

## **MUNICÍPIO DE LACERDÓPOLIS**

### **ESTADO DE SANTA CATARINA**

#### **TERMO DE CONVÊNIO QUE CELEBRAM O MUNICÍPIO DE LACERDÓPOLIS E A ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS AUTISTAS DE CAPINZAL – AMA.**

#### **TERMO DE CONVÊNIO N. 06/2021**

#### **LEI ORDINÁRIA MUNICIPAL N. 2.259 DE 217 DE MARÇO DE 2021.**

**MUNICÍPIO DE LACERDÓPOLIS**, Estado de Santa Catarina, pessoa jurídica de direito público interno, com endereço na Rua 31 de Março, 1050, Lacerdópolis/SC, CEP 89660-000, CNPJ n. 82.939.471/0001-24, neste ato representado pelo Prefeito Sérgio Luiz Calegari.

**ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS AUTISTAS DE CAPINZAL – AMA**, sociedade civil, sem fins lucrativos, CNPJ 35.365.190/0001-25, com sede Rua Aníbal Ferro, nº 360, Sala A, cidade de Capinzal, representada por sua presidente Adislei Maria Zanini Da Cas, RG 2.146.507 - e CPF 693.431.369-00.

#### **CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO**

Manutenção da **ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS AUTISTAS DE CAPINZAL – AMA**, a fim de prestar atendimento às crianças, adolescentes e adultos com o Transtorno do Espectro Autista – TEA residentes no Município de Lacerdópolis, que frequentam todos os seus níveis de aprendizado, em suas dependências, proporcionando aos mesmos, atendimento conforme as suas necessidades, possibilitando assim sua integração

pessoal, social e intelectual, de acordo com a política e plano municipal de assistência social, bem como o plano de trabalho.

## **CLAÚSULA SEGUNDA – REPASSE DE RECURSOS**

01 - O Município de Lacerdópolis repassará a entidade, em moeda corrente, mediante depósito ou transferência, o **valor de até R\$ 60.000,00 (sessenta mil reais), de forma parcelada, em até 08 (oito) prestações, mensais e sucessivas, no valor de R\$ 7.500,00 (sete mil e quinhentos reais)**, até o dia 15 (quinze) de cada mês, iniciando-se no mês, de maio, observado o parágrafo terceiro do artigo 116 da Lei Federal nº 8.666, de 21/06/93, com as alterações introduzidas pela Lei Federal n. 8.883, de 08/06/94.

## **CLAÚSULA TERCEIRA - PRESTAÇÃO DE CONTAS**

A entidade prestará contas ao Município de Lacerdópolis, da seguinte forma:

I - Prestação de contas parcial, até o dia 20 (vinte) do mês posterior, mediante apresentação bimestral da aplicação dos recursos financeiros recebidos no mês anterior, bem como declaração quantitativa de atendimento neste período, assinado pelo representante legal da entidade.

II - Acaso a entidade não efetue a prestação de contas na data aprazada ou estejam as contas irregulares, fica o município autorizado a suspender os repasses constantes deste convenio até a efetiva prestação de contas ou regularização das mesmas.

## **CLAÚSULA QUARTA – DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

Os encargos decorrentes com a execução deste Convênio correrão à conta da dotação orçamentária a seguir especificada:

ORGAO	06-SECRETARIA DE EDUCAÇÃO CULTURA E ESPORTES
UNIDADE	02-SERVIÇOS DA EDUCAÇÃO ESPECIAL
Proj/At.	12.367.1007.2.026-MANUTENÇÃO DO ENSINO ESPECIAL
Compl.Elem.	3.3.90.39.53.00.00.00 - Serviços de Assistência Social
Recurso	0001-Receitas de Impostos e de Transferência de Impostos – Educação

## **CLAÚSULA QUINTA – VIGÊNCIA**

O prazo de vigência deste convênio é de 08 (oito) meses, a iniciar-se com a publicação do mesmo na imprensa oficial do Município de Lacerdópolis (art. 61, § único da Lei 8.666/93).

## **CLAÚSULA SEXTA - OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO**

- 01- Repassar mensalmente a entidade, até o dia 10 (dez) de cada mês, o valor acordado.
- 02- Transportar diariamente os alunos do município de Lacerdópolis até a sede da entidade no Município de Capinzal e trazê-los de volta.
- 03- Acompanhar a execução dos serviços e notificar quaisquer irregularidades à direção da entidade.
- 04 – Responsabilizar-se pela segurança dos alunos durante o transporte.
- 05 – Examinar e aprovar as prestações de contas dos recursos financeiros repassados a entidade;
- 06 - Assinalar prazo para que a entidade adote providências necessárias para o exato cumprimento das obrigações decorrentes deste convênio, sempre que verificada alguma irregularidade, sem prejuízo da retenção das parcelas dos recursos financeiros, até o saneamento das impropriedades correntes;
- 07- Comunicar ao conselho Municipal de Assistência Social as irregularidades verificadas e não sanadas pela entidade quanto à qualidade de serviços prestados e quanto a aplicação dos recursos financeiros transferidos, para os fins previstos no artigo 36 da LOAS.

## **CLÁUSULA SÉTIMA - OBRIGAÇÕES DA ENTIDADE**

- 01- Prestar os serviços a que se propuseram, com profissionalismo e dedicação, buscando a educação, o desenvolvimento e o ajustamento social desses alunos especiais;
- 02- Esclarecer, orientar e auxiliar os pais e amigos na conduta relativa aos alunos;
- 03- Contatar, pessoalmente ou por telefone, problemas que por ventura surgirem com qualquer um dos alunos oriundos do Município de Lacerdópolis;

04- Prestar contas da forma como foram gastos os recursos, através de documentos fiscais ou equivalentes, podendo ser faturas, recibos, notas fiscais e quaisquer outros documentos comprobatórios.

#### **CLAÚSULA OITAVA – RESCISÃO**

O presente Termo de Convênio ficará rescindido de pleno direito por inadimplência de qualquer das obrigações aqui pactuadas, ou por iniciativa unilateral, mediante comunicação escrita de 30 (trinta) dias.

#### **CLAÚSULA NONA - LEGISLAÇÃO APLICÁVEL**

O fundamento legal deste convênio é a Lei Ordinária Municipal 2.131 de 26 de março de 2018 e Lei Federal 8.666/93.

#### **CLAÚSULA DÉCIMA – DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO**

A AMA apresentou toda a documentação necessária para a realização do convênio (checklist enviado pelo município), os quais seguem anexos.

#### **CLAÚSULA DÉCIMA PRIMEIRA – FORO**

As partes elegem o foro da Comarca de Capinzal/SC, Estado de Santa Catarina, para dirimirem quaisquer dúvidas oriundas deste Contrato, renunciando a outro foro por mais privilegiado que seja.

E, por estarem justos e contratados, firmam o presente Contrato em 03 (três) vias de igual teor e forma, perante duas testemunhas.

Lacerdópolis/SC, 30 de abril 2021.

Município de Lacerdópolis/SC  
Sérgio Luiz Calegari  
Prefeito

AMA  
Adislei Maria Zanini Da Cas  
Presidente

#### **TESTEMUNHAS:**

Nome: \_\_\_\_\_ CPF/MF: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_ CPF/MF: \_\_\_\_\_