



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

TERMO DE AJUSTE QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE CAMPINAS E **CENTRO INFANTIL DE INVESTIGAÇÕES HEMATOLÓGICAS DR.D.A.BOLDRINI**

Formatado: Fonte: Arial, 10
pt, Cor da fonte: Cor
Personalizada(RGB(227;108;10))

Lei Municipal - Orçamentária n.º 13.518 de 29 de dezembro de 2008

Termo de Ajuste n.º 109/09

Protocolo n.º **08/10/51262**

1. DAS PARTES

1.1 Por este instrumento, de um lado, o **MUNICÍPIO DE CAMPINAS**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ sob o n.º 51.885.242/0001-40 com sede na Av. Anchieta n.º 200, doravante denominado simplesmente **MUNICÍPIO**, representado pela Ilma. Sra. **Secretária Municipal de Cidadania, Assistência e Inclusão Social - SMCAIS**, DARCI DA SILVA, portadora do RG n.º 3.638.522 e do CPF n.º 107.832.538-34, **Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos**, representada pelo Dr. CARLOS HENRIQUE PINTO, portador do RG n.º 17.568.548 e do CPF/MF n.º 089.733.888-00 ambos com endereço no paço municipal na Av. Anchieta n.º 200 – Centro e, de outro o(a) **CENTRO INFANTIL DE INVESTIGAÇÕES HEMATOLÓGICAS DR.D.A.BOLDRINI**, doravante denominada simplesmente **ENTIDADE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**, com fins não econômicos, de caráter beneficente, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas CNPJ sob n.º **50.046.887/0001-27**, registrada no Conselho Municipal de Assistência Social - CMAS, sob n.º **53**, com sede na **Rua Dr. Gabriel Porto, 1.270** na cidade de Campinas/SP, representada por seu Presidente, o(a) Sr.(a) **SILVIA REGINA BRANDALISE** portador(a) da cédula de identidade RG. n.º **2.837.167**, inscrito (a) no C.P.F./M.F. sob n.º **052.306.328-87**, de acordo com as disposições da Lei Federal n.º 8.666/93 e da Lei Orgânica da Assistência Social n.º 8.742/93, da Política Nacional de Assistência Social, Norma Operacional Básica da Assistência Social e suas alterações posteriores, da Lei Municipal n.º 13.518 de 29 de dezembro de 2008, bem como o Decreto Municipal n.º 16.421 Resolução SMCTAIS n.º 01/08 ambos publicados em suplemento ao Diário Oficial do Município em 09 de outubro de 2008 e Resolução CMAS n.º 65/08 publicada no Diário Oficial do Município em 19 de dezembro de 2008, tem certo e ajustado que o segue:

2. DO OBJETO

2.1 Constitui objeto do presente, a execução de programa (s) sócio-assistencial (is) que integram o Sistema Único da Assistência Social do Município, no âmbito da Rede de Proteção Social em seus diferentes níveis, apoiados pelo **MUNICÍPIO**, através da **SMCAIS** e desenvolvidos pela **ENTIDADE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**, em consonância com a Resolução SMCTAIS n.º 01/08 que disciplina as diretrizes, objetivos Gerais, indicativo de estratégias metodológicas, medidas estratégicas e prioridades, de cada nível protetivo de assistência social, no exercício de 2009 e a partilha de recursos deliberada pelo **CMAS – Conselho Municipal de Assistência Social**, conforme resolução n.º 65/2008 de 19 de dezembro de 2008;

2.2 A **ENTIDADE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL** desenvolverá as atividades relativas à(s) área(s) de atuação abaixo discriminadas, de acordo com o(s) Plano(s) de Trabalho devidamente analisado e aprovado pela Comissão Técnica, que faz(em) parte integrante deste Termo, em conformidade também com o Plano Municipal de Assistência Social e as demais normas jurídicas pertinentes.

2.3 São de atuação da **ENTIDADE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL no ano de 2009:**

CENTRO INFANTIL DE INVESTIGAÇÕES HEMATOLÓGICAS DR. DOMINGOS ADEMAR BOLDRINI
Sede
PB SERVIÇO DE AÇÕES COMPLEMENTARES ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE FRAGILIDADES CIRCUNSTANCIAS E EMERGENCIAIS DE APOIO À SAÚDE

3. DAS CONDIÇÕES GERAIS



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

3.1 O MUNICÍPIO obriga-se a:

3.1.1 Proceder por intermédio da equipe da **SMCAIS** - Coordenadoria Setorial de Avaliação e Controle - CSAC o monitoramento e a avaliação do atendimento realizado pela **ENTIDADE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL supramencionada**;

3.1.2 Transferir à **ENTIDADE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**, o valor montante de R\$ 13.500,00 (**Treze mil e quinhentos reais**) que será pago em 06(seis) parcelas sendo a primeira no valor de R\$ 3.860,00 (**Treis mil oitocentos e sessenta reais**) a ser paga no mês de julho de 2009 e as demais parcelas no valor de R\$ 1.928,00 (**Hum mil novecentos e vinte e oito reais**) cada uma, a serem pagas no 5º dia útil de cada dos meses subsequentes, para execução do(s) seguinte(s) Programa(s) objeto deste termo, sendo:

3.1.2.1 Recurso Fonte Municipal: R\$ 13.500,00 3.1.2.2 Recurso Fonte FMAS:

3.1.2.3 Recurso Fonte Estadual: R\$

3.1.2.4 Recurso Fonte Federal: R\$

TOTAL Geral : R\$ 13.500,00

TOTAL	Municipal	Estadual	Federal	1/2 p	int.	Fam.
-------	-----------	----------	---------	-------	------	------

CENTRO INFANTIL DE INVESTIGAÇÕES HEMATOLÓGICAS DR. DOMINGOS ADEMAR BOLDRINI Sede
PB SERVIÇO DE AÇÕES COMPLEMENTARES ÀS PESSOAS EM SITUAÇÃO DE FRAGILIDADES
CIRCUNSTANCIAS E EMERGENCIAS DE APOIO À SAÚDE

13.500,00	13.500,00			0	0	50
-----------	-----------	--	--	---	---	----

3.1.3 Analisar a prestação de contas da entidade nos prazos previstos nas Resoluções da **SMCAIS**, aceitando-as, questionando-as ou rejeitando-as;

3.1.4 Realizar periodicamente através da Coordenadoria Setorial de Avaliação e Controle procedimentos de monitoramento da **ENTIDADE DE ASSISTENCIA SOCIAL** e eventualmente procedimentos fiscalizatórios através da Coordenadoria Setorial Orçamentária e Financeira e Coordenadoria Setorial de Avaliação e Controle;

3.1.5 Reter as parcelas subseqüentes em caso de inadequação técnica, desvio de finalidade na aplicação dos recursos, ausência de adoção dos re-ordenamentos apontados pela Coordenadoria Setorial de Avaliação e Controle – CSAC, ausência de comprovação da boa e regular aplicação das parcelas anteriormente recebidas ou descumprimento de quaisquer das obrigações da **ENTIDADE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**, até efetiva regularização;

3.1.6 Em caso de retenção das parcelas subseqüentes o **MUNICÍPIO**, através da **SMCAIS** cientificará a entidade, para querendo, apresentar justificativa que entender necessária no prazo de 10 (dez) dias;

3.1.7 Em caso de apresentação de justificativa pela **ENTIDADE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL** a **SMCAIS** analisará, decidindo sobre a retomada ou não dos repasses, **bem como quanto ao pagamento das parcelas retidas**;

4. A ENTIDADE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL obriga-se a:

4.1 Aplicar integralmente os valores recebidos neste ajuste, assim como os eventuais rendimentos, no atendimento constante da Cláusula 1, em estrita consonância com o cronograma de desembolso e aplicação **financeira, proposto (s) no (s) Plano(s) de Trabalho e de acordo com os Programas registrados pelo Conselho Municipal de Assistência Social – CMAS, Conselho Municipal dos Direitos da Criança e do Adolescente – CMDCA e Conselho Municipal do Idoso**;

4.2 Executar as ações em estrita consonância com a legislação pertinente, bem como com as diretrizes, objetivos e indicativos de estratégias metodológicas, específicas de cada área programática, nos termos da **RESOLUÇÃO SMCTAIS N° 01/2008 e outros que vierem a complementá-la ou alterá-la**;

4.3 Manter os recursos materiais e humanos necessários e compatíveis à prestação do atendimento ao objeto do presente ajuste, bem como suas metas, especialmente com **profissional (is) de Serviço Social** devidamente habilitado (s);



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

4.4 Manter cadastradas fichas individuais de atendimento, relação nominal de todos os usuários atendidos e registro de presença, quando for o caso;

4.5 Proceder as alterações necessárias quando apontadas pela CSAC e pactuados em instrumental específico firmado pela coordenação técnica da entidade e seu representante legal, nos prazos propostos, visando o reordenamentos das ações;

4.6 Manter conta corrente **específica para o recebimento de verbas oriundas do presente ajuste**, informando à **SMCAIS** o número e eventuais modificações;

4.7 Informar ao **MUNICÍPIO**, através da **SMCAIS** – CSAC, a existência de vagas destinadas ao objeto do presente;

4.8 Prestar ao **MUNICÍPIO**, através da Coordenadoria Setorial de Avaliação e Controle - CSAC, da **SMCAIS** todas as informações necessárias durante o processo de monitoramento e avaliação do atendimento ao objeto do presente;

4.9 Prestar contas dos recursos recebidos, na forma da legislação aplicável, especialmente da Instrução Normativa n.º 02/08 do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, observando as disposições do Guia de Orientação para Prestação de Contas, através da **SMCAIS** - Coordenadoria Setorial Orçamentária e Financeira – CSOF até o **40º dia** após recebimento de cada parcela acompanhada de **extrato bancário do período referente a conta específica descrita no item 3.6**;

4.10 Apresentar mensalmente em conjunto com a prestação de contas, os comprovantes de recolhimentos dos encargos trabalhistas e previdenciários oriundos do presente ajuste, **bem como o relatório indicando as despesas que a entidade suportou às suas expensas no mesmo período**.

4.11 Apresentar **relatórios e documentos exigidos pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo** nos prazos e formulários previstos na Instrução n.º 02/2008, especialmente relatório anual de atividades desenvolvidas identificando as custeadas com recursos transferidos e as com recursos próprios;

4.12 Enviar ao **MUNICÍPIO**, através da **SMCAIS** o relatório semestral/anual do trabalho social conforme modelo e nos prazos determinados pela Coordenadoria Setorial de Avaliação e Controle – CSAC;

4.13 Comunicar por escrito e imediatamente à **SMCAIS**, através da Coordenadoria Setorial de Avaliação e Controle - CSAC, todo fato relevante ou ocorrência quanto a Diretoria, bem como eventuais alterações estatutárias e constituição da diretoria;

4.14 Manter durante toda a vigência do ajuste, as condições iniciais de autorização, em especial a inscrição no Conselho Municipal de Assistência Social e demais Conselhos pertinentes à área de atuação, bem como regularidade fiscal.

Excluído:

4.15 Devolver ao **MUNICÍPIO** os eventuais saldos financeiros remanescentes em caso de denúncia, rescisão ou extinção do ajuste, inclusive os obtidos de aplicações financeiras realizadas, no prazo de 30 (trinta) dias do evento;

4.16 Comunicar por escrito com prazo de no mínimo **60 (sessenta) dias** de antecedência, eventuais alterações no objeto de trabalho, metas, forma de execução, plano de aplicação ou intenção de denúncia do ajuste;

4.17 No caso de necessidade de alteração na aplicação dos recursos financeiros, a **ENTIDADE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**, deverá solicitar por escrito à **SMCAIS**, que ouvirá a CSAC e decidirá sobre a possibilidade do pedido;

4.18 A **ENTIDADE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**, só poderá executar a ação fundamentada no novo plano de aplicação de recursos financeiros após a decisão expressa da **SMCAIS**;

5. DO PRAZO

5.1 O presente termo vigorará **a partir da data da assinatura até 08 de janeiro de 2010**, podendo ser denunciado pelo **MUNICÍPIO** a qualquer tempo ou em caso de infração de qualquer de suas Cláusulas, independentemente de interpelação judicial ou extrajudicial e pela **ENTIDADE DE ASSISTÊNCIA SOCIAL** desde que comunicado por escrito, com no mínimo 60 (sessenta) dias de antecedência.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

6. DO FORO

6.1 As partes elegem o foro da Comarca de Campinas para dirimir quaisquer questões oriundas deste Termo, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem certas e ajustadas, firmam o presente em 03 (três) vias de igual teor e forma.

Campinas, 09 de Julho de 2009.

Darci da Silva

Secretária Municipal de Cidadania, Assistência e Inclusão Social

Carlos Henrique Pinto

Secretário Municipal de Assuntos Jurídicos

SILVIA REGINA BRANDALISE

Presidente