



PREFEITURA MUNICIPAL DE JAGUARÃO

Secretaria Municipal da Saúde

CNPJ. 88.414.552/0001-97

Av. 27 de janeiro, 1303 – Centro – CEP. 96.300-000 – Jaguarão/RS

Fone/Fax: (53) 3261.1700 – E-mail: saude.jaguarao@hotmail.com

**ADITIVO Nº 01 AO TERMO DE PARCERIA ENTRE O MUNICÍPIO DE JAGUARÃO
E A SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARÃO**

CONSIDERANDO que a municipalização da saúde é um interativo legal emanado da Constituição Federal de 1988, e que vem sendo progressivamente imposta aos entes federados.

CONSIDERANDO aprimorar a resolutividade dos serviços prestados aos usuários do Sistema Único de Saúde da comunidade de Jaguarão/RS.

CONSIDERANDO a autorização legislativa emanada pela Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentaria Anual referentes ao ano de 2025 e ainda pelo Decreto Municipal 089 de 11 de junho de 2013.

CONSIDERANDO a necessidade de fortalecer as ações municipais de saúde, especialmente o atendimento especializado às pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA), no âmbito do Centro de Atendimento em Saúde (CAS) e do Programa “Te Acolhe”, observada a disponibilidade orçamentária vigente.

RESOLVEM O MUNICIPIO DE JAGUARÃO E A SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARÃO, CELEBRAR O PRESENTE TERMO ADITIVO AO TERMO DE PARCERIA VIGENTE, mediante as cláusulas e condições a seguir:

PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente Termo Aditivo tem por objeto incluir, no item 2, o subitem no item 2.5 – Programa TEACOLHE, que contemplará ações específicas e o respectivo repasse financeiro destinado à execução no âmbito do Centro de Atendimento em Saúde (CAS), voltado ao atendimento de pessoas com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

SEGUNDA – DA INCLUSÃO NO PROGRAMA DE AÇÕES EM SAÚDE

Fica incluído no item 2, o seguinte subitem:

2.5 – PROGRAMA TE ACOLHE

Ações / Metas

- I. Atender crianças com Transtorno do Espectro Autista (TEA), de ambos os sexos, conforme critérios definidos pela Secretaria Municipal de Saúde, residentes na área de abrangência do município;
- II. Realizar atendimento multiprofissional contínuo, considerando as necessidades individuais de cada usuário, respeitando os níveis de suporte do TEA;
- III. Ofertar acompanhamento intensivo para até 150 usuários, com frequência de até 8 atendimentos mensais, conforme avaliação da equipe técnica;
- IV. Promover a redução de agravos associados ao TEA, contribuindo no desenvolvimento global dos usuários até que seja possível sua alta;
- V. Desenvolver habilidades cognitivas, comunicacionais, sociais, emocionais e funcionais por meio de intervenções terapêuticas, visando maior autonomia e inclusão social;
- VI. Garantir orientação, apoio e capacitação contínua às famílias e cuidadores, fortalecendo o cuidado compartilhado e o vínculo familiar;

Atividades

I. Atendimento individual multiprofissional:

Avaliação e acompanhamento realizados por médico (neuropediatra, psiquiatra ou clínico com especialização em TEA), psicólogo, terapeuta ocupacional, fonoaudiólogo, assistente social, nutricionista, fisioterapeuta e outros profissionais, conforme necessidade. Os atendimentos poderão ser clínicos (diagnósticos e prescrição de medicamentos), terapêuticos, educativos e de orientação;

II. Atendimento terapêutico especializado:

Intervenções baseadas em evidências, incluindo estimulação precoce, desenvolvimento da comunicação, habilidades sociais, regulação emocional, autonomia nas atividades de vida diária e manejo de comportamentos;

III. Atendimento em grupo:

Grupos terapêuticos, oficinas lúdicas e pedagógicas, atividades de socialização, integração comunitária, jogos, atividades psicomotoras e recreativas;



IV. Orientação e acompanhamento familiar:

Atendimentos individuais e em grupo com familiares e cuidadores, visando orientação, acolhimento, educação em saúde e fortalecimento do vínculo familiar;

V. Ações de inclusão social:

Estimular a participação dos usuários em atividades comunitárias, escolares e sociais, respeitando suas potencialidades e limitações.

Avaliação

I. Evolução clínica e funcional dos usuários, considerando comunicação, interação social, comportamento e autonomia;

II. Grau de adesão ao tratamento e às atividades propostas;

III. Integração familiar e social dos usuários;

IV. Satisfação dos usuários, familiares e cuidadores quanto aos serviços ofertados;

V. Avaliação periódica dos planos terapêuticos individuais.

Disponibilização de Equipe Técnica para Atendimento no CAS

I. Médico especialista (neuropediatra, psiquiatra ou clínico com experiência em TEA);

II. Psicólogo;

III. Terapeuta ocupacional;

IV. Fonoaudiólogo;

V. Assistente social;

VI. Nutricionista;

VIII. Educador físico;

IX. Fisioterapeuta;

X. Atendente terapêutico;

XI. Atendente terapêutico;

XII. neuropsicopedagoga

XIII. psicopedagogo

XIV. Outros Profissionais de níveis superior e com formação complementar, em número suficiente para execução das atividades;



X. O programa deverá ofertar, de acordo com a necessidade de cada usuário, as atividades e intervenções terapêuticas pertinentes.

DO REPASSE FINANCEIRO

Para a execução das ações previstas no subitem 2.5 do item 2, o MUNICÍPIO repassará à SANTA CASA, especificamente para o CAS/Programa “Te Acolhe”, o valor de R\$ 70.000,00 (setenta mil reais) mensais, destinado à cobertura de despesas com as contratações de pessoal que prestarão serviço de atendimento no referido programa.

QUARTA – DA EXECUÇÃO E PRESTAÇÃO DE CONTAS

A SANTA CASA compromete-se a aplicar os recursos exclusivamente nas ações previstas neste Termo Aditivo, bem como a apresentar relatórios periódicos de execução física e financeira, conforme critérios e prazos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde.

QUINTA – DA RATIFICAÇÃO

Permanecem inalteradas e ratificadas todas as demais cláusulas e condições do Termo de Parceria original que não conflitem com o presente Termo Aditivo.

E, por estarem assim justos e de acordo firmam o presente instrumento, em 2 (duas) vias de igual teor e forma, juntamente com as testemunhas, para produzir seus efeitos legais.

Jaguarão, 15 de dezembro de 2025.

LUISIANE PEREIRA COSTA PINTO
GESTORA PRESIDENTE
SANTA CASA DE CARIDADE DE JAGUARÃO

ROGÉRIO LEMOS CRUZ
PREFEITO MUNICIPAL

TESTEMUNHAS:

NOME:
CPF:

NOME:
CPF: