



PREFEITURA DE ALTINÓPOLIS

TERMO DE FOMENTO Nº 11/2025

Termo de fomento celebrado entre o MUNICÍPIO DE ALTINÓPOLIS e a ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE ALTINÓPOLIS APAE.

Pelo presente Termo de Fomento, de um lado o **MUNICÍPIO DE ALTINÓPOLIS**, pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Prefeitura Municipal, situada a Rua Major Garcia, nº 144, Centro, inscrito no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica do Ministério da Fazenda sob nº 45.298.569/0001-13, neste ato representado por seu Prefeito Municipal **HUELDER DONIZETE MALAGUTTI FERREIRA**, brasileiro, casado, portador da Cédula de Identidade RG/SSPSP nº 43.533.525-X e CPF/MF nº 368.212.868-92 e pela **Secretaria da Saúde**, através de seu Secretário, Sr. **HUMBERTO DE ASSIS CASTRO**, portador do RG nº 18.982.388-4 – SSP/SP e do CPF nº 145.594.438-66, doravante denominado “**MUNICÍPIO**” e de outro lado, a **ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE ALTINÓPOLIS (APAE)**, entidade sem fins lucrativos, CNPJ nº 51.815.421/0001-01, com endereço na Avenida da Apae nº 550, na cidade e Comarca de Altinópolis, representada pelo Sr. **FÁBIO SOARES MAGALHÃES**, brasileiro, casado, inscrito no CPF sob nº 354.095.208-07, residente e domiciliado na Rua Espírito Santo nº 1239, Bairro Jardim Esplanada, na cidade e Comarca de Altinópolis, doravante designada simplesmente ENTIDADE.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente Termo tem por objetivo o repasse de recurso para a ENTIDADE no importe total de R\$ 11.511,01 (onze mil, quinhentos e onze reais e um centavos), em parcela única, decorrente da transferência de recurso federal ao Fundo Municipal de Saúde no exercício de 2024, nos termos Portaria GM/MS nº 6.464, de 30 de dezembro de 2024, destinado ao custeio do pagamento dos procedimentos (atendimento e acompanhamento) dos pacientes relacionados à reabilitação intelectual e desenvolvimento neuropsicomotor dentro da rede de cuidado a pessoas com deficiência, conforme Plano de Trabalho em anexo.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGACÕES DO MUNICÍPIO

São obrigações do Município



PREFEITURA DE ALTINÓPOLIS

I – Efetuar à ENTIDADE o repasse para custeio do objeto deste Termo de Fomento no valor de R\$ R\$ 11.511,01 (onze mil, quinhentos e onze reais e um centavos), em parcela única, conforme o plano de trabalho em anexo, através de depósito bancário na conta corrente nº 9762-4, agência 1422-2, no Banco do Brasil S/A, utilizada pela ENTIDADE para execução do presente Termo, mediante apresentação dos comprovantes, referentes às despesas efetuadas;

II - Supervisionar, acompanhar, e avaliar, qualitativa e quantitativamente, os serviços prestados pela ENTIDADE em decorrência deste Termo de Fomento;

III - Assinalar prazo para que a ENTIDADE adote as providências necessárias para o exato cumprimento das obrigações decorrentes deste Termo, sempre que verificada alguma irregularidade, sem prejuízo da retenção das parcelas dos recursos financeiros, até o saneamento das impropriedades ocorrentes.

Parágrafo Único: É obrigação da ENTIDADE, manter e movimentar os recursos na conta bancária específica da parceria.

CLAUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DA ENTIDADE

São obrigações da entidade:

I – Executar o serviço a que se refere à Cláusula Primeira, conforme Plano de Trabalho, anexo a este Termo de Fomento;

II – Zelar pela manutenção de qualidade dos serviços prestados, de acordo com as diretrizes técnicas e operacionais definidas pelo MUNICÍPIO;

III – Proporcionar amplas e iguais condições de acesso à população abrangida pelos serviços assistenciais, sem discriminação de qualquer natureza;

IV – Manter recursos humanos e materiais e equipamentos sociais adequados e compatíveis com o atendimento dos serviços assistenciais que os obriga a prestar, com vistas aos objetivos deste Termo;

V – Aplicar integralmente os recursos financeiros repassados pelo MUNICÍPIO na prestação dos serviços objeto deste Termo, conforme estabelecido na cláusula primeira;

VI – Apresentar, as atividades desenvolvidas, comprovando que os recursos financeiros recebidos foram aplicados nas ações previstas no Plano de Trabalho, além da relação nominal e documentos de todos os atendidos;

VII – Prestar contas ao MUNICÍPIO, conforme cláusula décima do presente termo de Fomento;



PREFEITURA DE ALTINÓPOLIS

VIII – Manter a contabilidade e registros atualizados e em boa ordem, bem como relação nominal dos beneficiários das ações colaboradas à disposição dos órgãos fiscalizadores, e ainda, manter registros contábeis específicos relativos aos recebimentos de recursos oriundos do presente Termo;

IX – Assegurar ao MUNICÍPIO através da Comissão de Monitoramento e Avaliação as condições necessárias ao acompanhamento, supervisão, fiscalização e avaliação da execução e dos resultados dos serviços objeto deste Termo;

X – Apresentar, na ocasião da prestação de contas, cópias de Certidão Negativa de Débitos Relativos aos Tributos Federais e Dívida Ativa da União, Certificado de Regularidade do FGTS, Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas e Certidão Negativa de Débitos Municipais atualizadas;

XI – Atender a eventuais solicitações acerca de levantamentos de dados formulados pela Secretaria da Saúde, com vistas a contribuir com o planejamento do atendimento no âmbito municipal;

XII – Apresentar extrato e conciliação bancária;

XIII - No ato da assinatura deste Termo, se assim o objeto exigir, lista com nome e número da Carteira de Identidade e Previdência Social de cada um dos trabalhadores por ele recrutados para executar o contrato, mediante prévio registro com base na legislação trabalhista, bem como, declaração firmada por seu representante legal, sob as penas da lei, de que nenhum outro empregado seu, além daqueles discriminados na referida relação, trabalharão na execução do Termo de Fomento, exceto se a substituição ou a inclusão de um deles for previamente comunicada à Administração, observando-se a mesma exigência de identificação, com nome e número da Carteira de Identidade e da Carteira de Trabalho e Previdência Social do empregado substituto ou incluso;

CLÁUSULA QUARTA – DO PLANO DE TRABALHO

O Plano de Trabalho proposto pela ENTIDADE deverá atender o artigo 22 da Lei Ordinária nº 13.019, de 31.07.14, contendo:

I - Diagnóstico da realidade que será objeto das atividades da parceria, devendo ser demonstrado o nexo entre essa realidade e as atividades ou metas a serem atingidas;

II - Descrição pormenorizada de metas quantitativas e mensuráveis a serem atingidas e de atividades a serem executadas, devendo estar claro, preciso e detalhado o que se pretende realizar ou obter, bem como quais serão os meios utilizados para tanto;

III - Prazo para a execução das atividades e o cumprimento das metas;

IV - Definição dos indicadores, qualitativos e quantitativos, a serem utilizados para a aferição do cumprimento das metas;



PREFEITURA DE ALTINÓPOLIS

- V - Elementos que demonstrem a compatibilidade dos custos com os preços praticados no mercado ou com outras parcerias da mesma natureza, devendo existir elementos indicativos da mensuração desses custos, tais como: cotações, tabelas de preços de associações profissionais, publicações especializadas ou quaisquer outras fontes de informação disponíveis ao público;
- VI - Plano de aplicação dos recursos a serem desembolsados pela administração pública;
- VII - Estimativa de valores a serem recolhidos para pagamento de encargos previdenciários e trabalhistas das pessoas envolvidas diretamente na consecução do objeto, durante o período de vigência proposto;
- VIII - Valores a serem repassados, mediante cronograma de desembolso compatível com os gastos das etapas vinculadas às metas do cronograma físico;
- IX - Modo e periodicidade das prestações de contas, compatíveis com o período de realização das etapas vinculadas às metas e com o período de vigência da parceria, não se admitindo periodicidade superior a 1 (um) ano ou que dificulte a verificação física do cumprimento do objeto;
- X - Prazos de análise da prestação de contas pela administração pública responsável pela parceria.

CLÁUSULA QUINTA – DO GESTOR DA PARCERIA

Em cumprimento do disposto na alínea “g” do artigo 35 da Lei Ordinária nº 13.019, de 31/07/2014, fica designado o servidor Humberto de Assis Castro, Gestor da presente parceria.

CLÁUSULA SEXTA – DA COMISSÃO DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

Em cumprimento do disposto na alínea “h” do artigo 35 da Lei Ordinária nº 13.019, de 31/07/2014, a Comissão de Monitoramento e Avaliação, designada pelo Decreto Municipal nº 163, de 13 de novembro de 2025, realizará o monitoramento e avaliação da presente parceria.

CLÁUSULA SÉTIMA – DAS IRREGULARIDADES

Qualquer irregularidade concernente às cláusulas deste Termo será oficiada à Secretaria Municipal de Administração e Finanças que deliberará quanto à implicação de suspensão e demais providências cabíveis.

Parágrafo Único: Os casos omissos serão solucionados de comum acordo entre os colaboradores. *HUA*



PREFEITURA DE ALTINÓPOLIS
CLAUSULA OITAVA - DA VIGÊNCIA

Este Termo terá a vigência a partir da data de assinatura, com término previsto para 31 de agosto de 2026.

Em caso de prorrogação, será indicado nos termos aditivos, os créditos e empenhos para sua cobertura, de cada parcela da despesa a ser transferida em exercício futuro, em consonância com a atual legislação.

CLAUSULA NONA - DO VALOR

O valor total do presente Termo é de R\$ 11.511,01 (onze mil, quinhentos e onze reais e um centavo), a ser pago em parcela única, onerando a seguinte rubrica orçamentária 07 02 00 33 50 39 00 08 241 7002 2058 02 500 004 403

Parágrafo único - O repasse será efetuado até o dia 05 (cinco) após a publicação do Termo de Fomento.

CLAUSULA DÉCIMA - DAS PRESTAÇÕES DE CONTAS

A ENTIDADE prestará contas ao MUNICÍPIO, da seguinte forma:

A ENTIDADE apresentará à Comissão de Monitoramento e Avaliação a prestação de contas até 31 de janeiro do exercício subsequente, nos moldes das instruções específicas do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo. Eventuais saldos não utilizados deverão ser restituídos aos cofres municipais até 31 de dezembro do exercício a que se refere o repasse.

§1º - Apresentada a prestação de contas a Comissão de Monitoramento e Avaliação emitirá parecer:

- a) Técnico, quanto à execução física e atingimento dos objetivos do Termo.
- b) Financeiro, quanto à correta e regular aplicação dos recursos do Termo.

§ 2º - Para fins de comprovação dos gastos, não serão aceitas despesas efetuadas em data anterior ou posterior à vigência do Fomento.

Handwritten signature/initials: #UA

Handwritten signature/initials: F S



PREFEITURA DE ALTINÓPOLIS

§ 3º - Não poderão ser pagas com recursos do Termo, despesas decorrentes de multas, juros, taxas ou mora, referentes a pagamentos ou recolhimentos fora do prazo e a título de taxa de administração, bem como de aquisição de bens permanentes.

§ 4º - A falta de prestação de contas nas condições estabelecidas nesta Cláusula, ou a sua não aprovação pela Comissão Mista de Supervisão Técnica e Administrativa de Convênios, importará na suspensão das liberações subsequentes até a correção das impropriedades ocorridas.

§ 5º - Fica estabelecida a responsabilidade exclusiva da organização da sociedade civil pelo gerenciamento administrativo e financeiro dos recursos recebidos, inclusive no que diz respeito às despesas de custeio, de investimento e de pessoal, bem como pelo pagamento dos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais relativos ao funcionamento da instituição e ao adimplemento do termo de colaboração ou de fomento, não se caracterizando responsabilidade solidária ou subsidiária da administração pública pelos respectivos pagamentos.

CLAUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO CONTROLE E DA FISCALIZAÇÃO DA EXECUÇÃO DO TERMO.

O controle e a fiscalização da execução do presente ajuste ficarão sob encargo da Secretaria da Saúde, da Comissão de Monitoramento e Avaliação e do seu Gestor.

§ 1º - Fica assegurado o livre acesso dos servidores dos órgãos ou das entidades públicas repassadoras dos recursos, do controle interno e do Tribunal de Contas correspondentes aos processos, aos documentos, às informações referentes aos instrumentos de transferências regulamentados pela lei vigente, bem como aos locais de execução do objeto.

§ 2º - Fica estabelecida a obrigação de a organização da sociedade civil inserir cláusula, no contrato que celebrar com fornecedor de bens ou serviços com a finalidade de executar o objeto da parceria, que permita o livre acesso dos servidores ou empregados dos órgãos ou das entidades públicas repassadoras dos recursos públicos, bem como dos órgãos de controle, aos documentos e registros contábeis da empresa contratada, nos termos desta Lei, salvo quando o contrato obedecer às normas uniformes para todo e qualquer contratante.



PREFEITURA DE ALTINÓPOLIS

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA RESTITUIÇÃO

A ENTIDADE compromete-se a restituir no prazo de 30 (trinta) dias os valores repassados pelo MUNICÍPIO, atualizados pelos índices de remuneração das cadernetas de poupança, a partir da data de seu recebimento, nas seguintes hipóteses:

- I - A inexecução do objeto deste Termo;
- II - Não apresentação do relatório de execução físico-financeira; e prestação de contas no prazo exigido;
- III - Utilização dos recursos financeiros em finalidade diversa da estabelecida.

CLAUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA RESCISÃO E DA DENÚNCIA

O presente Termo poderá ser rescindida por infração legal ou descumprimento de suas Cláusulas e condições executórias, bem como por denúncia precedida de notificação no prazo mínimo de 60 (sessenta) dias, por desinteresse unilateral ou consensual, respondendo cada partícipe, em qualquer hipótese, pelas obrigações assumidas até a data do efetivo desfazimento.

§ 1º - Quando da denúncia, rescisão ou extinção do Termo, caberá a ENTIDADE apresentar ao MUNICÍPIO no prazo de 10 (dez) dias, documentação comprobatória do cumprimento das obrigações assumidas até aquela data, bem como devolução dos saldos financeiros remanescentes, inclusive dos provenientes das aplicações financeiras.

§ 2º - É prerrogativa do MUNICÍPIO, assumir ou transferir a responsabilidade pela execução do objeto colaborado, no caso de paralisação ou da ocorrência de fato relevante, de modo a evitar sua descontinuidade:

§ 3º - Na ocorrência de cancelamento de restos a pagar, o quantitativo poderá ser reduzido até a etapa que presente funcionalidade:

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DAS ALTERAÇÕES

Este Termo poderá ser aditado, por acordo entre os partícipes, nos casos de acréscimo ou redução do número de atendidos, bem como para prorrogação do prazo de vigência ou suplementação de seu valor.



PREFEITURA DE ALTINÓPOLIS
CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA PUBLICAÇÃO

A eficácia deste Termo fica condicionada a publicação do respectivo extrato no Diário Oficial do Estado de São Paulo e Diário Oficial do Município de Altinópolis, no prazo de até 05 (cinco) dias úteis a contar de sua assinatura.

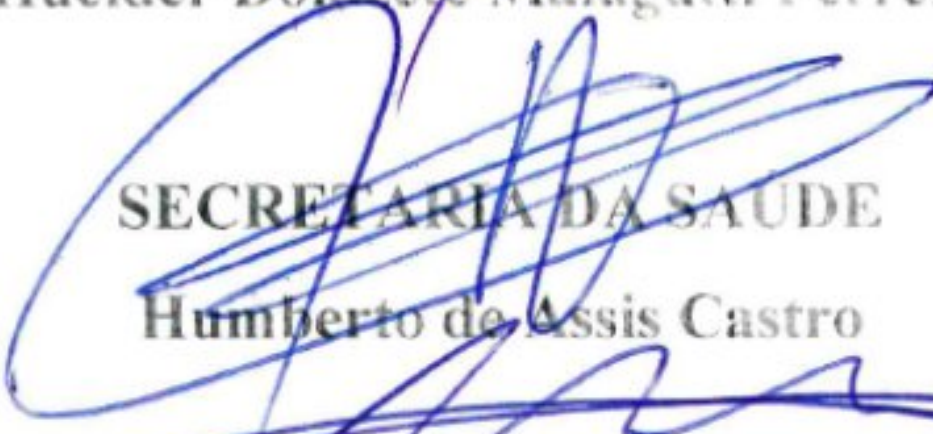
CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DO FORO

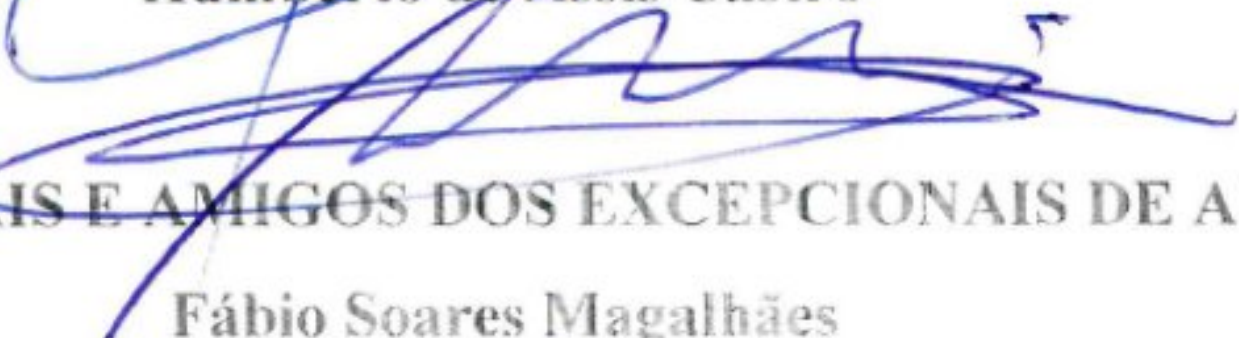
Fica eleito o foro da Comarca de Altinópolis para dirimir quaisquer questões resultantes da execução deste Termo.

E, por estarem de acordo com as Cláusulas e condições ajustadas, firmam o presente termo de Fomento em 02 (duas) vias de igual teor, na presença das testemunhas abaixo assinadas.

Altinópolis, 13 de novembro de 2025.


MUNICÍPIO DE ALTINÓPOLIS
Huelder Donizete Malagutti Ferreira

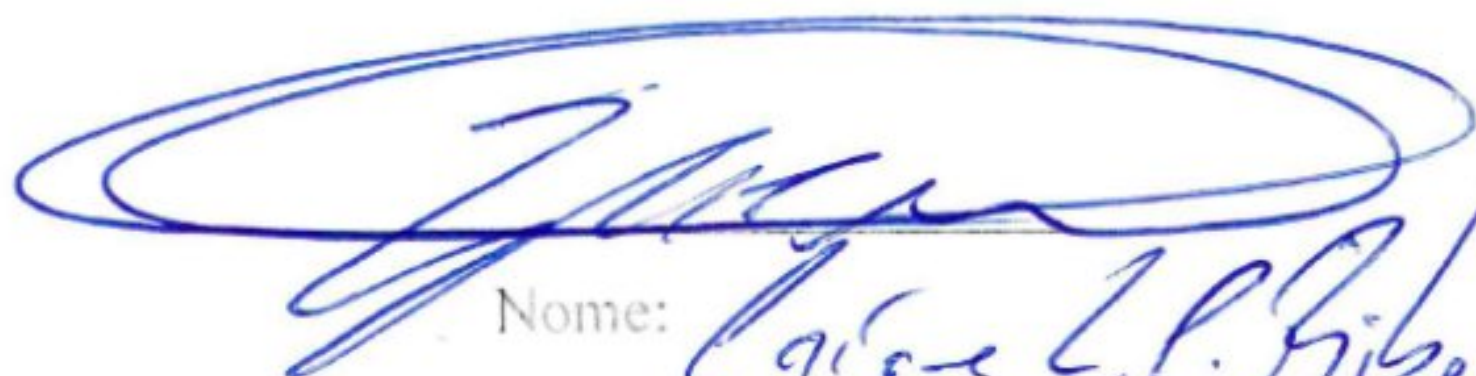

SECRETARIA DA SAÚDE
Humberto de Assis Castro


ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE ALTINÓPOLIS
Fábio Soares Magalhães

Testemunhas:



Nome: Rafael de Jesus
CPF: 358.961.368-89



Nome: Caio L.P. Ribeiro
CPF: 401.423.368-58

Visto e conferido


Roberta Freiria Romão de Andrade – Procuradora do Município



ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE ALTINÓPOLIS
Avenida da APAE, n.º 550 – CEP. 14355-002 – Altinópolis – Estado de São Paulo
E-mail: apae.alt@com4.com.br - CNPJ n.º 51.815.421/0001-01
Telefone (016)3665 – 2380 (016) 3665 – 0031 WhatsApp 16 99999-0912

Ofício nº 107/2025

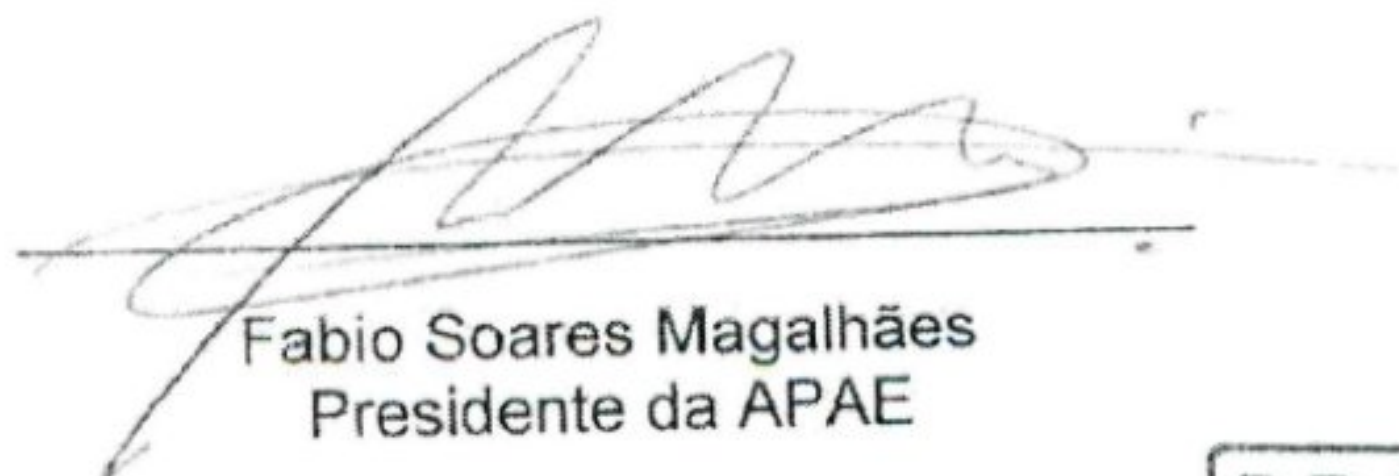
Ilmo. Sr.
Humberto de Assis Castro
Secretário de Saúde de Altinópolis/SP

Assunto: Plano de Trabalho – Saúde Portaria GM/MS nº 6.464 de 30 de dezembro de 2024.

A APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Altinópolis), vem por meio encaminhar PLANO DE TRABALHO – SAÚDE PARTARIA GM/MS nº 6.464 de 30 de dezembro de 2024.

Altinópolis, 05 de setembro 2025.

Atenciosamente;


Fabio Soares Magalhães
Presidente da APAE

PROTOCOLO
05 / 09 / 2025

Kátia Leite



ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE ALTINÓPOLIS
Avenida da APAE, n.º 550 – CEP. 14350-000 – Altinópolis – Estado de São Paulo
E-mail: apae.alt@com4.com.br - CNPJ n.º 51.815.421/0001-01
Telefone (016)3665 – 2380 e Telefax (016) 3665 – 0031

PLANO DE TRABALHO - SAÚDE
PORTARIA GM/MS Nº 6.464, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2024

I – IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

APAE: Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Altinópolis
Endereço: Avenida da APAE, 550
Bairro: Distrito Industrial
Município: Altinópolis **CEP:** 14350-000
FoneFax: (016) 3665-0031 **Fone:** (016) 3665-2380
E-mail: apae.alt@com4.com.br
CNPJ n.º: 51.815.421/0001-01 **Ativo:** Sim (X) Não ()
N.º. de inscrição na SEADS: 4723 **Anos:** 1992
Inscrita no C.M.A. S sob o n.º: 04
Endereço onde vai ser executado o trabalho: Avenida da APAE n.º. 550,
Distrito Industrial, CEP: 14.350-000 - Altinópolis – SP.
Telefone: 16-3665-2380, 16 – 3665-0031

II - DO REPRESENTANTE LEGAL

Nome do Presidente: Fabio Soares Magalhães
Endereço: Rua Antônio Aleixo de Oliveira 250
CEP: 14350-000
Telefone: 16-3665-2722
Município: Altinópolis
E-mail: apae.alt@com4.com.br
R.G. n.º 43.060.673-4 **CPF n.º** 354.095.208-07

III – HISTÓRICO DA ENTIDADE

Desde 1982 APAE de Altinópolis desenvolve atendimento especializado, para Pessoas Portadoras de Necessidades Especiais de Altinópolis, da zona urbana e rural de Altinópolis.

As ações são realizadas na área da Saúde, Educação e Assistência Social contribuindo para o crescimento da instituição e melhoria na qualidade de vida para nossos assistidos. A infra-estrutura da instituição foi adequada ao longo destes anos, com melhorias e adaptações. Os



ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE ALTINÓPOLIS
Avenida da APAE, n.º 550 – CEP. 14350-000 – Altinópolis – Estado de São Paulo
E-mail: apae.alt@com4.com.br - CNPJ n.º 51.815.421/0001-01
Telefone (016)3665 – 2380 e Telefax (016) 3665 – 0031

atendimentos especializados têm como consequência uma qualidade de vida digna aos assistidos.

Público Alvo: Pacientes com Deficiência Intelectual ou Deficiência intelectual ou deficiência Múltipla associada a Deficiência intelectual, Transtorno do Espectro Autista, ou com deficiência Múltipla associada ao Transtorno do Espectro Autista e suas famílias.

IV – IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO A SER EXECUTADO:

O repasse visa o custeio do pagamento dos procedimentos (atendimento e acompanhamento) dos pacientes relacionados à reabilitação intelectual e desenvolvimento neuropsicomotor dentro da rede de cuidados a pessoa com deficiência.

V-JUSTIFICATIVA

A entidade é a única no município que oferece os atendimentos necessários na área da saúde para tratamento, prevenção e reabilitação cognitiva e motora para a pessoa com deficiência.

O trabalho em parceria com o município permite que a entidade receba e atenda toda a demanda do município e em ações articuladas encaminha para a rede municipal aqueles que não são públicos da APAE ou que estão aptos para serem incluídos na rede municipal.

Considerando a Portaria nº 3687 de 22 de dezembro de 2017, que estabelece e altera valores de procedimentos, recurso a ser incorporado ao Bloco de Média e Alta complexidade e define estratégia para aplicação do acesso a Procedimentos de Reabilitação da Tabela SUS.

Os recursos serão destinados ao custeio dos procedimentos relacionados a com a reabilitação intelectual.

VI – METAS

A APAE de Altinópolis tem como meta principal prestar atendimento especializado diariamente de reabilitação a todos os usuários com deficiência intelectual e múltipla e suas famílias melhorando a qualidade de vida, convívio social e autonomia da pessoa com deficiência.



ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE ALTINÓPOLIS
Avenida da APAE, n.º 550 – CEP. 14350-000 – Altinópolis – Estado de São Paulo
E-mail: apae.alt@com4.com.br - CNPJ n.º 51.815.421/0001-01
Telefone (016)3665 – 2380 e Telefax (016) 3665 – 0031

O serviço de REABILITAÇÃO NEUROPSICOMOTOR E REABILITAÇÃO INTELLECTUAL é composto por equipe multidisciplinar, que avalia, estabelece Plano de Atendimento Individualizado e realiza as terapias em atendimento ambulatorial, nas especialidades Médica Geneticista, Psiquiatria e Neurologia, Odontologia, Enfermagem, Fisioterapia, Hidroterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Psicologia e Nutrição.

No caso deste plano trabalho, os materiais adquiridos serão utilizados para apoio nos atendimentos odontológicos e de enfermagem prestados pela entidade.

Dessa forma, não é possível estipular uma meta quantitativa de serviços que serão diretamente oferecidos por meio dos recursos aplicados, uma vez que a parcela de R\$ 11.511,01 (onze mil, quinhentos e onze reais de um centavo), quanto aplicada isoladamente, não é suficiente para custear todas as despesas relacionadas com os serviços oferecidos.

Por fim, os recursos de que trata esse plano de trabalho serão utilizados para a expansão quantitativa e aperfeiçoamento dos atendimentos e serviços que já são prestados pela APAE, os quais estão detalhados no item “ATIVIDADES PROPOSTAS”, que são vinculadas à demanda assistencial e executadas conforme necessidade dos usuários e capacidade instalada.

VII - PUBLICO ALVO

- Pessoas com deficiência intelectual e múltipla (intelectual e/ou outra deficiência);
- Programa ambulatorial: - Estimulação Precoce: de 0 a 3 anos e 11 meses;
- Educação Infantil Apoio a Inclusão: de 4 a 5 anos e 11 meses;
- Ensino Fundamental Apoio a Inclusão: de 6 a 14 anos e 11 meses;
Escola de educação Exclusiva da APAE: a partir de 15 anos;
- Serviço de Proteção Social Especial para pessoas com Deficiência e suas Famílias - APAE.

VIII – ATIVIDADES PROPOSTAS



ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE ALTINÓPOLIS
Avenida da APAE, n.º 550 – CEP. 14350-000 – Altinópolis – Estado de São Paulo
E-mail: apae.alt@com4.com.br - CNPJ n.º 51.815.421/0001-01
Telefone (016)3665 – 2380 e Telefax (016) 3665 – 0031

ATIVIDADES	META
Realizar atendimentos mensais na área da saúde	Média de 1500 atendimentos individuais
DENTISTA	100 atendimentos mensais
ENFERMAGEM AUXILIAR DE ENFERMAGEM TECNICA DE ENFERMAGEM	1400 atendimentos semanais
Representação no Conselho Municipal da Saúde	Sempre quando agendado

IX – MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

- Registro no Sistema de Informações Ambulatoriais;
- Relatório de BPA individualizado;
- Avaliação semestral do desenvolvimento do paciente e efetividade dos atendimentos;
- Avaliar o impacto das ações realizadas pela instituição na qualidade de vida da população;
- Monitoramento através dos resultados esperados pelo Plano Individual de Atendimento;
- Pesquisa de satisfação;
- Apresentação de relatório anual no Conselho Municipal da Pessoa com Deficiência.

X - METODOLOGIA

ENFERMAGEM: Equipe composta por Enfermeira, Técnica de Enfermagem e Auxiliar de enfermagem

O objetivo da enfermagem na APAE é promover a saúde e o bem-estar das pessoas com deficiência, oferecendo cuidados especializados, tanto



ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE ALTINÓPOLIS
Avenida da APAE, n.º 550 – CEP. 14350-000 – Altinópolis – Estado de São Paulo
E-mail: apae.alt@com4.com.br - CNPJ n.º 51.815.421/0001-01
Telefone (016)3665 – 2380 e Telefax (016) 3665 – 0031

preventivos quanto curativos. A atuação dos profissionais de enfermagem em uma APAE envolve uma série de atividades voltadas para o atendimento integral ao paciente, considerando as necessidades específicas de cada indivíduo.

Os principais objetivos da enfermagem na APAE incluem:

1. Promoção da saúde: Através de programas de orientação e prevenção, visando melhorar a qualidade de vida dos pacientes com deficiência, além de prevenir complicações de saúde comuns nesse público.
2. Cuidados de enfermagem individualizados: Cada pessoa com deficiência possui necessidades diferentes, e a enfermagem na APAE realiza atendimentos adaptados, observando as particularidades de cada caso.
3. Acompanhamento de doenças crônicas e condições específicas: Muitos dos atendidos na APAE têm comorbidades ou condições associadas à sua deficiência, como problemas respiratórios, de mobilidade ou alimentares. A enfermagem acompanha e orienta sobre o controle dessas condições.
4. Administração de medicamentos e tratamentos: A enfermagem também é responsável por administrar medicamentos, realizar curativos, e garantir que os tratamentos prescritos sejam seguidos corretamente.
5. Apoio à equipe multidisciplinar: Trabalhando junto com médicos, psicólogos, fisioterapeutas e outros profissionais, o enfermeiro na APAE contribui para o desenvolvimento de um plano de cuidado integrado, adequado às necessidades de cada paciente.
6. Orientação e apoio às famílias: Além de cuidar do paciente, os enfermeiros também têm a função de orientar as famílias sobre os cuidados diários, como manejos adequados de saúde e bem-estar em casa.

O objetivo final da enfermagem na APAE é contribuir para a inclusão e a melhoria da qualidade de vida das pessoas com deficiência, promovendo sua saúde física, emocional e social.

DENTISTA



ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE ALTINÓPOLIS

Avenida da APAE, n.º 550 – CEP. 14350-000 – Altinópolis – Estado de São Paulo

E-mail: apae.alt@com4.com.br - CNPJ n.º 51.815.421/0001-01

Telefone (016)3665 – 2380 e Telefax (016) 3665 – 0031

O objetivo do dentista na APAE é promover a saúde bucal de pessoas com deficiência, oferecendo cuidados odontológicos especializados e adaptados às necessidades desse público. O trabalho do dentista na APAE envolve um atendimento diferenciado, considerando as particularidades de cada indivíduo, incluindo as condições físicas, cognitivas e comportamentais.

Os principais objetivos do dentista na APAE incluem:

1. Promoção da saúde bucal: O dentista atua na prevenção de doenças bucais, como cáries e doenças periodontais, por meio de orientações, palestras educativas e ações preventivas.
2. Atendimento odontológico especializado: Muitas pessoas com deficiência têm necessidades especiais, como dificuldades de comunicação ou limitações motoras, que exigem abordagens adaptadas. O dentista realiza atendimentos personalizados, levando em consideração o quadro clínico e comportamental de cada paciente.
3. Tratamento de doenças bucais: O dentista diagnostica e trata problemas bucais como cáries, gengivites, periodontites, malformações dentárias, entre outros, utilizando técnicas adequadas para cada situação.
4. Apoio às famílias: O dentista orienta as famílias sobre cuidados com a higiene bucal dos pacientes, como escovação, uso de fio dental e alimentação saudável, além de esclarecer sobre a importância da visita regular ao dentista.
5. Prevenção de problemas de saúde geral relacionados à boca: Problemas bucais não tratados podem afetar a saúde geral dos pacientes, portanto, o dentista também se preocupa com a prevenção de complicações que possam surgir a partir de doenças bucais, como infecções e dificuldades alimentares.
6. Integração com a equipe multidisciplinar: O dentista trabalha em conjunto com outros profissionais da APAE, como médicos, enfermeiros, psicólogos e fisioterapeutas, para garantir um atendimento integral e adequado às necessidades do paciente.

Em resumo, o objetivo do dentista na APAE é garantir que as pessoas com deficiência tenham acesso a cuidados odontológicos de qualidade, promovendo sua saúde bucal e contribuindo para sua qualidade de vida.

XI – RESULTADOS ESPERADOS



ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE ALTINÓPOLIS
 Avenida da APAE, n.º 550 – CEP. 14350-000 – Altinópolis – Estado de São Paulo
 E-mail: apae.alt@com4.com.br - CNPJ n.º 51.815.421/0001-01
 Telefone (016)3665 – 2380 e Telefax (016) 3665 – 0031

INDICADORES QUALITATIVOS	INDICADORES QUANTITATIVOS	MEIOS DE VERIFICAÇÃO
Progressos no desenvolvimento global e na reabilitação, Evolução diária, frequência.	70% dos usuários alcançando as metas propostas.	Evolução diária, frequência.
Melhora da qualidade de vida (autonomia, cuidados/proteção, direitos adquiridos, minimização de situações violadoras de direitos).	70% dos casos atendidos.	Evolução diária, frequência, relatos de familiares e educadores, visitas domiciliares.
Pais envolvidos e participativos no tratamento.	80% de respostas satisfatórias no tratamento	Evolução diária, frequência
Conscientização e aceitação da família quando à deficiência,	80% de contribuição no processo de tratamento.	Observação de mudanças no comportamento, relatos e visitas domiciliares.
Minimização do desgaste . emocional e promoção da saúde e fortalecimento de vínculos ;familiares.	60% das famílias encaminhadas às políticas públicas e/ou outros meios.	Reunião com familiares e relatos.

XII – PLANO DE APLICAÇÃO

Ordem Numérica	Descrição	Valor Mensal (RS) Aproximado	Periodicidade de Pagamento



ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE ALTINÓPOLIS
Avenida da APAE, n.º 550 – CEP. 14350-000 – Altinópolis – Estado de São Paulo
E-mail: apae.alt@com4.com.br - CNPJ n.º 51.815.421/0001-01
Telefone (016)3665 – 2380 e Telefax (016) 3665 – 0031

01	Materiais médico-hospitalares e odontológicos	R\$11.511,01	Única parcela
----	--	--------------	---------------

XIII – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

MESES	VALOR MENSAL	OBSERVAÇÕES
Parcela única	R\$11.511,01	Custeio.

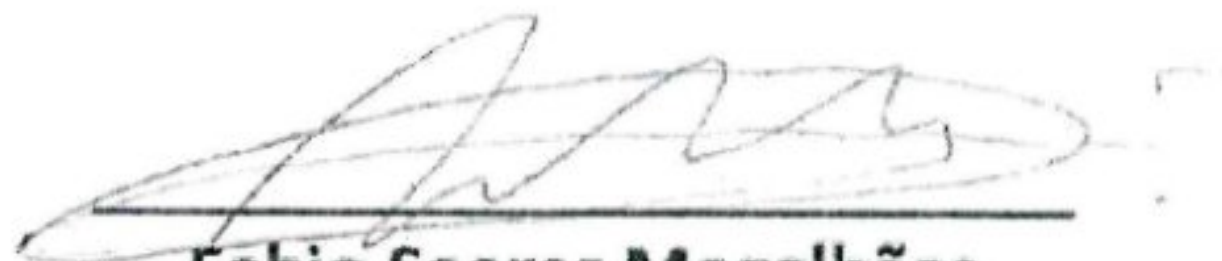
XIV – PRESTAÇÃO DE CONTAS DOS ATENDIMENTOS:

A prestação de contas dos atendimentos deverá ser encaminhada à Secretaria Municipal de Saúde ao final de cada mês, com envio do arquivo BPA por e-mail, relatório de controle de remessa e relatório de BPA individualizado.

XV – PRAZO DE EXECUÇÃO

O Recebimento dos recursos mensais terá início em setembro de 2025 até agosto de 2026.

Altinópolis, 05 de setembro de 2025.



Fabio Soares Magalhães
Presidente

**ANEXO RP-09 - REPASSES AO TERCEIRO SETOR - TERMO DE CIÊNCIA
E DE NOTIFICAÇÃO - TERMO DE COLABORAÇÃO/FOMENTO**

ÓRGÃO/ENTIDADE PÚBLICO(A): MUNICÍPIO DE ALTINÓPOLIS

ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL PARCEIRA: ASSOCIAÇÃO DE PAIS E
AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE ALTINÓPOLIS – APAE

TERMO DE COLABORAÇÃO/FOMENTO N° (DE ORIGEM): 11/2025

OBJETO: REPASSE DE RECURSO PARA A ENTIDADE, EM PARCELA ÚNICA,
DECORRENTE DA TRANSFERENCIA SW RECURSO FEDERAL AO FUNDO
MUNICIPAL DE SAUDE NO EXERCICIO DE 2024, NOS TERMOS PORTARIA
GM/MS N° 6.464, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2024, DESTINADO AO CUSTEIO DO
PAGAMENTO DOS PROCEDIMENTOS (ATENDIMENTOS E ACOMPANHAMENTO)
DOS PACIENTES RELACIONADOS A REABILITAÇÃO INTELECTUAL E
DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR DENTRO DA REDE DE CUIDADOS A
PESSOAS COM DEFICIENCIA.

VALOR DO AJUSTE/VALOR REPASSADO (1): R\$ 11.511,01(ONZE MIL,
QUINHENTOS E ONZE REAIS E UM CENTAVOS).

EXERCÍCIO (1): 2025

ADVOGADO(S)/ N° OAB / E-MAIL : (2) _____

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. Damos-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: ALTINÓPOLIS, 13 DE NOVEMBRO DE 2025.

AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO PÚBLICO PARCEIRO:

Nome: HUELDER DONIZETE MALAGUTTI FERREIRA

Cargo: PREFEITO

CPF: 368.212.868-92

AUTORIDADE MÁXIMA DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA:

Nome: FÁBIO SOARES MAGALHÃES

Cargo: PRESIDENTE

CPF: 354.095.208-07

Responsáveis que assinaram o ajuste e/ou Parecer Conclusivo:

PELO ÓRGÃO PÚBLICO PARCEIRO:

Nome: HUELDER DONIZETE MALAGUTTI FERREIRA

Cargo: PREFEITO

CPF: 368.212.868-92

Assinatura: _____

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

PELA ENTIDADE PARCEIRA:

Nome: FÁBIO SOARES MAGALHÃES

Cargo: PRESIDENTE

CPF: 354.095.208-07

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.