

**1º TERMO ADITIVO DE PRAZO AO TERMO DE FOMENTO Nº 01/2025  
CELEBRADO ENTRE O MUNICÍPIO DE ALTINÓPOLIS E ASSOCIAÇÃO DE  
PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE ALTINÓPOLIS - APAE**

O **MUNICÍPIO DE ALTINÓPOLIS**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ nº 45.298.569/0001-13, com sede na Rua Major Garcia, nº 144, Centro, neste ato representado por seu Prefeito Municipal **HUELDER DONIZETE MALAGUTTI FERREIRA**, e e pela **Secretaria Municipal da Saúde**, entidade de direito público, inscrita no CNPJ sob o nº 11.600.927/0001-89, situada na Rua Major Garcia nº100, através de seu Secretário, **Sr. HUMBERTO DE ASSIS CASTRO**, brasileiro, casado, Secretário Municipal de Saúde, 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**, resolvem celebrar o presente **TERMO ADITIVO** ao Termo de Fomento nº 01/2025, mediante as cláusulas e condições seguintes:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

O presente Termo Aditivo tem por objeto a **prorrogação do prazo de vigência do Termo de Fomento nº 01/2025**, celebrado entre as partes, com fundamento no inciso VI do artigo 42 da Lei Federal n.º 13.019/2014 c/c Cláusula Oitava do termo inicial.

**CLÁUSULA SEGUNDA - DA PRORROGAÇÃO DO PRAZO**

Fica prorrogada a vigência do Termo de Fomento nº 01/2025 por mais 04 (quatro) meses, com início em **01 de janeiro de 2026 e término em 30 de abril de 2026**.

**CLÁUSULA TERCEIRA – DO VALOR**

O total estimado do presente termo será de R\$ 83.164,28 (oitenta e três mil, cento e sessenta e quatro reais e vinte e oito centavos) a ser pago conforme Plano de Trabalho em anexo, onerando as seguintes rubricas orçamentárias: 02.09.02 3.3.90.00 10.302.0019.2071.0000 05 302 087.

#### CLÁUSULA QUARTA – DA RATIFICAÇÃO

Permanecem inalteradas e ratificadas todas as demais cláusulas e condições do Termo de Fomento nº 01/2025 que não conflitarem com o disposto neste Termo Aditivo.

E, por estarem justas e acordadas, firmam o presente Termo Aditivo em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo, para que produza seus jurídicos e legais efeitos.

Altinópolis, 23 de dezembro de 2025.



**MUNICÍPIO DE ALTINÓPOLIS**  
**Huelder Donizete Malagutti Ferreira**




**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**Humberto de Assis Castro**




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

Testemunhas:

  
RG 44760 250-0

Visto e conferido



901423368-58

**Roberta Freiria Romito de Andrade – Procuradora do Município**

## **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 ALTINOPOLIS

TERMO DE COLABORAÇÃO/FOMENTO Nº (DE ORIGEM): 1º TERMO ADITIVO AO TERMO DE FOMENTO 01/2025

OBJETO: A PARCERIA TEM COMO OBJETO O CUSTEIO PARA MANUTENÇÃO DOS SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS RELACIONADOS À REABILITAÇÃO INTELLECTUAL E NEUROPSICOMOTORA DENTRO DA REDE DE CUIDADOS À PESSOA COM DEFICIÊNCIA.

VALOR DO AJUSTE/VALOR REPASSADO (1): R\$ 83.164,28 (OITENTA E TRES MIL, CENTO E SESENTA E QUATRO REAIS E VINTE E OITO CENTAVOS)

EXERCÍCIO (1): 2026

ADVOGADO(S)/ Nº 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 extraíndo 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 TCE/SP;
- 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 TCE/SP – CadTCE/SP”, nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2020, conforme “Declaração(ões) de Atualização Cadastral” anexa (s);

**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.

**LOCAL e DATA: ALTINÓPOLIS, 23 DE DEZEMBRO 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: FABIO 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: FABIO 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.



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](mailto:apae.alt@com4.com.br) - CNPJ n.º 51.815.421/0001-01  
Telefone (016)3665 – 2380 e Telefax (016) 3665 – 0031

Altinópolis, 29 de dezembro de 2025

Ofício n.º 119/2025-LPR


A Prefeitura Municipal de Altinópolis  
Secretaria da Saúde  
Ilmo. Sr. Secretário da Saúde  
Sr. Humberto de Assis Castro


**Assunto:** Encaminha plano de trabalho referente ao SUS/UCD de 04 meses

A Associação de Pais de Amigos dos Excepcionais de Altinópolis, neste ato representada por seu presidente, Fábio Soares Magalhães, vem por meio deste, encaminhar plano de trabalho para o ano de 2026 de um aditivo de quatro meses, conforme solicitado pela Administração da Prefeitura Municipal de Altinópolis.

Certo de poder contar com a devida solicitação, elevo meus protestos de considerada estima e apreço.

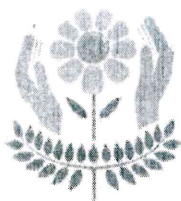
Atenciosamente,

  
Fábio Soares Magalhães  
Presidente

*recebi dia 05/01/26*  
*PR-10*  
  
Humberto de Assis Castro  
CPF: 145.594.438-66  
Secretário Municipal da Saúde

*Reabi*  
*05/01/26*  
*Rebelato*





**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](mailto:apae.alt@com4.com.br) - CNPJ n.º 51.815.421/0001-01  
Telefone (016)3665 – 2380 e Telefax (016) 3665 – 0031

## **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 Reabilitação Intelectual.

## **VI – METAS**

### **Metas Quantitativas**

- Atender todos os atendidos na APAE com deficiência em serviços de saúde e reabilitação.
- Realizar 1.000 atendimentos mensais (enfermeira, técnica de enfermagem e auxiliar de enfermagem);
- Realizar 356 procedimentos de higiene corporal (banhos, escovação de dentes, trocas de fraldas) mensal;
- Realizar 550 procedimentos de enfermagem (curativos, aferição de pressão, glicemia e aspiração de traqueostomia) mensal;
- Realizar 145 administração de medicamento e dietas enterais;
- Realizar 50 atendimentos mensais de dentista;
- Promover 01 ação semanal educativas em saúde para usuários e familiares;
- Promover mensalmente 10 visitas domiciliares.

### **Metas Qualitativas**

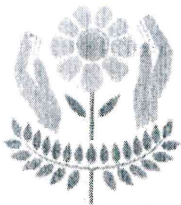
- Melhorar a funcionalidade, mobilidade e comunicação dos usuários;
- Promover a qualidade de vida e bem-estar biopsicossocial;
- Oferecer atendimento humanizado, contínuo e integrado;
- Reduzir agravos à saúde e prevenir complicações associadas à deficiência;
- Fortalecer o vínculo entre usuário, família e equipe de saúde.

### **Indicadores sugeridos**

- Evolução funcional registrada em prontuários através do SISWEB;
- Frequência aos atendimentos;
- Avaliação de satisfação dos usuários/famílias;
- Lista de presença.

## **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;



**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](mailto:apae.alt@com4.com.br) - CNPJ n.º 51.815.421/0001-01**

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

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 – 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.

## **IX - METODOLOGIA**

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

O objetivo da enfermagem na APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais) é promover a saúde e o bem-estar das pessoas com deficiência, oferecendo cuidados especializados, tanto 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:

**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.

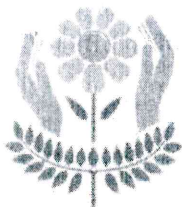
**Cuidados de enfermagem individualizados:** Cada pessoa com deficiência possui necessidades diferentes, e a enfermagem na APAE realiza atendimentos adaptados, observando as particularidades de cada caso.

**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.

**Administração de medicamentos e tratamentos:** A enfermagem também é responsável por administrar medicamentos, realizar curativos, e garantir que os tratamentos prescritos sejam seguidos corretamente.

**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.

**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**

O objetivo do dentista na APAE (Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais) 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.

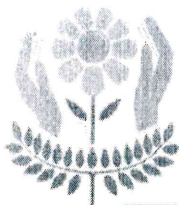
Os principais objetivos do dentista na APAE incluem:

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.

## **X – RESULTADOS ESPERADOS**

| <b>INDICADORES QUALITATIVOS</b>  | <b>INDICADORES QUANTITATIVOS</b>                | <b>MEIOS DE VERIFICAÇÃO</b>  |
|--|---|------------------------------|
| Progressos no desenvolvimento global e na reabilitação, Evolução diária, frequência. | 70% dos usuários alcançando as metas propostas. | Evolução diária, frequência. |



# 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](mailto:apae.alt@com4.com.br) - CNPJ n.º 51.815.421/0001-01

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

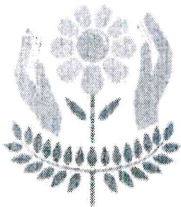
|  |  |  |
|--|--|--|
| Melhora da qualidade de vida (autonomia, cuidados/proteção, direitos adquiridos, minimização de situações violadoras de direitos). | 70% dos casos atendidos.   | Evolução diária, frequência, relatos de familiares e educadores, visitas domiciliares. |
| Pais envolvidos e participativos 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.  |

## XI – PLANO DE APLICAÇÃO

| Ordem Numérica | Descrição   | Valor Mensal (R\$) Aproximado | Periodicidade de Pagamento |
|----------------|---|-------------------------------|----------------------------|
| 01             | Custeio para manutenção dos serviços e procedimentos relacionados à reabilitação intelectual e neuropsicomotor dentro da rede de cuidados a pessoa com deficiência. | R\$20.791,07                  | Mensal                     |

## XII – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

| MESES         | VALOR MENSAL         | OBSERVAÇÕES |
|---------------|----------------------|-------------|
| Janeiro       | R\$20.791,07         | Custeio     |
| Fevereiro     | R\$20.791,07         | Custeio     |
| Março         | R\$20.791,07         | Custeio     |
| Abril         | R\$20.791,07         | Custeio     |
| <b>TOTAL:</b> | <b>R\$ 83.164,28</b> |             |



**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](mailto:apae.alt@com4.com.br) - CNPJ n.º 51.815.421/0001-01**

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

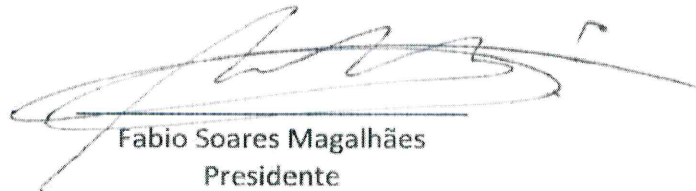
**XIII – PRESTAÇÃO DE CONTAS DOS ATENDIMENTOS:**

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.

**XIV – PRAZO DE EXECUÇÃO**

O Recebimento dos recursos mensais terá início em 02 de janeiro de 2026 até 30 de abril de 2026.

Altinópolis, 29 de dezembro de 2025.



Fabio Soares Magalhães  
Presidente