



# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPETININGA

ESTADO DE SÃO PAULO

PRAÇA DOS TRÊS PODERES N.º 1000 - JARDIM MARABÁ TEL/FAX 33769600

## COMPROVANTE RETIRADA DE EDITAL

NOME ou EMPRESA: \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

CIDADE: \_\_\_\_\_ ESTADO: \_\_\_\_\_

FONE (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

**MODALIDADE: CHAMADA PÚBLICA N.º 002/2014**

**OBJETO: CONTRATAÇÃO/CREDENCIAMENTO DE ENTIDADES/INSTITUIÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO DE PESSOAS COM DEPENDÊNCIA QUÍMICA – DO SEXO FEMININO E MASCULINO – INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E POR VONTADE PRÓPRIA, PELO PERÍODO DE 3 MESES – SECRETARIA DE SAÚDE, CONFORME DESCRITIVO DO ANEXO I.**

Obtivemos, através do acesso [www.itapetininga.sp.gov.br](http://www.itapetininga.sp.gov.br) nesta data, cópia do instrumento convocatório da licitação acima identificada.

Visando à comunicação futura entre esta Prefeitura e sua empresa, solicitamos a Vossa Senhoria preencher o recibo de retirada do Edital e remete-lo ao Setor de Licitação, por meio de fax (15) 3273-3200 ou do e-mail [licitacao@itapetininga.sp.gov.br](mailto:licitacao@itapetininga.sp.gov.br).

A não remessa do recibo exime a Prefeitura Municipal de Itapetininga da responsabilidade da comunicação, por meio de fax ou e-mail, de eventuais esclarecimentos e retificações ocorridas no instrumento convocatório, bem como de quaisquer informações adicionais, não cabendo posteriormente qualquer reclamação.

Local: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

Nome por Extenso: \_\_\_\_\_

RG. n.º: \_\_\_\_\_

ASSINATURA



# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPETININGA

## ESTADO DE SÃO PAULO

PRAÇA DOS TRÊS PODERES N.º 1000 - JARDIM MARABÁ TEL/FAX 33769600

### EDITAL DE ABERTURA DA CHAMADA PÚBLICA 02/2014 PROCESSO Nº 118/2014

O Exmo. Sr. **LUIS ANTONIO DI FIORI FIORES COSTA**, Prefeito Municipal, através do Secretário Municipal de Saúde, Sr. **FELIPE THIBES GALVÃO**, torna público, que se acha aberto o processo de **CHAMADA PÚBLICA Nº 002/2014**, visando à seleção e possível formalização de CONTRATOS ou CONVÊNIOS para o **CONTRATAÇÃO/CREDENCIAMENTO DE ENTIDADES/INSTITUIÇÕES PRESTADORAS DE SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO DE PESSOAS COM DEPENDÊNCIA QUÍMICA – DO SEXO FEMININO E MASCULINO – INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E POR VONTADE PRÓPRIA, PELO PERÍODO DE 3 MESES – SECRETARIA DE SAÚDE, CONFORME DESCRITIVO DO ANEXO I.**

#### **O CRITÉRIO DO CREDENCIAMENTO SERÁ POR ITEM.**

A **CHAMADA PÚBLICA Nº 02/2014** será regida pelo disposto na Lei Federal 8.080/90; 8.666/93 e Lei nº 10.216/2001 e demais normas regulamentares aplicáveis à espécie.

Deverá cumprir o estabelecido na Resolução RDC nº 29/2011 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, que dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.

Deverá cumprir o estabelecido na Resolução RDC nº 50/2002 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, que dispõe sobre o regulamento técnico para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde, ou outros dispositivos legais que venham substituí-la ou complementá-la, observando que:

Os locais reservados para a internação devem priorizar a privacidade do paciente;

As dimensões das áreas físicas devem ser compatíveis com as atividades realizadas, de modo a prevenir acidentes;

A iluminação e a ventilação dos locais devem ser adequadas, oferecendo segurança para a realização das atividades;

As instalações físicas deverão ser mantidas em perfeitas condições de funcionamento e de higiene.

Cumprir o estabelecido na Resolução RDC nº **307/2002** da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, que dispõe sobre a regulamentação dos procedimentos de análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de saúde no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, altera o Regulamento Técnico aprovado pela RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, ou outros dispositivos legais que venham substituí-la ou complementá-la;

Cumprir o estabelecido na Resolução **RDC nº 189/2003** da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, que dispõe sobre a regulamentação dos procedimentos de análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de saúde no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, altera o Regulamento Técnico aprovado pela RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, ou outros dispositivos legais que venham substituí-la ou complementá-la;

Esta licitação atende a Requisição de Compras nº 3620/2014 da Secretaria Municipal de Saúde; protocolo nº 17.136/1/2014.

Os interessados deverão apresentar o envelope de credenciamento Protocolo Geral da Prefeitura Municipal de Itapetininga (térreo) sito na Praça dos Três Poderes n.º 1.000, Jardim



# **PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPETININGA**

## **ESTADO DE SÃO PAULO**

PRAÇA DOS TRÊS PODERES N.º 1000 - JARDIM MARABÁ TEL/FAX 33769600

Marabá, Itapetininga – SP, até às 10:00 hs horas do dia 27/06/2014. A abertura do envelope ocorrerá no mesmo endereço e no mesmo dia às 10:30 horas na, sala de Reuniões do Setor de Licitação da Prefeitura Municipal de Itapetininga quando se procederá a rubrica, pelos presentes, dos elementos ali contidos.

O edital estará disponível no site [www.portal.itapetininga.sp.gov.br/licitacao](http://www.portal.itapetininga.sp.gov.br/licitacao) no tópico Chamada Pública. Maiores informações através do telefone: (15) 3376-9620/9643.

**Não poderá ser exigido qualquer tipo de contrapartida financeira ou em bens da pessoa acolhida e/ou de seus familiares quando da utilização dos serviços contratados.**

### **• JUSTIFICATIVA:**

A contratação de instituição prestadora de serviços de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência psicoativa, faz-se necessária considerando a necessidade de cuidado integral aos usuários de crack, álcool e outras drogas e o aumento significativo desses usuários

Estando o município em franca ampliação do acesso através de sua rede de Atenção à Saúde baseado na lógica do território, faz-se necessário um plano coordenado e integrado de ações inserido na rede de Atenção à Saúde mais ampla para dar conta desta complexa problemática. Um dos componentes deste plano é uma ferramenta de acolhimento que ofereça cuidados contínuos de saúde, com funcionamento de vinte e quatro horas, em ambiente residencial, para pessoas com necessidade decorrentes do uso de crack, álcool e outras dependências, de ambos os sexos, que apresentem acentuada vulnerabilidade social e/ou familiar e demande acompanhamento terapêutico e proveito de caráter transitório que propicie a reabilitação biopsicossocial.

### **DAS CONDIÇÕES PARA PARTICIPAÇÃO:**

1.1 Poderão se credenciar as empresas, que tenham por objeto social os serviços previstos no Anexo I deste Edital e que apresentem a seguinte documentação para fins de habilitação ou protocolo vigente;

- a) Licença de Funcionamento expedido pela Vigilância Sanitária Municipal e/ou Estadual;
- b) Alvará de Licença de Funcionamento atualizado;
- c) Cópia do ato constitutivo, Contrato ou Estatuto Social em vigor, devidamente registrado junto ao órgão competente, acompanhado das alterações e consolidações;
- d) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);
- e) Prova de regularidade para com as Fazendas Federal e Municipal, do domicílio ou sede do licitante, ou outra equivalente na forma da lei, mediante a apresentação das seguintes certidões:
  - e.1) Certidão Conjunta Negativa de Débitos ou Certidão Conjunta Positiva com Efeitos de Negativa, relativos a Tributos Federais e à Dívida Ativa da União, expedida pela Secretaria da Receita Federal;
  - e.2) a Fazenda Municipal (certidão negativa ou positiva com efeitos de negativa de Débitos Mobiliários, do domicílio da licitante e em nome do mesmo).
  - e.3) Prova de regularidade perante o Sistema de Seguridade Social – INSS mediante a apresentação da CND - Certidão Negativa de Débito ou CPD-EN - Certidão Positiva de Débito com Efeitos de Negativa;
  - e.4) Prova de regularidade perante o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), por meio da apresentação do CRF - Certificado de Regularidade do FGTS;



# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPETININGA

## ESTADO DE SÃO PAULO

PRAÇA DOS TRÊS PODERES N.º 1000 - JARDIM MARABÁ TEL/FAX 33769600

- f) Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante apresentação de Certidão negativa nos termos do Título VII - A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei, nº 5.452 de 01/05/1943 (Lei nº12.440/2011).
- g) RG, CPF e comprovante de residência dos representantes legais da empresa;
- h) Certificado de Responsabilidade Técnica emitido pelo Conselho de Classe do profissional responsável.
- i) Registro da Empresa com a inscrição vigente, junto ao Conselho Regional de Classe ao qual pertence o responsável técnico da empresa, com a devida responsabilidade técnica delegada a pelo menos um profissional médico, terapeuta ocupacional ou outro profissional da área da saúde;
- j) Nome do responsável Técnico responsável pelo Programa Terapêutico (sendo que o Responsável técnico deverá ser um profissional de nível superior na área de Psicologia, Psiquiatria ou Clínica Geral).
- k) Apresentar atestado ou certidão de capacidade técnica fornecida por pessoa física ou jurídica de direito publico ou privado comprovando a boa execução dos serviços;
- l) Descrição de espaço físico e instalações;
- m) Relação dos profissionais com cópia dos respectivos registros nos Conselhos Regionais de classe, bem como cópia de documento comprobatório de relação empregatícia através de CP, Ficha de registro de empregado ou contrato de trabalho.
- n) Certidão Negativa de Falência ou Concordata, expedida pelo distribuidor da sede da licitante, com data de expedição não superior a 90 (noventa) dias, contados da data da apresentação dos envelopes.
- o) Apresentar as seguintes declarações:
  - o1)- Deverá cumprir o disposto na **RDC Nº 29/2011** que dispõe sobre os requisitos de segurança sanitária para o funcionamento de instituições que prestem serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso, abuso ou dependência de substâncias psicoativas.
  - o2) Cumprir o estabelecido na Resolução RDC nº 307/2002 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, que dispõe sobre a regulamentação dos procedimentos de análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de saúde no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, altera o Regulamento Técnico aprovado pela RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, ou outros dispositivos legais que venham substituí-la ou complementá-la;
  - o3)- Cumprir o estabelecido na Resolução RDC nº 189/2003 da Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA, que dispõe sobre a regulamentação dos procedimentos de análise, avaliação e aprovação dos projetos físicos de estabelecimentos de saúde no Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, altera o Regulamento Técnico aprovado pela RDC nº 50, de 21 de fevereiro de 2002, ou outros dispositivos legais que venham substituí-la ou complementá-la;

### **OBSERVAÇÕES:**

- 1 - As empresas credenciadas antes de assinar o Termo de Credenciamento, receberão visita de inspeção da Comissão Especial de Seleção das Propostas, formada por profissionais da área de Saúde Mental e Controle Social.
- 2 - Os documentos acima mencionados deverão ser apresentados em cópias originais ou autenticadas previamente por tabelião ou servidor da Administração.
- 3 - Os documentos apresentados e originais ficarão retidos no processo e somente serão desentranhados mediante solicitação de cópia no protocolo da Prefeitura Municipal.
- 4 - A documentação deverá ser acompanhada de **Proposta Técnica de Prestação de Serviços**, em



# **PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPETININGA**

## **ESTADO DE SÃO PAULO**

PRAÇA DOS TRÊS PODERES N.º 1000 - JARDIM MARABÁ TEL/FAX 33769600

conformidade com os itens constantes do Anexo I, **sendo que os valores unitários e globais para cada item ofertado não poderão ser alterados.**

## **2 - DOS CRITÉRIOS PARA O CREDENCIAMENTO**

**2.1** A documentação e a proposta apresentadas serão analisadas por uma equipe de técnicos nomeada através de Portaria nº 379 de 06/06/2014 pelo Prefeito Municipal.

**2.2** Caso houver mais de uma empresa interessada e habilitada em prestar os serviços relacionados no Anexo I, o volume dos serviços a serem contratados serão rateados de acordo com o número de prestadores habilitados, sendo a classificação feita através de sorteio entre os habilitados.

**2.3** Terão prioridade na contratação, seguindo-se a seguinte ordem: 1º) as entidades públicas; 2º) as entidades filantrópicas; 3º) entidades privadas sem fins lucrativos; 4º) Entidades Privadas com fins lucrativos, devendo as empresas interessadas fazer prova de sua situação, mediante a juntada no envelope de documentação pertinente.

**2.4.** Além da documentação constante do item 1, a pessoa física e/ou jurídica será vistoriada pela equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde para verificação de suas instalações.

**2.5.** A equipe técnica da Secretaria Municipal de Saúde após a vistoria de que trata o item anterior, irá emitir parecer detalhado a respeito das condições do local, opinando pela classificação ou desclassificação da instituição interessada, de acordo com normas técnicas de higiene, Conselho de Classe competente e adequação do ambiente da prestação dos serviços.

**2.6.** O parecer será analisado pela Sr. Secretário Municipal de Saúde, que decidirá, fundamentadamente, pela classificação ou desclassificação da instituição interessada.

## **3 - DA REMUNERAÇÃO**

**3.1** A remuneração dos serviços obedecerá aos valores unitários dos serviços descritos no Anexo I, não podendo ser alterados (majorados e/ou diminuídos) na Proposta Técnica de Prestação de Serviços apresentada pela empresa interessada.

**3.1.1** A apresentação de Proposta Técnica de Prestação de Serviços em valor abaixo do fixado no Anexo I não ocasionará a sua desclassificação, podendo ser adotados desde que a contratada declare que o valor ofertado não compromete a qualidade e demais requisitos envolvidos na prestação dos serviços, nem ocasionará a manutenção do equilíbrio econômico-financeiro do contrato/convênio em razão dos preços ofertados cujo limite são os fixados no Anexo I, não influenciando ou servindo de qualquer benefício na divisão dos serviços entre eventuais outros credenciados.

**3.2.** Os recursos financeiros serão atendidos pela dotação abaixo, vigente no orçamento da **CONTRATANTE** para o exercício de 2014 e as correspondentes para os exercícios futuros, em caso de prorrogação contratual, as despesas decorrentes para o próximo exercício correrão por conta da dotação orçamentária, prevista na lei de orçamento, bem como no que for necessário para suportar este contrato/convênio, advindo do orçamento do exercício de 2015, aplicando-se no que couber o disposto no artº 7º, § 2º, item III e/ou artigo 65, §8º todos da Lei 8.666/93 e posteriores alterações:

Dotação = 254

Ficha: 198



# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPETININGA

## ESTADO DE SÃO PAULO

PRAÇA DOS TRÊS PODERES N.º 1000 - JARDIM MARABÁ TEL/FAX 33769600

Órgão = 02 – Prefeitura Municipal de Itapetininga

Unidade Orç. = 08 – Secretaria Municipal de Saúde

Unidade Exec. = 01 – Gabinete do Secretário e Dependências

Função: 10 – Saúde

Subfunção: 301 – Atenção Básica;

Programa: 0063 – Gestão do Fundo Municipal de Saúde

Projeto/Atividade: 2039 – Gestão das Ações de Apoio Administrativo, de Manutenção

Categ. Econômica: 3.3.90 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica

Elemento Despesa: 39 – Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica

Fonte de Recurso: 01 - Tesouro

### 4 - DO OBJETO

**4.1 PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO DE PESSOAS COM DEPENDÊNCIA QUÍMICA – DO SEXO FEMININO E MASCULINO – INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E POR VONTADE PRÓPRIA, PELO PERÍODO DE 3 MESES – SECRETARIA DE SAÚDE, CONFORME DESCRITIVO DO ANEXO I.**

**4.2** Os serviços a serem prestados pelas licitantes vencedoras obedecerão aos limites quantitativos fixados, respeitados os parâmetros definidos pela **CONTRATANTE/CONVENENTE**.

**4.3** Os serviços ora contratados estão referidos a uma base territorial populacional, conforme Plano de Saúde da **CONTRATANTE/CONVENENTE** e serão ofertados com base nas indicações técnicas do planejamento da saúde mediante compatibilização das necessidades da demanda e a disponibilidade de recursos financeiros.

**4.4** A eventual mudança de endereço do estabelecimento da licitante vencedora será imediatamente comunicada à **CONTRATANTE/CONVENENTE**, que analisará a conveniência de manter os serviços ora contratados em outro endereço, podendo a **CONTRATANTE/CONVENENTE** rever as condições do **CONTRATO/CONVÊNIO**, e até mesmo rescindi-lo, se entender conveniente. A mudança do responsável técnico também deverá ser comunicada à **CONTRATANTE/CONVENENTE**.

**4.5** Mediante Termo Aditivo, e de acordo com a capacidade operacional da **CONTRATADA/CONVENIADA** e as necessidades da **CONTRATANTE/CONVENENTE**, as partes deverão reavaliar a capacidade instalada, após o que poderão realizar acréscimos aos valores limites deste contrato/convênio, durante o período de sua vigência, incluídas as prorrogações, mediante justificativa aprovada pela **CONTRATANTE/CONVENENTE**.

**4.6** O montante de serviços indicados acima deverá ser dividido de forma equânime pela **CONTRATANTE/CONVENENTE**, entre tantos quantos forem os prestadores eleitos, mantendo a paridade na execução dos serviços.

### 5 - DA REVISÃO DO PREÇO

**5.1** Os valores estipulados dos procedimentos contratados serão revistos na mesma proporção, índices e épocas dos reajustes concedidos pelo Ministério da Saúde, garantindo sempre o equilíbrio físico-financeiro do contrato/convênio, nos termos do art. 26 da Lei 8.080/90 e nos



# **PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPETININGA**

## **ESTADO DE SÃO PAULO**

PRAÇA DOS TRÊS PODERES N.º 1000 - JARDIM MARABÁ TEL/FAX 33769600

termos da Lei Federal de Licitações e Contratos Administrativos.

### **6 - DO CONTRATO/CONVÊNIO**

**6.1. O prazo de vigência do contrato/convênio será de 12 (doze) meses, contados a partir da data de sua assinatura.**

**6.2** Constan do modelo de Contrato/convênio que compõe o Anexo II do presente edital, as condições e a forma de execução do objeto contratado. Qualquer alteração do contrato/convênio, ressalvado o quanto previsto no item VI. a, será objeto de Termo Aditivo, na forma da legislação referente às licitações e contratos administrativos.

**6.3** Para a assinatura do contrato/convênio a empresa deverá se fazer representar por:

- a) Sócio ou administrador estatutário, que tenha poderes de administração e gerência, constante no contrato social e suas alterações ou no contrato social consolidado.
- b) Procurador, nomeado através de procuração particular com poderes específicos, assinada, com firma reconhecida, por sócio que tenha poderes para tal delegação.

### **7. DAS NORMAS GERAIS**

**7.1** Os serviços ora contratados serão prestados diretamente por profissionais do estabelecimento da licitante vencedora.

**7.1.1** Para os efeitos deste edital consideram-se profissionais do próprio estabelecimento:

**7.1.1.1** o membro do seu corpo técnico e de profissionais;

**7.1.1.2** o profissional que tenha vínculo de emprego com a licitante vencedora;

**7.1.1.3** o profissional autônomo que, eventualmente ou permanentemente, presta serviços a licitante vencedora ou se por esta autorizado;

**7.1.1.4** o profissional que, não estando incluído nas categorias referidas nos itens acima, é admitido pela licitante vencedora nas suas instalações para prestar serviço.

**7.1.2** Equipara-se ao profissional autônomo, definido nos itens 11.1.1.3 e 11.1.1.4, a empresa, o grupo, a sociedade ou conglomerado de profissionais que exerçam atividades na área de saúde.

**7.2** A contratação do serviço inclui todas as despesas de Responsabilidade Técnica, mão de obra e materiais necessários à prestação dos serviços;

**7.3** A licitante vencedora não poderá cobrar do paciente, ou seu acompanhante, qualquer complementação aos valores pagos pelos serviços prestados nos termos deste contrato/convênio;



# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPETININGA

## ESTADO DE SÃO PAULO

PRAÇA DOS TRÊS PODERES N.º 1000 - JARDIM MARABÁ TEL/FAX 33769600

**7.4** A licitante vencedora responsabilizar-se-á por cobrança indevida, feita ao paciente ou seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste contrato/convênio;

**7.5** Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidos pela **CONTRATANTE/CONVENENTE** sobre a execução do objeto deste edital as partes reconhecem a prerrogativa de controle e auditoria nos termos da legislação vigente, pelos órgãos gestores do SUS, ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de termo aditivo específico, ou de notificação dirigida a licitante vencedora.

**7.6** É de responsabilidade exclusiva e integral da licitante vencedora a utilização de pessoal para execução do objeto deste edital, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a **CONTRATANTE/CONVENENTE** ou para o Ministério da Saúde, e ainda, a prestação dos serviços ora contratados não implica vínculo empregatício, nem exclusividade de colaboração entre a **CONTRATANTE/CONVENENTE** e a licitante vencedora.

### 8. DEMAIS CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO DO OBJETO

**8.1** Para o cumprimento do objeto deste edital a licitante vencedora se obriga:

**8.1.1** - A entidade deve prezar em garantir o que está estabelecido na Lei nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. (anexo I);

**8.1.2** - Ter uma equipe mínima de profissionais da comunidade terapêutica capacitados para atendimento às pessoas com transtornos decorrentes de uso ou abuso de substâncias psicoativas com potencial de abuso, conforme estabelece a Resolução ANVISA - RDC nº 29, de 30 de junho de 2011; (Anexo II);

**8.1.3** - O serviço deve garantir a presença de, pelo menos, um membro da equipe técnica no estabelecimento no período noturno, e eventual ausência, com a sua imediata reposição;

**8.1.4** - Os serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas a serem credenciados, devem ter capacidade máxima de alojamento conforme normas regulamentadoras vigentes;

**8.1.5** - A entidade deve manter fichas individuais/prontuários constando o registro das atividades abaixo:

I - horário do despertar;

II - atividade física e desportiva;

III - atividade lúdico-terapêutica variada;

IV - atendimento em grupo e individual;

V - atividade que promova o conhecimento sobre a dependência de substâncias psicoativas;

VI - atividade que promova o desenvolvimento interior;

VII - registro de atendimento médico, quando houver;

VIII - atendimento em grupo coordenado por membro da equipe;

IX - participação na rotina de limpeza, organização, cozinha, horta, e outros;

X - atividades de estudos para alfabetização e profissionalização;

XI - atendimento à família durante o período de tratamento;

XII - tempo previsto de permanência do residente na instituição; e





# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPETININGA

## ESTADO DE SÃO PAULO

PRAÇA DOS TRÊS PODERES N.º 1000 - JARDIM MARABÁ TEL/FAX 33769600

XIII - atividades visando à reinserção social do residente.

**8.1.6** Oferecer garantia do acompanhamento das recomendações médicas e /ou utilização de medicamentos, sob critérios previamente estabelecidos, acompanhando as devidas prescrições, ficando a cargo da comunidade terapêutica/clinica a responsabilidade quanto à administração, dispensação, controle e guarda do medicamento;

**8.1.7** Realização de atividades ou trabalhos terapêuticos com os usuários e família;

**8.1.8** Fornecimento de comprovação do registro da entidade, bem como o fornecimento do registro de cada profissional técnico de acordo com sua categoria profissional;

**8.1.9** Boas condições de alimentação, higiene, alojamento e estrutura física;

**8.1.10** Servir no mínimo, 6 refeições diárias distribuídas em: café da manhã, almoço e jantar, com lanche em cada intervalo entre as refeições acrescidos de 01 guloseima da cantina e uma ceia antes do repouso noturno;

**8.1.11** Preservar o direito da pessoa acolhida à Assistência integral em saúde, incluindo, quando necessário, a busca de atendimento junto ao Sistema Único de Saúde, comunicando, imediatamente a equipe de referencia do município, assim como deverão ser comunicadas as intercorrências que porventura ocorrem.

**8.1.12** Os contatos da entidade deverão ser feitos com instituição que realizou a internação, nunca diretamente com os familiares dos usuários internados.

**8.1.13** Permitir e orientar acerca da Visitação de familiares. As visitas deverão ocorrer nos finais de semana, sempre na presença do responsável técnico da entidade, tendo em vista à facilitar o comparecimento dos familiares.

**8.1.14** Permitir acesso aos meios de comunicação que permitam contato com familiares durante o acolhimento, conforme rotina e normas da entidade;

**8.1.15** Oferecer o enxoval de cama e banho adequado com troca mínima de 01 vez por semana, e devidamente higienizado;

**8.1.16** Garantir a privacidade, uso de vestuário próprio e de objetos pessoais conforme normas da entidade.

**8.1.17** Oferecer respeito à pessoa, à família e à coletividade, não discriminando pela doença estabelecida, a fim de evitar preconceitos e estigmatização;

**8.1.18** Deve informar sobre os direitos e a cidadania, fornecer orientações sobre os direitos e deveres e regimento da comunidade/clinica;

**8.1.19** Fica estabelecido a proibição de castigos físicos, psiquiátricos ou morais, respeitando a dignidade, a preferência sexual, antecedentes criminais, situação financeira, credo religioso, etc.;

**8.1.20** Informar à pessoa acolhida e/ou responsável, as normas da entidade, bem como o caráter gratuito do serviço prestado, o que deverá ser consignado em Termo de Adesão,

**8.1.21** Compromisso com o sigilo, segundo as normas éticas garantindo-se o anonimato; qualquer divulgação de informação a respeito das pessoas internadas, quanto a modalidade de exposição, só poderá ocorrer se previamente for autorizada por escrito pela pessoas, familiares ou por seus responsáveis legais;

**8.1.22** Garantir ao paciente a confidencialidade dos dados e informações sobre sua assistência;

**8.1.23** Articular junto à unidade de referência de assistência social a preparação para a alta e o processo de reinserção social da pessoa acolhida;

**8.1.24** Quando da alta terapêutica ou desistência a comunidade terapêutica/clínica, deverá buscar apoio da rede de atenção psicossocial, desta forma, a comunidade/clínica deverá



# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPETININGA

## ESTADO DE SÃO PAULO

PRAÇA DOS TRÊS PODERES N.º 1000 - JARDIM MARABÁ TEL/FAX 33769600

comunicar, formalmente, às unidades de referência de saúde e de assistência social quando da alta terapêutica, desistência, a fim de estabelecer o encaminhamento ao: CAPS AD (quando maior de 18 anos); Casa do Adolescente (na faixa etária de 10 a 18 anos).

**8.1.25** Responsabilizar-se pelos salários, encargos sociais, previdenciários, taxas, impostos e quaisquer outros que incidam ou venham incidir sobre seu pessoal necessário à execução do serviço;

**8.1.26** Informar à Secretaria de Saúde Pública de Itapetininga eventual alteração de sua razão social, de seu controle acionário ou de mudança de sua diretora ou de seu estatuto, enviando cópia autenticada da certidão da Junta comercial ou do cartório de registro civil das pessoas jurídicas;

**8.1.27** Executar, conforme a melhor técnica, a prestação do serviço, obedecendo rigorosamente às normas técnicas respectivas;

**8.1.28** Cumprir, dentro dos prazos estabelecidos as obrigações assumidas por força deste edital;

**8.1.29** Permitir o acesso dos Técnicos dos serviços da rede de atenção psicossocial de Itapetininga para supervisionar e acompanhar a execução da prestação dos serviços especializados do contrato/convênio;

**8.1.30** Manter, durante todo o contrato/convênio, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no edital.

**8.1.31** - Oferecer ao paciente todo o recurso necessário ao seu atendimento;

**8.1.32** - Manter os equipamentos e suporte material adequado para prestação de serviço;

**8.1.33** - Atender a todas as normas legais éticas e morais, referentes a prestação do serviço;

**8.1.34** - Submeter-se a avaliações sistemáticas de acordo com o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASS;

**8.1.35** - Garantir o acesso dos conselhos de saúde aos serviços contratados no exercício de seu poder de fiscalização;

**8.1.36** - Cumprir as diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH.

**8.1.37** - Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;

**8.1.38** - Atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação de serviços;

**8.1.39** - Justificar ao paciente, ou o seu representante, por escrito, e à **PREFEITURA DE ITAPETININGA, através da Secretaria Municipal de Saúde, pelo funcionário gestor**, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste edital;

**8.1.40** - Notificar a **CONTRATANTE/CONVENENTE** de eventual alteração de sua razão social ou de seu controle acionário e de mudança de sua Diretoria, contrato ou estatuto, enviando à **CONTRATANTE/CONVENENTE**, no prazo de sessenta (60) dias, contados a partir da data de registro da alteração, cópia autenticada da Certidão da Junta Comercial ou do Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas;

**8.1.41** - Manter as dependências em perfeito estado de conservação, higiene e funcionamento;

**8.1.42** - Garantir a confidencialidade dos dados e informações dos pacientes;

**8.1.43** - A licitante vencedora fica obrigada a entregar ao usuário ou ao seu responsável, no ato da saída do estabelecimento, documento de histórico do atendimento prestado ou resumo de alta, onde conste, também, a inscrição ***“Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes***



# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPETININGA

## ESTADO DE SÃO PAULO

PRAÇA DOS TRÊS PODERES N.º 1000 - JARDIM MARABÁ TEL/FAX 33769600

*de seus impostos e contribuições sociais”.*

### 9 - DO LOCAL DE ENTREGA DOS DOCUMENTOS:

**9.1.** Os prestadores deverão apresentar toda a documentação exigida no item I e sub itens deste edital, em envelope lacrado, em cuja parte externa, além da razão social e endereço estejam escrito: **CHAMADA PÚBLICA Nº 02/2014 – PROCESSO Nº 118/2014, DOCUMENTO DE CREDENCIAMENTO, SMS – ITAPETININGA.SP**

**9.2.** O local de entrega dos documentos será na sede Prefeitura Municipal de Itapetininga, situada na Praça dos Três Poderes nº1000, Jardim Marabá, nesta cidade de Itapetininga, conforme preâmbulo desse Edital.

### 10 - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS:

**10.1.** A CONTRATADA/CONVENIADA se responsabilizará exclusiva e integralmente pela utilização de pessoal para execução do objeto contratado, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a Secretaria Municipal de Saúde.

**10.2** A Secretaria Municipal de Saúde se reserva o direito de suspender preventivamente a CONTRATADA/CONVENIADA pelo prazo de 30 (trinta) dias, prorrogável por igual período, para investigar eventuais indícios de irregularidades no serviço público prestado, estas que estejam em desacordo com as normas deste Edital, bem como aos princípios e normas do SUS, inclusive em relação ao bom atendimento ao público, devendo-se assegurar o contraditório e a ampla defesa.

**10.3** Não serão considerados documentos apresentados por via postal, telegrama, e-mail ou fax-símile.

**10.4** Os documentos deverão ser obrigatoriamente originais ou cópia previamente autenticada por cartório ou pela Comissão.

**10.5** Este Edital e seus anexos estão à disposição dos interessados na Secretaria Municipal de Saúde, nesta cidade de Itapetininga.

**10.6** O cadastramento não implicará na contratação de serviços.

**10.7** Prazo para apresentar a documentação necessária à participação da presente **Chamada Pública será até o dia 27 de junho de 2014 devendo ser protocolada no Protocolo Geral até as 10:00 horas. A abertura dos envelopes contendo os documentos e propostas acontecerá no mesmo dia as 10:30 horas.**

**10.8** A lista dos prestadores de serviços credenciados, e na ordem de classificação, será publicada no Semanário Oficial do Município, Diário Oficial do Estado de São Paulo, Jornal Diário de São Paulo e no mural interno do Saguão do Paço Municipal;

**10.9** A contratação dos serviços será feita logo após publicação da Lista de Classificação pela Secretaria da Saúde no Semanário Oficial de Itapetininga e Diário Oficial do Estado de São Paulo;

**10.10** Os casos omissos serão decididos através do parecer da Equipe Técnica e homologados pela Secretaria da Saúde;



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPETININGA**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**

PRAÇA DOS TRÊS PODERES N.º 1000 - JARDIM MARABÁ TEL/FAX 33769600

**10.11** Serão contratados apenas os serviços e procedimentos elencados no Anexo I deste Edital;

**10.12** Será competente o Foro da Comarca de Itapetininga, Estado de São Paulo, para dirimir dúvidas oriundas deste Edital, com renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado seja.

Itapetininga, 06 de junho de 2014.

**LUIS ANTONIO DI FIORI FIORES COSTA**  
**PREFEITO MUNICIPAL**



# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPETININGA

## ESTADO DE SÃO PAULO

PRAÇA DOS TRÊS PODERES N.º 1000 - JARDIM MARABÁ TEL/FAX 33769600

### CHAMADA PÚBLICA Nº 02/2014

#### ANEXO I

Item	Descrição	Qtde	Unidade Medida	VALOR UNITÁRIO MÉDIO ESTIMADO	VALOR TOTAL MÉDIO ESTIMADO
1	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO DE PESSOAS DO SEXO MASCULINO, SENDO A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA, COM TRANSTORNOS DECORRENTES DO USO, ABUSO OU DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA, PELO PERIODO DE 3 MESES.	20	SV	R\$5.238,00	R\$104.760,00
2	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO DE PESSOAS DO SEXO FEMININO, SENDO A INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA, COM TRANSTORNOS DECORRENTES DO USO, ABUSO OU DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA, PELO PERIODO DE 3 MESES.	20	SV	R\$5.300,50	R\$106.010,00
3	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO DE PESSOAS DO SEXO MASCULINO, SENDO A INTERNAÇÃO POR VONTADE PRÓPRIA, COM TRANSTORNOS DECORRENTES DO USO, ABUSO OU DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA, PELO PERIODO DE 3 MESES.	20	SV	R\$4.942,50	R\$98.850,00
4	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO DE PESSOAS DO SEXO FEMININO, SENDO A INTERNAÇÃO POR VONTADE PRÓPRIA, COM TRANSTORNOS DECORRENTES DO USO, ABUSO OU DEPENDÊNCIA DE SUBSTÂNCIA PSICOATIVA, PELO PERIODO DE 3 MESES.FAIXA ETÁRIA DE 09 A 18 ANOS.	20	SV	R\$5.005,00	R\$100.100,00

#### CONDIÇÕES PARA A EXECUÇÃO DO CONTRATO/CONVÊNIO:

##### 1- DAS OBRIGAÇÕES DOS PRESTADORES DE SERVIÇOS.

1.1 A entidade deve prezar em garantir o que está estabelecido na Lei nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE



# **PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPETININGA**

## **ESTADO DE SÃO PAULO**

PRAÇA DOS TRÊS PODERES N.º 1000 - JARDIM MARABÁ TEL/FAX 33769600

2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. (anexo I);

1.2 Ter uma equipe mínima de profissionais da comunidade terapêutica capacitados para atendimento às pessoas com transtornos decorrentes de uso ou abuso de substâncias psicoativas com potencial de abuso, conforme estabelece a Resolução ANVISA - RDC nº 29, de 30 de junho de 2011; (Anexo II);

1.3 O serviço deve garantir a presença de, pelo menos, um membro da equipe técnica no estabelecimento no período noturno, e eventual ausência, com a sua imediata reposição;

1.4 Os serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas a serem credenciados, devem ter capacidade máxima de alojamento conforme normas regulamentadoras vigentes;

1.5 A entidade deve manter fichas individuais/prontuários constando o registro das atividades abaixo: I - horário do despertar; II - atividade física e desportiva; III - atividade lúdico-terapêutica variada; IV - atendimento em grupo e individual; V - atividade que promova o conhecimento sobre a dependência de substâncias psicoativas; VI - atividade que promova o desenvolvimento interior; VII - registro de atendimento médico, quando houver; VIII - atendimento em grupo coordenado por membro da equipe; IX - participação na rotina de limpeza, organização, cozinha, horta, e outros; X - atividades de estudos para alfabetização e profissionalização; XI - atendimento à família durante o período de tratamento. XII - tempo previsto de permanência do residente na instituição; e XIII - atividades visando à reinserção social do residente.

1.6 Oferecer garantia do acompanhamento das recomendações médicas e /ou utilização de medicamentos, sob critérios previamente estabelecidos, acompanhando as devidas prescrições, ficando a cargo da comunidade terapêutica/clinica a responsabilidade quanto à administração, dispensação, controle e guarda do medicamento;

1.7 Realização de atividades ou trabalhos terapêuticos com os usuários e família;

1.8 Fornecimento de comprovação do registro da entidade, bem como o fornecimento do registro de cada profissional técnico de acordo com sua categoria profissional;

1.9 Boas condições de alimentação, higiene, alojamento e estrutura física;

1.10 Servir no mínimo, 6 refeições diárias distribuídas em: café da manhã, almoço e jantar, com lanche em cada intervalo entre as refeições acrescidos de 01 guloseima da cantina e uma ceia antes do repouso noturno;

1.11 Preservar o direito da pessoa acolhida à Assistência integral em saúde, incluindo, quando necessário, a busca de atendimento junto ao Sistema Único de Saúde, comunicando, imediatamente a equipe de referencia do município, assim como deverão ser comunicadas as intercorrências que porventura ocorrem.

1.12 Os contatos da entidade deverão ser feitos com instituição que realizou a internação, nunca diretamente com os familiares dos usuários internados.

1.13 Permitir e orientar acerca da Visitação de familiares. As visitas deverão ocorrer nos finais de semana, sempre na presença do responsável técnico da entidade, tendo em vista à facilitar o comparecimento dos familiares.

1.14 Permitir acesso aos meios de comunicação que permitam contato com familiares durante o acolhimento, conforme rotina e normas da entidade;

1.15 Oferecer o enxoval de cama e banho adequado com troca mínima de 01 vez por semana, e devidamente higienizado;

1.16 Garantir a privacidade, uso de vestuário próprio e de objetos pessoais conforme normas da entidade.



# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPETININGA

## ESTADO DE SÃO PAULO

PRAÇA DOS TRÊS PODERES N.º 1000 - JARDIM MARABÁ TEL/FAX 33769600

- 1.17 Oferecer respeito à pessoa, à família e à coletividade, não discriminando pela doença estabelecida, a fim de evitar preconceitos e estigmatização;
- 1.18 Deve informar sobre os direitos e a cidadania, fornecer orientações sobre os direitos e deveres e regimento da comunidade/clinica;
- 1.19 Fica estabelecido a proibição de castigos físicos, psiquiátricos ou morais, respeitando a dignidade, a preferência sexual, antecedentes criminais, situação financeira, credo religioso, etc.;
- 1.20 Informar à pessoa acolhida e/ou responsável, as normas da entidade, bem como o caráter gratuito do serviço prestado, o que deverá ser consignado em Termo de Adesão,
- 1.21 Compromisso com o sigilo, segundo as normas éticas garantindo-se o anonimato; qualquer divulgação de informação a respeito das pessoas internadas, quanto a modalidade de exposição, só poderá ocorrer se previamente for autorizada por escrito pela pessoas, familiares ou por seus responsáveis legais;
- 1.22 Garantir ao paciente a confidencialidade dos dados e informações sobre sua assistência;
- 1.23 Articular junto à unidade de referência de assistência social a preparação para a alta e o processo de reinserção social da pessoa acolhida;
- 1.24 Quando da alta terapêutica ou desistência a comunidade terapêutica/clínica, deverá buscar apoio da rede de atenção psicossocial, desta forma, a comunidade/clínica deverá comunicar, formalmente, às unidades de referência de saúde e de assistência social quando da alta terapêutica, desistência, a fim de estabelecer os encaminhamento ao: CAPS AD (quando maior de 18 anos) ; Casa do Adolescente (na faixa etária de 10 a 18 anos).
- 1.25 Responsabilizar-se pelos salários, encargos sociais, previdenciários, taxas, impostos e quaisquer outros que incidam ou venham incidir sobre seu pessoal necessário à execução do serviço;
- 1.26 Informar à Secretaria de Saúde Pública de Itapetininga eventual alteração de sua razão social, de seu controle acionário ou de mudança de sua diretora ou de seu estatuto, enviando cópia autenticada da certidão da Junta comercial ou do cartório de registro civil das pessoas jurídicas;
- 1.27 Executar, conforme a melhor técnica, a prestação do serviço, obedecendo rigorosamente às normas técnicas respectivas;
- 1.28 Cumprir, dentro dos prazos estabelecidos as obrigações assumidas por força deste edital;
- 1.29 Permitir o acesso dos Técnicos dos serviços da rede de atenção psicossocial de Itapetininga para supervisionar e acompanhar a execução da prestação dos serviços especializados do contrato/convênio;
- 1.30 Manter, durante todo o contrato/convênio, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no edital.
- 1.31 O valor total estimado da contratação é de **R\$ 409.720,00 (quatrocentos e nove mil, setecentos e vinte reais).**

**FELIPE THIBES GALVÃO**  
**SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE**



# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPETININGA

## ESTADO DE SÃO PAULO

PRAÇA DOS TRÊS PODERES N.º 1000 - JARDIM MARABÁ TEL/FAX 33769600

### ANEXO II

#### MINUTA DE CONTRATO/CONVÊNIO

#### CHAMADA PÚBLICA Nº 02/2014

Pelo presente instrumento particular e na melhor forma de direito, a PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPETININGA, sito na Praça dos Três Poderes, nº 1.000, Jardim Marabá, Itapetininga SP, devidamente cadastrada no C.N.P.J. sob o n.º 46.634.291/0001-70, neste ato representada por seu Prefeito Municipal que este subscreve, de conformidade com seus Estatutos Sociais, daqui para a frente denominada simplesmente CONTRATANTE/CONVENIENTE e, a empresa ....., estabelecida à Rua ..... n.º ..... - ..... em Itapetininga, Estado de São Paulo, CEP 18200-000, inscrita no CNPJ/MF sob n.º ....., representada neste ato pelo Sr. ....., portador do RG n.º ..... SSP-SP e CPF/MF n.º ....., residente e domiciliado na rua ..... n.º ..... - ....., na cidade de ....., Estado de São Paulo, doravante denominada simplesmente CONTRATADA/CONVENIADA, celebram o presente contrato/convênio, disciplinado pela Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1.993, com as alterações das Leis Federais nº 8.883 de 08 de junho de 1.994 e n.º 9.648 de 27 de maio de 1.998, aplicando-se a Lei Orgânica do Município e demais leis pertinentes.

#### CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente Contrato/convênio tem por objeto o **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO DE PESSOAS COM DEPENDÊNCIA QUÍMICA – DO SEXO FEMININO E MASCULINO – INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E POR VONTADE PRÓPRIA, PELO PERÍODO DE 3 MESES – SECRETARIA DE SAÚDE, CONFORME DESCRITIVO DO ANEXO I.**

**1.2** Os serviços a serem prestados pelas contratadas obedecerão aos limites quantitativos fixados, respeitados os parâmetros definidos pela **CONTRATANTE/CONVENIENTE.**

**1.3** Os serviços ora contratados estão referidos a uma base territorial populacional, conforme Plano de Saúde da **CONTRATANTE/CONVENIENTE** e serão ofertados com base nas indicações técnicas do planejamento da saúde mediante compatibilização das necessidades da demanda e a disponibilidade de recursos financeiros.

**1.4** A eventual mudança de endereço do estabelecimento da contratada será imediatamente comunicada à **CONTRATANTE/CONVENIENTE**, que analisará a conveniência de manter os serviços ora contratados em outro endereço, podendo a **CONTRATANTE/CONVENIENTE** rever as condições do **CONTRATO/CONVÊNIO**, e até mesmo rescindi-lo, se entender conveniente. A mudança do responsável técnico também deverá ser comunicada à **CONTRATANTE/CONVENIENTE.**

**1.5** Mediante Termo Aditivo, e de acordo com a capacidade operacional da **CONTRATADA/CONVENIADA** e as necessidades da **CONTRATANTE/CONVENIENTE**, as partes deverão reavaliar a capacidade instalada, após o que poderão realizar acréscimos aos valores limites deste contrato/convênio, durante o período de sua vigência, incluídas as prorrogações,





# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPETININGA

## ESTADO DE SÃO PAULO

PRAÇA DOS TRÊS PODERES N.º 1000 - JARDIM MARABÁ TEL/FAX 33769600

mediante justificativa aprovada pela **CONTRATANTE/CONVENIENTE**.

**1.6** O montante de serviços indicados acima deverá ser dividido de forma equânime pela **CONTRATANTE/CONVENIENTE**, entre tantos quantos forem os prestadores eleitos, mantendo a paridade na execução dos serviços.

## 2. CONDIÇÕES DE EXECUÇÃO DO OBJETO

**2.1** Para o cumprimento do objeto deste edital a contratada se obriga:

**2.1.1** - A entidade deve prezar em garantir o que está estabelecido na Lei nº 10.216, DE 6 DE ABRIL DE 2001, que dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. (anexo I);

**2.1.2** - Ter uma equipe mínima de profissionais da comunidade terapêutica capacitados para atendimento às pessoas com transtornos decorrentes de uso ou abuso de substâncias psicoativas com potencial de abuso, conforme estabelece a Resolução ANVISA - RDC nº 29, de 30 de junho de 2011; (Anexo II);

**2.1.3** - O serviço deve garantir a presença de, pelo menos, um membro da equipe técnica no estabelecimento no período noturno, e eventual ausência, com a sua imediata reposição;

**2.1.4** - Os serviços de atenção a pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas a serem credenciados, devem ter capacidade máxima de alojamento conforme normas regulamentadoras vigentes;

**2.1.5** - A entidade deve manter fichas individuais/prontuários constando o registro das atividades abaixo:

I - horário do despertar;

II - atividade física e desportiva;

III - atividade lúdico-terapêutica variada;

IV - atendimento em grupo e individual;

V - atividade que promova o conhecimento sobre a dependência de substâncias psicoativas;

VI - atividade que promova o desenvolvimento interior;

VII - registro de atendimento médico, quando houver;

VIII - atendimento em grupo coordenado por membro da equipe;

IX - participação na rotina de limpeza, organização, cozinha, horta, e outros;

X - atividades de estudos para alfabetização e profissionalização;

XI - atendimento à família durante o período de tratamento;

XII - tempo previsto de permanência do residente na instituição; e

XIII - atividades visando à reinserção social do residente.

**2.1.6** Oferecer garantia do acompanhamento das recomendações médicas e /ou utilização de medicamentos, sob critérios previamente estabelecidos, acompanhando as devidas prescrições, ficando a cargo da comunidade terapêutica/clinica a responsabilidade quanto à administração, dispensação, controle e guarda do medicamento;

**2.1.7** Realização de atividades ou trabalhos terapêuticos com os usuários e família;

**2.1.8** Fornecimento de comprovação do registro da entidade, bem como o fornecimento do registro de cada profissional técnico de acordo com sua categoria profissional;

**2.1.9** Boas condições de alimentação, higiene, alojamento e estrutura física;

**2.1.10** Servir no mínimo, 6 refeições diárias distribuídas em: café da manhã, almoço e jantar, com lanche em cada intervalo entre as refeições acrescidos de 01 guloseima da cantina e uma ceia antes do repouso noturno;



# **PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPETININGA**

## **ESTADO DE SÃO PAULO**

PRAÇA DOS TRÊS PODERES N.º 1000 - JARDIM MARABÁ TEL/FAX 33769600

- 2.1.11** Preservar o direito da pessoa acolhida à Assistência integral em saúde, incluindo, quando necessário, a busca de atendimento junto ao Sistema Único de Saúde, comunicando, imediatamente a equipe de referência do município, assim como deverão ser comunicadas as intercorrências que porventura ocorrem.
- 2.1.12** Os contatos da entidade deverão ser feitos com instituição que realizou a internação, nunca diretamente com os familiares dos usuários internados.
- 2.1.13** Permitir e orientar acerca da Visitação de familiares. As visitas deverão ocorrer nos finais de semana, sempre na presença do responsável técnico da entidade, tendo em vista à facilitar o comparecimento dos familiares.
- 2.1.14** Permitir acesso aos meios de comunicação que permitam contato com familiares durante o acolhimento, conforme rotina e normas da entidade;
- 2.1.15** Oferecer o enxoval de cama e banho adequado com troca mínima de 01 vez por semana, e devidamente higienizado;
- 2.1.16** Garantir a privacidade, uso de vestuário próprio e de objetos pessoais conforme normas da entidade.
- 2.1.17** Oferecer respeito à pessoa, à família e à coletividade, não discriminando pela doença estabelecida, a fim de evitar preconceitos e estigmatização;
- 2.1.18** Deve informar sobre os direitos e a cidadania, fornecer orientações sobre os direitos e deveres e regimento da comunidade/clinica;
- 2.1.19** Fica estabelecido a proibição de castigos físicos, psiquiátricos ou morais, respeitando a dignidade, a preferência sexual, antecedentes criminais, situação financeira, credo religioso, etc.;
- 2.1.20** Informar à pessoa acolhida e/ou responsável, as normas da entidade, bem como o caráter gratuito do serviço prestado, o que deverá ser consignado em Termo de Adesão,
- 2.1.21** Compromisso com o sigilo, segundo as normas éticas garantindo-se o anonimato; qualquer divulgação de informação a respeito das pessoas internadas, quanto a modalidade de exposição, só poderá ocorrer se previamente for autorizada por escrito pela pessoas, familiares ou por seus responsáveis legais;
- 2.1.22** Garantir ao paciente a confidencialidade dos dados e informações sobre sua assistência;
- 2.1.23** Articular junto à unidade de referência de assistência social a preparação para a alta e o processo de reinserção social da pessoa acolhida;
- 2.1.24** Quando da alta terapêutica ou desistência a comunidade terapêutica/clínica, deverá buscar apoio da rede de atenção psicossocial, desta forma, a comunidade/clínica deverá comunicar, formalmente, às unidades de referência de saúde e de assistência social quando da alta terapêutica, desistência, a fim de estabelecer os encaminhamento ao: CAPS AD (quando maior de 18 anos) ; Casa do Adolescente (na faixa etária de 10 a 18 anos).
- 2.1.25** Responsabilizar-se pelos salários, encargos sociais, previdenciários, taxas, impostos e quaisquer outros que incidam ou venham incidir sobre seu pessoal necessário à execução do serviço;
- 2.1.26** Informar à Secretaria de Saúde Pública de Itapetininga eventual alteração de sua razão social, de seu controle acionário ou de mudança de sua diretora ou de seu estatuto, enviando cópia autenticada da certidão da Junta comercial ou do cartório de registro civil das pessoas jurídicas;
- 2.1.27** Executar, conforme a melhor técnica, a prestação do serviço, obedecendo rigorosamente às normas técnicas respectivas;
- 2.1.28** Cumprir, dentro dos prazos estabelecidos as obrigações assumidas por força deste edital;
- 2.1.29** Permitir o acesso dos Técnicos dos serviços da rede de atenção psicossocial de Itapetininga



# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPETININGA

## ESTADO DE SÃO PAULO

PRAÇA DOS TRÊS PODERES N.º 1000 - JARDIM MARABÁ TEL/FAX 33769600

para supervisionar e acompanhar a execução da prestação dos serviços especializados do contrato/convênio;

**2.1.30** Manter, durante todo o contrato/convênio, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no edital.

**2.1.31** - Oferecer ao paciente todo o recurso necessário ao seu atendimento;

**2.1.32** - Manter os equipamentos e suporte material adequado para prestação de serviço;

**2.1.33** - Atender a todas as normas legais éticas e morais, referentes a prestação do serviço;

**2.1.34** - Submeter-se a avaliações sistemáticas de acordo com o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde - PNASS;

**2.1.35** - Garantir o acesso dos conselhos de saúde aos serviços contratados no exercício de seu poder de fiscalização;

**2.1.36** - Cumprir as diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH.

**2.1.37** - Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem o paciente para fins de experimentação;

**2.1.38** - Atender os pacientes com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade na prestação de serviços;

**2.1.39** - Justificar ao paciente, ou o seu representante, por escrito, e à **PREFEITURA** as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste edital;

**2.1.40**- Notificar a **PREFEITURA** de eventual alteração de sua razão social ou de seu controle acionário e de mudança de sua Diretoria, contrato ou estatuto, enviando à **PREFEITURA**, no prazo de sessenta (60) dias, contados a partir da data de registro da alteração, cópia autenticada da Certidão da Junta Comercial ou do Cartório de Registro Civil das Pessoas Jurídicas;

**2.1.41** - Manter as dependências em perfeito estado de conservação, higiene e funcionamento;

**2.1.42** - Garantir a confidencialidade dos dados e informações dos pacientes;

**2.1.43** - A licitante vencedora fica obrigada a entregar ao usuário ou ao seu responsável, no ato da saída do estabelecimento, documento de histórico do atendimento prestado ou resumo de alta, onde conste, também, a inscrição ***“Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais”***.

### CLÁUSULA TERCEIRA - DOS RECURSOS FINANCEIROS

**3.1** Os Recursos Financeiros serão atendidos pela dotação da Secretaria da Saúde. As despesas decorrentes para o próximo exercício correrão por conta da dotação orçamentária, prevista na lei de orçamento, bem como no que for necessário para suportar este contrato/convênio, advindo do orçamento do exercício de 2015, aplicando-se no que couber o disposto no artº 7º, § 2º, item III e/ou artigo 65, §8º todos da Lei 8.666/93 e posteriores alterações.

### CLÁUSULA QUARTA - DA UNIDADE GERENCIADORA

**4.1** Para gerir e controlar a execução do presente Contrato/Convênio, no âmbito da Prefeitura Municipal de Itapetininga fica designada, por esta, a Secretaria da Saúde, que indica como representante o **Sr. Érico Avelino Pontes Ramos – Coordenador de Saúde Mental**.

### CLÁUSULA QUINTA - DA FORMA DE PAGAMENTO

**5.1** Os pagamentos serão efetuados mensalmente pela Prefeitura Municipal de Itapetininga,



# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPETININGA

## ESTADO DE SÃO PAULO

PRAÇA DOS TRÊS PODERES N.º 1000 - JARDIM MARABÁ TEL/FAX 33769600

em 05 (cinco) dias corridos contados a partir da emissão da nota fiscal devidamente assinada pelo responsável da Secretaria da Saúde após o fechamento do relatório mensal dos serviços prestados encaminhados para a Central Reguladora até o 5º dia útil do mês subsequente aos serviços realizados para conferência do relatório sendo que a emissão da nota fiscal será realizada pela contratada no dia 20 do mês subsequente da entrega do relatório na Central Reguladora.

**5.2** Deverão também os preços propostos englobar todas as despesas com os transportes, descargas, seguro, impostos e outras que correrão sempre por conta e risco do fornecedor devendo, portanto estar incluídas no preço dos serviços cotados.

### CLÁUSULA SEXTA - DO VALOR

**6.1** O valor estimado do presente Contrato/Convênio é de R\$ .....  
(.....).

### CLÁUSULA SÉTIMA - DO PRAZO DE VIGÊNCIA

**7.1** - O prazo de vigência do Contrato/Convênio será de **12 (doze) meses**, contados a partir da data da sua assinatura.

**7.2** O prazo indicado no Item 7.1., poderá ser estendido com as condições estabelecidas no Artigo 57, da Lei Federal nº. 8.666/93 e correspondente atualizações através das Leis nºs.8.883/94 e 9.648/98.

**7.3** A Contratada se obriga a aceitar nas mesmas condições propostas, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessárias, nas quantidades de até 25% (vinte e cinco por cento) do valor contratado, de acordo com o Artigo 65, parágrafo 1º da Lei Federal n.º 8.666/93, alterada pelas Leis n.ºs 8.883/94 e 9.648/98.

### CLÁUSULA OITAVA - DA RESPONSABILIDADE

**8.1-** A CONTRATADA/CONVENIADA reconhece por este instrumento que é a única e exclusiva responsável, por si e seus prepostos, por prejuízos que causar à PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPETININGA, em decorrência da execução do objetivo do presente Contrato/Convênio, correndo as suas expensas, sem quaisquer ônus para a PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPETININGA, o ressarcimento ou indenização pelos prejuízos causados, no que se refere as questões que envolvem exclusivamente a parte técnica da prestação dos serviços de acolhimento.

**8.2** - A CONTRATADA/CONVENIADA responsabilizará exclusiva e integralmente pela utilização de pessoal para execução do objeto contratado, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a Secretaria.

### CLÁUSULA NONA - DO CONTROLE, AVALIAÇÃO, VISTORIA E FISCALIZAÇÃO

**9.1** A execução do presente contrato/Convênio será avaliada pelos órgãos competentes da **CONTRATANTE/CONVENIENTE**, mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste contrato/convênio, à verificação do movimento dos atendimentos e de quaisquer outros dados necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados.



# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPETININGA

## ESTADO DE SÃO PAULO

PRAÇA DOS TRÊS PODERES N.º 1000 - JARDIM MARABÁ TEL/FAX 33769600

**9.2** Sob critérios definidos em normatização complementar poderá, em casos específicos, ser realizada auditoria especializada.

**9.3** Anualmente, a **CONTRATANTE/CONVENIENTE** vistoriará as instalações da **CONTRATADA/CONVENIADA** para verificar se persistem as mesmas condições técnicas básicas do **CONTRATADA/CONVENIADA**, comprovadas por ocasião da assinatura deste contrato/convênio.

**9.4** Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa da **CONTRATADA/CONVENIADA** poderá ensejar a não prorrogação deste contrato/convênio ou a revisão das condições ora estipuladas.

**9.5** A fiscalização exercidos pela PREFEITURA sobre os serviços ora contratados não eximirá a **CONTRATADA/CONVENIADA** da sua plena responsabilidade perante a **CONTRATANTE/CONVENIENTE**, ou para com os pacientes e terceiros, decorrentes de culpa ou dolo na execução do contrato/convênio.

**9.6** A **CONTRATADA/CONVENIADA** facilitará á **CONTRATANTE/CONVENIENTE** o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores da **CONTRATANTE/CONVENIENTE** designados para tal fim.

**9.7** Em qualquer hipótese é assegurado ao contratado amplo direito de defesa, nos termos das normas gerais da Lei Federal de Licitações e contratos administrativos e o direito à interposição de recurso.

### CLÁUSULA DÉCIMA - DAS PENALIDADES

**10.1** A contratada/conveniada ficará sujeita às seguintes penalidades:

**10.1.1** Multa de mora, correspondente a 1% (um por cento) do valor do contrato/convênio, por dia de atraso, na entrega dos serviços propostos até o máximo de 10 (dez) dias corridos, descontada dos pagamentos do respectivo contrato/convênio.

**10.2** No caso de inexecução total ou parcial do contrato/convênio, a contratada incorrerá nas seguintes sanções:

- a) advertência;
- b) multa, de até 20% (vinte por cento) do valor do contrato/convênio, a qual será aplicada em dobro, na hipótese de reincidência.
- c) suspensão temporária do direito de participar em licitação e impedimento de contratar com a Administração, por prazo não superior a 2 (dois) anos;
- d) declaração de inidoneidade para licitar ou contratar com a Administração Pública, enquanto perdurarem os motivos da punição ou até que seja promovida a reabilitação, perante a própria autoridade que tiver aplicado a penalidade, a qual será concedida sempre que a contratada ressarcir a Administração pelos prejuízos resultantes de sua atitude ilícita e após decorrido o prazo da eventual sanção aplicada com base no inciso anterior.

**10.2.1** As sanções previstas nas letras "a", "c" e "d" do item 10.2 poderão ser aplicadas juntamente com a prevista na letra "b", facultada a defesa prévia do interessado, no respectivo processo, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, exceto para a hipótese prevista na letra "d", quando o prazo será de 10 (dez) dias úteis.



# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPETININGA

## ESTADO DE SÃO PAULO

PRAÇA DOS TRÊS PODERES N.º 1000 - JARDIM MARABÁ TEL/FAX 33769600

**10.2.2** As intimações dirigidas à contratada serão feitas, a critério da Prefeitura, por carta, ou mediante publicação no órgão oficial do Município.

**10.3** Se a **CONTRATADA/CONVENIADA** não iniciar os serviços no prazo de até 10 (dez) dias, contados no recebimento da ordem inicial, sofrerá multa equivalente a 1% (um por cento) do valor do contrato/convênio, por dia de atraso até o máximo de 10 (dez) dias, após os quais, sem que a tenha iniciado, a **CONTRATANTE/CONVENIENTE** poderá considerar rescindido o compromisso, salvo se o retardamento decorrer de motivos de força maior, plenamente justificados e desde que aceitos pela Prefeitura.

**10.4** A **CONTRATADA/CONVENIADA** ficará sujeita a multas, na proporção de 0,5% (cinco décimos por cento) do valor do contrato/convênio, nos casos e situações seguintes:

**10.4.1** Por dia de atraso na execução dos serviços conforme cronograma, sem motivos justificados e aceitos pela Prefeitura.

**10.4.2** Por descumprimento a qualquer cláusula do contrato/convênio, excetuadas aquelas para as quais as sanções se acham especificamente estabelecidas, será aplicável multa equivalente a 2% (dois por cento) do valor do contrato/convênio, sendo aplicada em dobro nos casos de reincidência.

**10.4.3** Nenhum pagamento será feito à contratada, no caso de ter sido multada, antes que ocorra a respectiva quitação ou que se releve sua aplicação, se for o caso.

**10.5** Além das multas previstas, poderão ser impostas à contratada outras penalidades, dentre as enumeradas no capítulo IV da Lei nº 8.666/93, conforme a gradação da falta cometida, inclusive a rescisão do contrato/convênio.

**10.6** A Secretaria Municipal de Saúde se reserva o direito de suspender preventivamente a **CONTRATADA/CONVENIADA** pelo prazo de 30 (trinta) dias, prorrogável por igual período, para investigar eventuais indícios de irregularidades no serviço público prestado, estas que estejam em desacordo com as normas deste Edital, bem como aos princípios e normas do SUS, inclusive em relação ao bom atendimento ao público, devendo-se assegurar o contraditório e a ampla defesa.

### CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA RESCISÃO

**11.1** O presente Contrato/convênio poderá ser rescindido pela Prefeitura Municipal de Itapetininga/SP:

**11.1.1** Unilateralmente, sem prévio aviso, independentemente de interpelação judicial ou extrajudicial, sem que assista à **CONTRATADA/CONVENIADA** qualquer direito à reclamação ou à indenização, nos casos de imperícia e/ou negligência e naqueles previstos nos incisos I a XII do artigo 78 da lei n.º 8.666/93;

**11.1.2** Amigavelmente, conforme previsto no inciso II do artigo 79 da Lei n.º 8.666/93.

**11.2** Em caso de rescisão contratual, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, será observado o prazo de 90 (noventa) dias para ocorrer a rescisão. Se neste prazo a **CONTRATADA/CONVENIADA** negligenciar a prestação dos serviços ora contratados a multa poderá ser duplicada.

**11.3** Poderá a **CONTRATADA/CONVENIADA**, rescindir o presente Contrato/Convênio no caso de descumprimento, pelo Ministério da Saúde, ou pela **CONTRATANTE/CONVENIENTE**, de suas obrigações aqui previstas, em especial, no caso de atraso superior a 90 (noventa) dias dos pagamentos devidos pelo Ministério da Saúde. Caberá a **CONTRATADA/CONVENIADA** notificar a



# PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPETININGA

## ESTADO DE SÃO PAULO

PRAÇA DOS TRÊS PODERES N.º 1000 - JARDIM MARABÁ TEL/FAX 33769600

**CONTRATANTE/CONVENIENTE**, formalizando a rescisão e motivando-a devidamente, informando do fim da prestação dos serviços contratados no prazo de 90 (noventa) dias a partir do recebimento da notificação.

**11.4** O presente contrato/convênio rescinde os contratos e convênios anteriores, celebrados entre a PREFEITURA, o Ministério da Saúde e a **CONTRATADA/CONVENIADA**, que tenham como objeto a prestação de serviços de assistência à saúde.

### CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DAS COMUNICAÇÕES

**12.1** Toda correspondência que venha a ser expedida, deverá ser protocolada, mencionando-se o número deste Contrato/Convênio, no seguinte endereço:

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPETININGA  
Praça dos Três Poderes nº 1.000 Jardim Marabá  
Itapetininga, SP - 18.213-900. Tel: (015) 3376-9600

### CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DOS DOCUMENTOS INTEGRANTES

**13.1** Integram o presente Contrato/Convênio, ressalvadas sempre a aplicação preferencial das disposições expressas neste instrumento, a **CHAMADA PÚBLICA Nº 02/2014**, bem como a Proposta da CONTRATADA/CONVENIADA.

### CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DO FORO

**14.1** As partes Contratantes elegem o Foro de Itapetininga, para dirimir todas e quaisquer questões oriundas deste Contrato/Convênio, renunciando expressamente a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

**14.2** E, por estarem justas e acordadas, as partes, por seus representantes legais, assinam o presente Contrato/Convênio, feito em 3 (três) vias de igual teor e forma, para um só e jurídico efeito, perante as testemunhas abaixo assinadas, a tudo presente.

Itapetininga, ..... de ..... de 2014.

**CONTRATANTE**

**CONTRATADA**

**GRAZIELA AYRES ETO GIMENEZ**  
**OAB/SP 159.753**

Testemunhas:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Nome:

Nome:

RG nº:

RG nº:



**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPETININGA**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**

PRAÇA DOS TRÊS PODERES N.º 1000 - JARDIM MARABÁ TEL/FAX 33769600

**MINUTA DO TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO**

**MUNICÍPIO de ITAPETININGA**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPETININGA**

**NOME DA EMPRESA:**

**Contrato/Convênio nº: \_\_\_\_\_/2014**

**OBJETO: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO DE PESSOAS COM DEPENDÊNCIA QUÍMICA – DO SEXO FEMININO E MASCULINO – INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E POR VONTADE PRÓPRIA, PELO PERÍODO DE 3 MESES – SECRETARIA DE SAÚDE, CONFORME DESCRITIVO DO ANEXO I.**

**Advogado(s):** Procuradores Municipais

Na qualidade de Contratante e Contratada, respectivamente, do Termo acima identificado, e, cientes do seu encaminhamento ao **TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO**, para fins de instrução e julgamento, damo-nos por **CIENTES** e **NOTIFICADOS** para acompanhar todos os atos da tramitação processual, até julgamento final e sua publicação e, se for o caso e de nosso interesse, para, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito da defesa, interpor recursos e o mais que couber.

Outrossim, declaramos estar cientes, doravante, de que 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, de 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.

Itapetininga, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014

**PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPETININGA**

**CONTRATANTE**





**PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE ITAPETININGA**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**

PRAÇA DOS TRÊS PODERES N.º 1000 - JARDIM MARABÁ TEL/FAX 33769600

**CONTRATADA**

**CONTRATOS OU ATOS JURÍDICOS ANÁLOGOS**

**CADASTRO DO RESPONSÁVEL**

**CONTRATANTE:** PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAPETININGA

**CONTRATADA:**

**OBJETO:** PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO DE PESSOAS COM DEPENDÊNCIA QUÍMICA – DO SEXO FEMININO E MASCULINO – INTERNAÇÃO COMPULSÓRIA E POR VONTADE PRÓPRIA, PELO PERÍODO DE 3 MESES – SECRETARIA DE SAÚDE, CONFORME DESCRITIVO DO ANEXO I.

**CADASTRO DO RESPONSÁVEL QUE ASSINOU O CONTRATO**

<b>Nome:</b> LUIS ANTONIO DI FIORI FIORES COSTA
<b>Cargo:</b> Prefeito Municipal
<b>RG nº:</b> 3.360.392-3-SSP/SP
<b>Endereço:</b> Rua José Soares Hungria Filho, nº266, Residencial Ouro Ville
<b>Telefone:</b> (015) 3376-9600
<b>e-mail:</b> luisdifiori@difiori.com.br

**Responsável pelo atendimento a requisição de documentos do TCESP**

<b>Nome:</b> Felipe Thibes Galvão
<b>Cargo:</b> Secretário Municipal de Saúde
<b>Endereço Comercial do Órgão/Setor:</b> Praça dos Três Poderes nº 1.000 – Jardim Marabá -Itapetininga
<b>Telefone e Fax:</b> (0xx15) 33769600
<b>e-mail:</b>

Itapetininga, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014

**FELIPE THIBES GALVÃO**  
**SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE**