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 3EB1-1178-B424-AAD4.

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° 497/2023 – Processo Administrativo nº 12299/2023
OBJETO	:	O presente **TERMO** tem por objeto a concessão, em favor da **ENTIDADE**, de auxílio financeiro.
VALOR DO AJUSTE/VALOR REPASSADO (1)	:	R$ 2.500,00
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 3EB1-1178-B424-AAD4.

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 3EB1-1178-B424-AAD4.

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 3EB1-1178-B424-AAD4.

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 3EB1-1178-B424-AAD4.

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