

**3º TERMO ADITIVO DE PRAZO AO TERMO DE FOMENTO Nº 01/2023 CELEBRADO ENTRE O MUNICÍPIO DE ALTINÓPOLIS E A 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 pela Secretária da Família, Desenvolvimento Social e Segurança Alimentar, representada por sua Secretária **DAIANI DE OLIVEIRA ANHEZINI**, doravante denominado simplesmente **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, doravante denominada **ENTIDADE**, resolvem celebrar o presente **TERMO ADITIVO** ao Termo de Fomento nº 01/2023, 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 01/2023**, celebrado entre as partes, com fundamento no inciso VI do artigo 42 da Lei Federal nº 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 01/2023 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 E DO REAJUSTE**

Em razão da aplicação do reajuste de 5% (cinco por cento), concedido ao Município com base nos índices inflacionários oficiais, o valor mensal anteriormente pactuado passa de R\$ 31.250,00 (trinta e um mil, duzentos e cinquenta reais) para R\$ 32.812,50 (trinta e dois mil, oitocentos e doze reais e cinquenta centavos).

Em decorrência da prorrogação ora ajustada, o valor global estimado do presente Termo Aditivo, correspondente ao período de 04 (quatro) meses, perfaz a quantia de R\$ 131.250,00 (cento e trinta e um mil e duzentos e cinquenta reais), conforme Plano de Trabalho anexo.

**CLÁUSULA QUARTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**



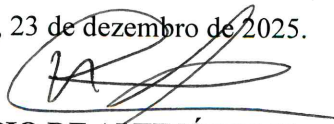
As despesas decorrentes da execução do presente Termo Aditivo correrão à conta de dotação orçamentária própria do orçamento vigente, consignada sob a seguinte classificação: 02.10.03 3.3.50.39.00 08.242.0041.2080.0000 01 510 000, ou outra que venha a substituí-la, suplementada se necessário.

#### CLÁUSULA QUINTA – DA RATIFICAÇÃO

Permanecem inalteradas e ratificadas todas as demais cláusulas e condições do Termo de Fomento nº 01/2023 que não conflitem 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.

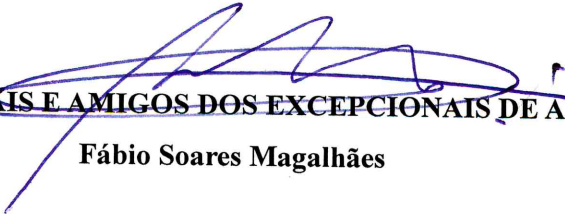
Altinópolis, 23 de dezembro de 2025.



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

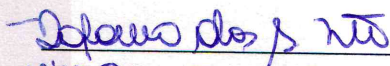


**SECRETARIA MUNICIPAL DA FAMÍLIA, DESENVOLVIMENTO SOCIAL E  
SEGURANÇA ALIMENTAR**  
**Daiani de Oliveira Anhezini**



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

Testemunhas:

  
44780250-0

Visto e conferido



401 46568. 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 N° (DE ORIGEM): 3° TERMO ADITIVO AO  
TERMO DE FOMENTO 01/2023

OBJETO: A PARCERIA TEM COMO OBJETO PAGAMENTO DE PROFISSIONAIS  
ESPECIALIZADOS.

VALOR DO AJUSTE/VALOR REPASSADO (1): R\$ 131.250,00 (CENTO E TRINTA  
UM MIL, DUZENTOS E CINQUENTA REAIS)

EXERCÍCIO (1): 2026

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 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

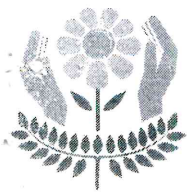
Assinatura: \_\_\_\_\_



(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. 14350-000 – 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

## PROPOSTA DE PLANO DE TRABALHO 2026 – ADITAMENTO 4 MESES

### I – IDENTIFICAÇÃO

**APAE:** Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Altinópolis

**Endereço:** Avenida da APAE, 550

**Bairro:** Distrito Industrial

**Município:** Altinópolis **CEP:** 14355-002

**FoneFax:** (016) 3665-0031 **Fone:** (016) 3665-2380

**E-mail:** [apae.alt@com4.com.br](mailto:apae.alt@com4.com.br)

**CNPJ n.º:** 51.815.421/0001-01 **Ativo:** Sim (X) Não ( )

**N.º. de inscrição na SEADS:** 4723 **Ano:** 1992

**Inscrita no C.M.A. S sob o n.º:** 04 **Validades:**

**Endereço onde vai ser executado o trabalho:** Avenida da APAE n.º. 550, Distrito Industrial, CEP: 14.355-002 **Telefone:** 16-3665-2380, **Fax** 16 – 3665-0031 Altinópolis – SP.

### 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](mailto:apae.alt@com4.com.br)

**R.G. n.º.43.060.673-4 CPF n.º.354.095.208-07**

### III – IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO A SER EXECUTADO:

- Concessão de verba para pagamento de salários, encargos, vale alimentação e 13º Salário de profissionais de diversas áreas que trabalham na instituição.

### IV-JUSTIFICATIVA

A APAE de Altinópolis é entidade filantrópica sem fins lucrativos, fundada em 16/12/1982 é a **única instituição especializada** no atendimento a pessoa com deficiência e sua família, atendendo atualmente em média 200 usuários.

Assim considerando:

1. Maior demanda de pacientes em comparação ao ano anterior
2. Maior demanda de pacientes com apoio pervasivo;
3. Maior demanda de atendimento especializado e ambulatorial;
4. Maior incidência das deficiências e a desproporção dos recursos existentes;
5. Índices de sobrevivência aumentando não só para os indivíduos normais mais também para os deficientes;
6. A necessidade de ampliação de carga horária e contratação de profissionais habilitados;
7. Escassez de recursos e a inexistência de serviços especializados;
8. Grande número de deficientes que precisam viver sempre num ambiente que os ampare por falta de condições de integração na sociedade;
9. Melhoria na qualidade de vida da pessoa com deficiência;
10. A partir de 2015 a entidade iniciou o programa ambulatorial de estimulação com crianças que nasceram prematuras no município de Altinópolis, onde recebem avaliações e atendimentos especializados no ambulatório da entidade, passou a atender também ex-alunos/pacientes



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

**Faixa Etária:** a partir do nascimento  
**Regime:** Integral/matutino/vespertino  
**Horário de Atendimento:** 07h30minh às 17h00minh  
**Sexo:** Masculino e Feminino  
**Capacidade:** 150

**VII – FASES DE EXECUÇÃO:**

**Fase 01** – Pagamento mensal de profissionais especializados conforme cronograma.

**VIII – PLANO DE APLICAÇÃO:**

Natureza da Despesa		Concedente	Total
Código	Especificação		
01	Pagamento mensal de salário de Profissionais Especializados de Diversas áreas da Entidade. (salário mensal, encargos, 13º salário, férias e vale alimentação)	R\$ 131.250,00	R\$ 131.250,00
<b>TOTAL GERAL</b>		<b>R\$ 131.250,00</b>	<b>R\$ 131.250,00</b>

**IX – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO DOS RECURSOS FINANCEIROS: CONCEDENTE**

META	1ª parcela 15/01/2026	2ª parcela 01/02/2026	3ª parcela 02/03/2026	4ª parcela 01/04/2026
Pagamento Mensal de Profissionais Especializados em Diversas áreas	R\$ 32.812,50	R\$ 32.812,50	R\$ 32.812,50	R\$ 32.812,50

**VALOR TOTAL TERMO DE FOMENTO.....R\$ 131.250,00 (cento e trinta e um mil, duzentos e cinquenta reais)**

**X - VIGÊNCIA DO TERMO DE FOMENTO:**

- Total de 04 parcelas.
- De 02/01/2026 a 30/04/2026

**XI – PRESTAÇÃO DE CONTAS:**



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

- A prestação de contas deverá ser encaminhada à Prefeitura Municipal de Altinópolis no prazo de até 30 (trinta) dias após o encerramento do termo de fomento.

## **XII – AVALIAÇÃO:**

As ações do projeto, bem implantadas produzirão um impacto significativo nas políticas sociais voltadas para a pessoa com deficiência e sua família de forma a reduzir, prevenir e cuidar das deficiências buscando melhoraria na qualidade de vida dos assistidos desta instituição.

**Observação:** Mediante tal projeto, em acordo com a Prefeitura Municipal de Altinópolis, foi compactuado:

1. Durante o período de execução poderá haver substituição no quadro de funcionários, devido a eventuais demissões, aposentadorias etc., devendo o mesmo ser comunicado antecipadamente.

Altinópolis, 29 de dezembro de 2025.

  
**FABIO SOARES MAGALHÃES**  
**PRESIDENTE**