



# PREFEITURA MUNICIPAL DE **ELIAS FAUSTO**

ESTADO DE SÃO PAULO

## CONVÊNIO PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENDIMENTO ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL E MÚLTIPLA

Entre os abaixo assinados, de um lado a **ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE CAPIVARI – APAE**, com sede na Rua Oswaldo Costa, 75 – Capivari/SP, Bairro Morada do Sol. CNPJ nº 50.062.561/0001-93, representado neste ato pelo seu Presidente **SR. ALEXANDRE PACHECO MAY**, brasileiro, casado, residente e domiciliado na Rua Genoveva Brugnheroto, nº 188, Jardim Gênova, Capivari/SP., portador da Cédula de Identidade nº 20.078.215 – SSP/SP e CPF nº 172.001.678-00, de ora em diante denominado simplesmente por **APAE**; e, de outro lado, a **PREFEITURA MUNICIPAL DE ELIAS FAUSTO**, com sede na Rua Siqueira Campos, 100, Centro, Elias Fausto/SP., CNPJ nº 44.723.740/0001-21, representada neste ato pelo seu Prefeito Municipal, **SR. MAURÍCIO BARONI BERNARDINETTI**, brasileiro, casado, residente e domiciliado na Avenida Nossa Senhora Aparecida, nº 892, Bairro Cardeal, Elias Fausto/SP., portador da Cédula de Identidade nº 16.124.806-8 e CPF nº 102.469.648-04, de ora em diante denominado simplesmente de **PREFEITURA**, celebram o presente convênio, mediante as cláusulas e condições seguintes:

1 – Constitui objeto deste **CONVÊNIO**, a transferência de recursos financeiros a **APAE**, para que sejam atendidos *as pessoas com deficiência intelectual e múltipla*, residentes no Município de Elias Fausto; atendimentos esses que se limitarão às áreas de especialidades que dispõe atualmente a **APAE**.

1.1 – Atualmente a **APAE** atende nas áreas seguintes:

- a – Educação Especial;
- b – Fisioterapia (motora e respiratória);
- c – Fonoaudiologia;
- d – Psicologia (clínica e escolar);
- e – Terapia ocupacional;
- f – Assistência social;
- g – Hidroterapia (piscina aquecida);
- h – Nutrição;
- i – Capoeira;
- j – Informática;
- k – Grupo de convivência.

2 – O número máximo *de pessoas com necessidades especiais* da **PREFEITURA** a serem atendidas pela **APAE** será de **15 (quinze)**. O que ultrapassar, será estudado de acordo com as vagas disponíveis.

Rua Siqueira Campos, 100 – Centro - CEP 13350-000 – Elias Fausto/SP  
Fone/Fax: (19) 3821.8899 – e-mail: secretaria@eliasfausto.sp.gov.br

D



# PREFEITURA MUNICIPAL DE **ELIAS FAUSTO**

ESTADO DE SÃO PAULO

3 – A **PREFEITURA** assume o compromisso de repassar uma ajuda de custo para a **APAE**, no valor de **RS 492,00 (quatrocentos e noventa e dois reais)** mensais, por pessoa com deficiência procedente do Município de Elias Fausto/SP.

3.1 – O valor total do repasse será mensal e variável de acordo com *as pessoas com deficiência* atendidas no mês; valor este que deverá ser repassado até o dia 05 (cinco) do mês subsequente ao atendimento.

3.2 – A **APAE** deverá informar a **PREFEITURA**, mensalmente, a relação dos atendidos no mês anterior e o valor total a repassar.

3.2.1 – A relação prevista no item 3.2 constitui prestação de contas da **APAE** à **PREFEITURA** para que a mesma possa atender aos órgãos fiscalizadores a que estiver sujeita.

4 – O presente convênio vigorará até o dia 31 de dezembro de 2019. Para o ano de 2020, se houver interesse das partes, um novo **CONVÊNIO** deverá ser assinado para que haja continuidade no atendimento das pessoas com necessidades especiais a nível de deficiência mental e múltipla.

4.1 – O presente convênio, além da expiração natural de sua vigência, poderá ser rescindido, por infração legal ou descumprimento de suas cláusulas, ou denunciado, por desinteresse unilateral ou consensual, mediante notificação prévia de 60 (sessenta) dias, respondendo cada partícipe, em qualquer hipótese, pelas obrigações assumidas até a data do rompimento do acordo.

4.2 – Se a rescisão for por infração legal ou descumprimento de suas cláusulas, a parte que der motivo ficará responsável por todas as despesas de transferência das pessoas com deficiência para outra instituição.

4.3 – Se a infração legal ou descumprimento de suas cláusulas, for por culpa da **PREFEITURA**, a **APAE** se isenta da responsabilidade de receber as pessoas com deficiência matriculadas por sua conta.

5 – Para acréscimo do número de atendidos, de acordo com a cláusula 2 (dois), a **PREFEITURA** deverá encaminhar solicitação de profissional da saúde, para avaliação multidisciplinar na **APAE**, para que seja constatado se é caso de tratamento ou não pela **APAE**. Essa avaliação não trará ônus para a **PREFEITURA**.

5.1 – Se na avaliação constatar que é caso a ser tratado e acompanhado pela **APAE**, a **PREFEITURA** deverá enviar uma autorização para que seja incluído no número inicial.



# PREFEITURA MUNICIPAL DE ELIAS FAUSTO

ESTADO DE SÃO PAULO

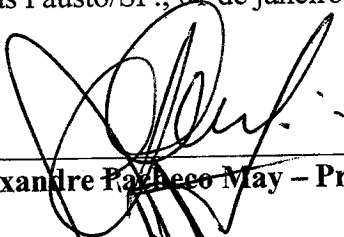
6 - O transporte *das pessoas com deficiência* correrá por conta e risco da PREFEITURA.

7 - A APAE permitirá e facilitará que pessoas indicadas pela PREFEITURA venham a acompanhar, a supervisionar e a fiscalizar este CONVÊNIO, especialmente para assegurar a qualidade do trabalho desenvolvido pela APAE aos seus munícipes, desde que dia e hora sejam programados pelas partes.

8 - Fica eleito o Foro da Comarca de Capivari/SP, para dirimir quaisquer questões resultantes da execução ou interpretação deste CONVÊNIO.

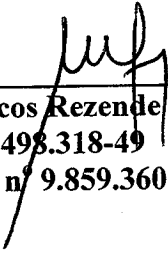
E, por estarem de acordo com as cláusulas e condições ajustadas, firmam o presente **Termo de Convênio**, em 2 (duas) vias de igual teor, na presença das testemunhas abaixo, para que produza os efeitos legais.

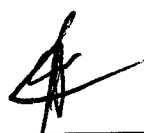
Elias Fausto/SP., 01 de janeiro de 2019

X   
\_\_\_\_\_  
Alexandre F. de May - Presidente

  
\_\_\_\_\_  
Maurício Baroni Bernardinetti - Prefeito Municipal

Testemunhas:

  
\_\_\_\_\_  
Nome: Marcos Rezende Fernandes  
CPF nº 965.498.318-49  
RG/SSP/SP nº 9.859.360

  
\_\_\_\_\_  
Nome: Luciana de Fátima Bueno da Silva  
CPF nº 308.394.978-22  
RG/SSP/SP nº 26.490.699-8