Este documento foi assinado digitalmente, a relação dos assinantes encontra-se no fim do documento. Para verificar as assinaturas, acesse https://assina.indaiatuba.sp.gov.br/VerificadorAssinatura e informe o código FDBD-7D62-C272-0C34.

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

*(redação dada pela Resolução nº 11/2021)*

| | | |
|---|---|---|
| ÓRGÃO/ENTIDADE PÚBLICO(A) | : | PREFEITURA MUNICIPAL DE INDAIATUBA |
| ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL PARCEIRA | : | CENTRO DE INCLUSÃO E ASSISTÊNCIA AS PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS - CIASPE |
| TERMO DE FOMENTO | : | N° 496/2023 – Processo Administrativo nº 12299/2023 |
| OBJETO | : | O presente **TERMO** tem por objeto a concessão, em favor da **ENTIDADE**, de subvenção social. |
| VALOR DO AJUSTE/VALOR REPASSADO (1) | : | R$ 90.467,00 |
| EXERCÍCIO (1) | | 2023 |

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, entidade beneficiária e interessados, 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. 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.

Indaiatuba, 13 de julho de 2023.

Este documento foi assinado digitalmente, a relação dos assinantes encontra-se no fim do documento. Para verificar as assinaturas, acesse https://assina.indaiatuba.sp.gov.br/VerificadorAssinatura e informe o código FDBD-7D62-C272-0C34.

**AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO PÚBLICO PARCEIRO:**

| | | |
|---|---|---|
| **Nome** | **:** | **NILSON ALCIDES GASPAR** |
| **Cargo** | **:** | Prefeito Municipal |
| **CPF** | | nº 102.119.548-02 |

**ORDENADOR DE DESPESA DO ÓRGÃO PÚBLICO PARCEIRO:**

| | | |
|---|---|---|
| **Nome** | **:** | **DÉCIO ROCHA DA SILVA** |
| **Cargo** | **:** | Secretário Municipal de Assistência Social |
| **CPF** | | nº 190.573.678-90 |

**AUTORIDADE MÁXIMA DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA:**

| | | |
|---|---|---|
| **Nome** | **:** | **CARLA SILENE GIRALDI DE QUEIROZ** |
| **CPF** | **:** | Nº 063.637.288-00 |
| **Cargo** | **:** | Presidente da OSC |

**Responsáveis que assinaram o ajuste e/ou Parecer Conclusivo:**

**PELO ÓRGÃO PÚBLICO PARCEIRO:**

| | | |
|---|---|---|
| **Nome** | **:** | **NILSON ALCIDES GASPAR** |
| **Cargo** | **:** | Prefeito Municipal |
| **CPF** | | nº 102.119.548-02 |

Assinatura: **NILSON ALCIDES GASPAR**

| | | |
|---|---|---|
| **Nome** | **:** | **DÉCIO ROCHA DA SILVA** |
| **Cargo** | **:** | Secretário Municipal de Assistência Social |
| **CPF** | | nº 190.573.678-90 |

Assinatura: **DÉCIO ROCHA DA SILVA**

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

**PELA ENTIDADE PARCEIRA:**

| | | |
|---|---|---|
| **Nome** | **:** | **CARLA SILENE GIRALDI DE QUEIROZ** |
| **CPF** | **:** | Nº 063.637.288-00 |
| **Cargo** | **:** | Presidente da OSC |

Assinatura: **CARLA SILENE GIRALDI DE QUEIROZ**

Este documento foi assinado digitalmente, a relação dos assinantes encontra-se no fim do documento. Para verificar as assinaturas, acesse https://assina.indaiatuba.sp.gov.br/VerificadorAssinatura e informe o código FDBD-7D62-C272-0C34.

**GESTOR(ES):**

| | | |
|---|---|---|
| **Nome** | **:** | **DÉCIO ROCHA DA SILVA** |
| **Cargo** | **:** | Secretário Municipal de Assistência Social |
| **CPF** | | nº 190.573.678-90 |

Assinatura: **DÉCIO ROCHA DA SILVA**

**DEMAIS RESPONSÁVEIS (*):**

**Tipo de ato sob sua responsabilidade: (Comissão de Monitoramento e Avaliação)**

| | | |
|---|---|---|
| **Nome** | **:** | **AMANDA DOS SANTOS ANDRADE** |
| **Cargo** | **:** | Assistente Social |
| **CPF** | | Nº 390.458.768-41 |

Assinatura: **AMANDA DOS SANTOS ANDRADE**

| | | |
|---|---|---|
| **Nome** | **:** | **DOROTH DE ASSIS SCHIMIDT DOI** |
| **Cargo** | **:** | Assistente Social |
| **CPF** | | Nº 371.283.608-24 |

Assinatura: **DOROTH DE ASSIS SCHIMIDT DOI**

| | | |
|---|---|---|
| **Nome** | **:** | **NATHALIA DENISE STOCO** |
| **Cargo** | **:** | Psicóloga |
| **CPF** | | Nº 350.824.418-09 |

Assinatura: **NATHALIA DENISE STOCO**

**Tipo de ato sob sua responsabilidade: (Comissão de Prestação de Contas)**

| | | |
|---|---|---|
| **Nome** | **:** | **ROGÉRIO SILVA SIQUEIRA** |
| **Cargo** | **:** | Diretor do 3º Setor |
| **CPF** | | Nº 299.582.238-99 |

Assinatura: **ROGÉRIO SILVA SIQUEIRA**

| | | |
|---|---|---|
| **Nome** | **:** | **PAULO ROBERTO BATISTA FERREIRA** |
| **Cargo** | **:** | Diretor do Departamento de Proteção Social Especial |
| **CPF** | **:** | Nº 081.786.987-57 |

Assinatura: **PAULO ROBERTO BATISTA FERREIRA**

| | | |
|---|---|---|
| **Nome** | **:** | **SUZAN KELLI MARCOLINO DA ROSA** |
| **Cargo** | **:** | Direção de Unidades Subordinadas Estratégicas |
| **CPF** | **:** | Nº 354.646.128-23 |

Assinatura: **SUZAN KELLI MARCOLINO DA ROSA**

Este documento foi assinado digitalmente, a relação dos assinantes encontra-se no fim do documento. Para verificar as assinaturas, acesse https://assina.indaiatuba.sp.gov.br/VerificadorAssinatura e informe o código FDBD-7D62-C272-0C34.

**Tipo de ato sob sua responsabilidade: (Responsável pela Emissão de Parecer Jurídico)**

| | | |
|---|---|---|
| **Nome** | **:** | |
| **Cargo** | **:** | |
| **CPF** | **:** | |

Assinatura: _____

(1) Valor repassado e exercício, quando se tratar de processo de prestação de contas.
(*) O Termo de Ciência e Notificação e/ou Cadastro do(s) Responsável(is) deve identificar as pessoas físicas que tenham concorrido para a prática do ato jurídico, na condição de ordenador da despesa; de partes contratantes; de responsáveis por ações de acompanhamento, monitoramento e avaliação; de responsáveis por processos licitatórios; de responsáveis por prestações de contas; de responsáveis com atribuições previstas em atos legais ou administrativos e de interessados relacionados a processos de competência deste Tribunal. Na hipótese de prestações de contas, caso o signatário do parecer conclusivo seja distinto daqueles já arrolados como subscritores do Termo de Ciência e Notificação, será ele objeto de notificação específica. *(inciso acrescido pela Resolução nº 11/2021)*

# Prefeitura Municipal de Indaiatuba

Este documento foi assinado digitalmente, a relação dos assinantes encontra-se abaixo. Para verificar as assinaturas acesse https://assina.indaiatuba.sp.gov.br/VerificadorAssinatura e informe o código FDBD-7D62-C272-0C34.

| Nome | CPF/CNPJ | Assina Como | Tipo da Assinatura |
|---|---|---|---|
| CENTRO DE INCLUSAO E ASSISTENCIA AS PESSOAS COM NECESSIDADES ESPECIAIS | 06072225000130 | CONTRATADA | Digital |
| DECIO ROCHA DA SILVA | 19057367890 | SECRETÁRIO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL | Digital |
| ROGERIO SILVA SIQUEIRA | 29958223899 | COMISSÃO DE PREST. DE CONTAS - SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL | Digital |
| SUZAN KELLI MARCOLINO DA ROSA | 35464612823 | COMISSÃO DE PREST. DE CONTAS - SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL | Digital |
| PAULO ROBERTO BATISTA FERREIRA | 08178698757 | COMISSÃO DE SELEÇÃO - SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL | Digital |
| NILSON ALCIDES GASPAR | 10211954802 | PREFEITO | Digital |