

## Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de Franca

Mantenedora da Escola de Educação Especial João Maria Vianney  
CEBAS - Certificado de Assistência Social nº 235874.0027853/2020  
CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde nº 2035901  
CNPJ. nº 45.316.338/0001-95 Inscrição estadual: isenta



### 2º TERMO DE ADITAMENTO AO T. C. Nº 09/2023

|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |            |
|-----------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|------------|
| Área                              | Saúde                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                  |            |
| Repasse                           | Termo de Aditamento ao Termo de Colaboração                                                                                                                                                                                                                                                                    |                  |            |
| Esfera do Poder Público           | Municipal                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                  |            |
| Identificação                     | PROCESSO: 0398/2023 - 2º TERMO DE ADITAMENTO AO T. C. Nº 09/2023                                                                                                                                                                                                                                               |                  |            |
| Data da Assinatura                | 19/12/2025                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |            |
| Data da Vigência                  | 01/01/2026 a 31/12/2026                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                  |            |
| Órgão Repassador / Conveniente    | Governo Municipal de Ibiraci                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  |            |
| Valor Total                       | R\$ 24.045,48 (Vinte e quatro mil, quarenta e cinco reais e quarenta e oito centavos).                                                                                                                                                                                                                         |                  |            |
| Recebido                          | R\$ 7.347,23 (Sete mil, trezentos e quarenta e sete e vinte e três centavos)                                                                                                                                                                                                                                   |                  |            |
| Valor a Receber                   | R\$ 16.698,25 (Dezesseis mil, seiscentos e noventa e oito reais e vinte e cinco centavos)                                                                                                                                                                                                                      |                  |            |
| Objeto                            | Prestação de serviços de assistência à saúde a 03 (três) usuários que necessitam de apoio permanente-pervasivo com deficiência intelectual ou deficiência múltipla associada à deficiência Intelectual e com transtorno do Espectro Autista, deficiência múltipla associada ao transtorno do Espectro Autista. |                  |            |
| Situação                          | Em execução                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                  |            |
| Prestação de Contas               | 31/01/2027                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                  |            |
| Remuneração da Equipe de Trabalho |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |            |
| Quantidade                        | Função                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Valor hora (R\$) | CH Semanal |
| 1                                 | Assist. ADM de Fatur. Em Saúde                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 13,18            | 44         |
|                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                  |            |