



PREFEITURA MUNICIPAL

SÃO JOÃO DA BOA VISTA - SP

Departamento de Assistência Social

14º TERMO DE APOSTILAMENTO AO TERMO DE COLABORAÇÃO Nº 001/2022

PARCERIA QUE ENTRE SI CELEBRAM A PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA E A ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL ALBERGUE NOTURNO BOM SAMARITANO.

A **Prefeitura Municipal de São João da Boa Vista**, inscrita no CNPJ sob nº 46.429.379/0001-50 estabelecido no endereço, Rua Marechal Deodoro nº 366, Centro, representado por **Maria Teresinha de Jesus Pedroza**, prefeita municipal, por intermédio do **Departamento de Assistência Social** localizado na Rua Dr. Teófilo Ribeiro de Andrade nº 277, Centro, representado por sua diretora **Cindy Laure Galizoni Elídio**, brasileira, portadora do RG nº 43.527.412-0 SSP/SP e CPF nº 353.742.488-47, doravante denominado **Concedente**, e do outro o **Albergue Noturno Bom Samaritano**, CNPJ nº 15.182.931/0001-25,, com sede na cidade de São João da Boa Vista à Rua Padre José nº 260, Vila Conrado, neste ato representado pelo Sr. **César Eduardo de Tavares e Silva**, brasileiro, portador do RG nº 22.260.292 SSP/SP e CPF 155.175.748-66, doravante denominado **Proponente**, acordam e firmam o seguinte Termo de Apostilamento, conforme solicitação do Departamento de Assistência Social, constante do processo administrativo nº 575/2022 que formaliza o **Termo de Colaboração nº 001/2022**.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O presente Termo de Apostilamento tem por objeto alteração do Anexo I - Plano de Aplicação Financeiro do Plano de Trabalho, em decorrência de acordos firmado entre ambas partes, sem que haja alteração no valor do contrato e nem prejuízos ao seu objeto.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA ALTERAÇÃO

2.1. Fica alterado o Anexo I – Plano de Aplicação Financeiro com a finalidade de:

2.1.1. Incluir 01 (um) “Assistente Social PF” em “Serviços de Terceiros Pessoa Física”.

2.1.1.1. Remanejar o valor de R\$ 1.400,00 do gênero de despesa “Assistente Social (folha)” em “Despesa com Pessoal” para “Assistente Social PF” em “Serviços de Terceiros Pessoa Física”.

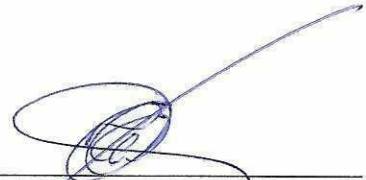
2.2. Faz parte deste Termo de Apostilamento o ofício Nº 32/2023 de 31 de maio de 2023 apresentado pela OSC Albergue Noturno Bom Samaritano e aprovado por este Departamento.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA RATIFICAÇÃO

3.1. Permanecem inalterados os demais itens, cláusulas e condições do Termo de Colaboração nº 001/2022 não modificados por este instrumento.

3.2. As partes firmam o presente instrumento em 03 (três) vias, de igual teor e forma.

São João da Boa Vista, 31 de maio de 2023


Cindy Laure Galizoni Elídio
Diretora do Departamento de
Assistência Social


César Eduardo de Tavares e Silva
Presidente do Albergue Noturno
Bom Samaritano


Luiz Felipe de Souza Sabiá
Gestor da Parceria

ALBERGUE NOTURNO BOM SAMARITANO
Rua Padre José nº 260-Fundos – Vila Conrado – CEP 13870-740
São João da Boa Vista/SP

São João da Boa Vista, 31 de maio de 2023.

Ofício nº 32/2023

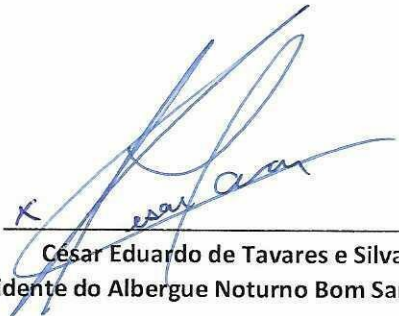
Ao “Setor de Gerenciamento de Parcerias com o Terceiro Setor”

Assunto: Contratação Assistente Social PF

Instrumental: Termo de Colaboração nº 001/2022

O presente tem por finalidade informar a V. Sas. que devido ao afastamento por motivo de saúde da assistente social Silvia Almeida Borges conforme informado via ofício nº 15/2023 de 23 de maio de 2023, apresentou-se a necessidade de contratação de nova profissional para executar a função, até que se cumprisse o período de afastamento. Com isso, solicitamos a inclusão do gênero de despesa “Assistente Social PF” em “Serviços de Terceiros Pessoa Física” e o remanejamento de R\$ 1.400,00 da despesa “Assistente Social (folha)” em “Despesa com Pessoal” para a despesa a ser incluída.

Atenciosamente,



César Eduardo de Tavares e Silva
Presidente do Albergue Noturno Bom Samaritano



Albergue Noturno Bom Samaritano

Rua: Padre José nº 260 – Vila Conrado

(19) 3631-6560

albergue.sjbv@gmail.com

São João da Boa Vista, 23 de maio de 2023.

Ofício nº 15/2023

Ao "Setor de Gerenciamento de Parcerias com o Terceiro Setor"

Assunto: Licença Médica Assistente Social

O presente tem por finalidade informar a V. Sas. que a Sra. Silvia Almeida Borges, que faz parte do nosso quadro de funcionários como assistente social se encontra afastada de suas atividades profissionais desde seu último dia de trabalho em 24/04/23, em decorrência dos atestados médicos em anexo.

Em atenção ao pedido de auxílio por incapacidade temporária, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício junto a Previdência Social até 30/06/2023.

Atenciosamente

Sandra R. Trevisan G. Santos

Coordenadora do Albergue Noturno Bom Samaritano

PROTOCOLO

Em: 23/05/23

Visto: [assinatura]

ATESTADO

Atesto para os devidos fins que o(a)

Sr.(a) Severino Carmundo Borges

necessita de 15 (quinze)

dias de afastamento do trabalho, a partir desta data, por motivo de
doença.

São João da Boa Vista, 25 de abril de 2023

CID: K80

João Gabriel Wessén Buono
Médico
CRM 15.511

ASS. MÉDICO
CRM

Santa Casa de Misericórdia "Dona Carolina Malheiros"Reconhecida de Utilidade Pública pela Lei Federal N.º 1324 de 30/08/62 - Estadual N.º 34227 de 09/02/60 -
Municipal N.º 15 de 15 de 17/02/60

CNPJ 59.759.084/0001-94 - Inscrição Estadual - ISENTA

Rua Carolina Malheiros, 92 - Fone/Fax: (19) 3633-2222 Rede Interna
CEP 13.870-720 - SÃO JOÃO DA BOA VISTA - ESTADO DE SÃO PAULO

mod. 093

Cus INSS

Sra. Almeida Borges,

Atesto para os devidos fins que a paciente
 acima descrita ficou afastada de suas atividades
 laborais durante um dia.

CIO A-80


 João Gabriel

19/05/2023



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL
COMUNICAÇÃO DE DECISÃO

NIT: 12969901775

Número do Benefício: 6435457194

Espécie: 31

2ª VIA

Número do Requerimento: 220614485

Ao Sr.(a): SILVIA ALMEIDA BORGES

Endereço: R OSVALDO AMERICO CARNEIRO, 125, JARDIM MAGALHAES

CEP: 13876451

Município: SAO JOAO DA BOA VISTA

UF: SP

Assunto: Pedido de Auxílio - Doença

Decisão: Deferimento do Pedido

Motivo: Constatação de Incapacidade Laborativa

Fundamentação Legal: Art. 59 da Lei Nº8.213, de 24/07/1991, Artigos 71, 77 e 78 do Decreto Nº3.048, de 06/05/1999, Portaria Ministerial 359 de 31/08/2006, Artigo 207, da IN 20 INSS/PRES. de 10/10/2007.

Em atenção ao seu pedido de Auxílio por Incapacidade Temporária, apresentado no dia 28/04/2023, informamos que foi reconhecido o direito ao benefício, tendo em vista que foi constatada incapacidade para o trabalho. O benefício foi concedido até 30/06/2023.

Se nos 15(quinze) dias finais até a Data da Cessação do benefício (30/06/2023), V.Sa. ainda se considerar incapacitado para o trabalho, poderá requerer novo exame médico-pericial, mediante formalização de Solicitação de Prorrogação.

A partir de 30/06/2023 (data da cessação do benefício) e pelo prazo de 30 (trinta) dias, V. Sa. poderá interpor Recurso à Junta de Recursos da Previdência Social.

O requerimento de Solicitação de Prorrogação poderá ser feito ligando para o número 135 da Central de Atendimento do INSS; ou pela Internet no endereço meu.inss.gov.br ou uma Agência da Previdência Social - APS.

A Previdência Social informa que o(a) segurado(a) em Auxílio por Incapacidade Temporária que retornar voluntariamente à mesma atividade, poderá ter seu Auxílio cancelado a partir da data do retorno, de acordo com os §§ 6º e 7º do art. 60 da Lei nº 8213/91, com redação dada pela Lei nº 13135/15.

Data: 08 de maio de 2023

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS

Agência da Previdência Social: SAO JOAO DA BOA VISTA Endereço: RUA PRUDENTE DE MORAES, 422, CENTRO

CEP: 13870050 Município: SAO JOAO DA BOA VISTA

UF: SP

Termo de Responsabilidade: Responsabilizo-me, sob as penas do Artigo 171 do Código Penal, pela veracidade da documentação apresentada para a solicitação do benefício acima descrito.
Ciente, em 08 de maio de 2023

Assinatura do Requerente / Representante Legal