janeiro R\$18.200,00

6 – DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal do proponente, declaro, para fins de prova junto ao Órgão público interessado, para os efeitos e sob as penas da lei, que inexistente qualquer débito em mora ou situação e de inadimplência com o tesouro ou qualquer Órgão ou Entidade da Administração Pública, que impeça a transferência



INSTITUTO
**Maria
Claro**

de recursos oriundos de dotações consignadas nos orçamentos deste Poder, na forma deste plano de trabalho.

Sorocaba, 07/02/2024

Pede deferimento
CARLOS KIVA
Assinado de forma digital por
CARLOS KIVA
JANOVITCH:06354401802
Dados: 2024.02.08 00:40:55
-03'00'
401802
Carlos Kiva Janovitch

7 – APROVAÇÃO PELO CONCEDENTE

Carimbo e assinatura da Secretária de educação

Squad Ap. Ribeiro de Oliveira
Secretária de Educação
SEED-PMV

Squad Ap. Ribeiro de Oliveira
Secretária de Educação
SEED-PMV

5