



## **EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA nº 004/2017**

**Edital de Chamada Pública** para habilitação e pré-qualificação de entidades tipo Comunidades Terapêuticas (CT) localizadas no Município de Lages, com vistas à celebração de contrato para prestação de serviços de acolhimento de pessoas com dependência de substância psicoativa, independentemente de credo, etnia ou orientação sexual, após o processo de desintoxicação, quando requerido pela natureza da dependência, respeitada a tipificação do serviço na entidade.

A Prefeitura do Município de Lages, através do **Fundo Municipal de Saúde/Secretaria da Saúde**,

- Considerando, que as Entidades Filantrópicas tem preferência para complementar a oferta de serviços de saúde, com base no art. 199, § 1º da Constituição Federal/88;
- Considerando, a necessidade de contratar, de forma complementar, serviços de assistência à saúde (artigo 24, da Lei nº 8.080/90), no âmbito do município;
- Considerando a Lei 8.666/93, de 21 de junho de 1993, que estabelece normas gerais sobre licitações e contratos administrativos pertinentes a obras, serviços, inclusive de publicidade, compras, alienações e locações no âmbito dos Poderes da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios;
- Considerando a Lei 13.019 de 31 de Julho de 2014;
- Considerando a PT nº. 2.567/GM, de 25 de novembro de 2016, que prevê a participação complementar da iniciativa privada na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde;
- Considerando, o interesse em dispor de uma rede de serviços de saúde mais ampla;
- Considerando a Resolução – RDC nº 29, de 30 de junho de 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;
- Considerando a Resolução CONAD nº 01, de 06 de maio de 2015, que regulamenta, no âmbito do Sistema Nacional de Políticas Públicas sobre Drogas (SISNAD), as entidades que realizam o acolhimento de pessoas, em caráter voluntário, com problemas associados ao uso nocivo ou dependência de substância psicoativa, caracterizadas como comunidades terapêuticas;

### **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Praça Leoberto Leal, 20 - Fone: (0xx49) 3251.7600 – Fax (0xx49) 3251.7652 – CEP 88501.310

E-mail: [sec.saude@lages.sc.gov.br](mailto:sec.saude@lages.sc.gov.br) – Gabinete da Secretária: [gabinete@saudelages.sc.gov.br](mailto:gabinete@saudelages.sc.gov.br)



- Considerando a Portaria SAS/MS nº 1.482, de 25 de outubro de 2016, que Inclui na Tabela de Tipos de Estabelecimentos de Saúde do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - CNES o tipo 83 - Polo de Prevenção de Doenças e Agravos de Promoção da Saúde;
- Considerando o Decreto Municipal 16.721 de 13 de março de 2017.

### **Decide:**

1. Tornar público o **Edital de Chamada Pública nº.004/2017** visando à seleção e possível contratação de entidades tipo Comunidades Terapêuticas (CT) localizadas no Município de Lages/SC, com vistas à celebração de contrato para prestação de serviços de acolhimento de pessoas com dependência de substância psicoativa.
2. Modalidade da contratação será por Contrato de Credenciamento de serviços de saúde.
3. Os interessados em participar da presente **Chamada Pública** deverão estar localizados na área de abrangência do município de Lages/SC.
4. Os serviços de acolhimento destinam-se a pessoas com dependência de substâncias psicoativas comprovada, que necessitem de afastamento do ambiente na modalidade de atenção residencial transitória.
5. A utilização dos serviços de acolhimento em comunidades terapêuticas, nos termos da referida RDC nº 29/2011 e da Resolução CONAD nº 01/2015, deverá ter caráter essencialmente voluntário, por parte da pessoa dependente, ressalvados os casos previstos em Lei.
6. Os serviços de acolhimento deverão atender aos critérios de habilitação das comunidades terapêuticas, de ordem documental e técnica, conforme este Edital.
7. Não poderá ser exigido qualquer tipo de contrapartida financeira, doações ou sob a forma de outros bens, da pessoa acolhida e/ou de seus familiares, quando da utilização dos serviços contratados com base no presente edital.
8. O dependente de substância psicoativa poderá permanecer por até 12 (doze) meses na CT, conforme é definido no § 1º do Artigo 6º da Resolução CONAD nº 01/2015 e a justificativa deve ser devidamente anotada no prontuário de evolução.
9. Poderão acorrer ao chamamento entidades sediadas no Município de Lages/SC, cuja finalidade se relacione diretamente com o objeto deste edital, e atendam aos preceitos da RDC nº 29/2011, da Resolução CONAD nº 01/2015 e, quando for o caso, às determinações da Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, a qual dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA.

### **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Praça Leoberto Leal, 20 - Fone: (0xx49) 3251.7600 – Fax (0xx49) 3251.7652 – CEP  
88501.310

E-mail: [sec.saude@lages.sc.gov.br](mailto:sec.saude@lages.sc.gov.br) – Gabinete da Secretária: [gabinete@saudelages.sc.gov.br](mailto:gabinete@saudelages.sc.gov.br)



10. As entidades interessadas no credenciamento devem comprovar experiência mínima de 02(dois) anos de existência e atuação.
11. É vedado o recebimento de recursos provenientes desta chamada, simultaneamente com outro convênio, para a mesma pessoa acolhida, bem assim a cobrança de qualquer pagamento mesmo sob a forma de doação.
12. O acolhimento das pessoas, para fins de pagamento da entidade habilitada, por meio deste Edital, ocorrerá a partir da data de sua contratação.
13. O acolhimento deverá ocorrer obrigatoriamente na CT localizada no Município, não sendo permitida a terceirização do acolhimento, e atendido o disposto neste Edital.
14. As condições para o acolhimento devem ser comprovadas em Visita Técnica.
15. A pré-qualificação terá prazo de validade de 01 (um) ano, prorrogável por igual período.
16. Os recursos decorrentes deste edital serão oriundos da dotação específica do Teto MAC, FONTE MS, podendo ser complementado com recursos da Fonte Próprios do Tesouro Municipal.
17. A entidade deverá possuir acesso a internet, bem como aderir ao sistema disponibilizado pela secretaria, para lançamento dos procedimentos previstos conforme **Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS**, para envio de dados mensais para o sistema, com a finalidade de controle das pessoas acolhidas.
18. Para tanto, os interessados em participar da presente **Chamada Pública** deverão apresentar a documentação abaixo relacionada nas dependências da Secretaria Municipal da Saúde, na Gerencia de Controle de Serviços de Saúde, no horário das 14:00 às 18:00hs, o período de credenciamento encerra-se em **15/12/2017**, podendo ser re-aberto durante a vigência do credenciamento, havendo necessidade e interesse da gestão.
  - a) Ofício datado de solicitação formal da entidade interessada listando todos os documentos entregues;
  - b) Declaração do Dirigente que está de acordo com os termos desse edital – Anexo V;
  - c) Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ/MF;
  - d) Cópia do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES, conforme Portaria SAS/MS nº 1.482, de 25 e outubro de 2016;
  - e) Contrato Social ou Estatuto Social, devidamente registrado e alterações posteriores (cópia autenticada ou com o certificado do Setor de Controle de Serviços de Saúde do Município);

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Praça Leoberto Leal, 20 - Fone: (0xx49) 3251.7600 – Fax (0xx49) 3251.7652 – CEP 88501.310

E-mail: [sec.saude@lages.sc.gov.br](mailto:sec.saude@lages.sc.gov.br) – Gabinete da Secretária: [gabinete@saudelages.sc.gov.br](mailto:gabinete@saudelages.sc.gov.br)



- 
- f) Declaração dos sócios e diretores (individual ou assinado por todos) de que não ocupam Cargo, Função de Chefia ou Assessoramento, em qualquer nível, na área pública da saúde, no âmbito municipal, estadual ou federal;
  - g) Curriculum Vitae resumido do Responsável Técnico, com cópia do diploma, RG, CPF e sua Ata de Posse;
  - h) Dados pessoais (nome completo, logradouro, estado civil, profissão, cópia do RG e CPF) do signatário (responsável legal) da instituição, o qual assinará o contrato (cópia do RG e CPF);
  - i) Dados pessoais (nome completo, logradouro, estado civil, profissão, cópia do RG e CPF) dos integrantes da Diretoria (cópia do RG e CPF);
  - j) Dados bancários (relacionar número de conta corrente e Agência);
  - k) Dois endereços eletrônicos para comunicação oficial entre a SMS e a CT;
  - l) Dados da entidade conforme Ficha Cadastral, Anexo II, devidamente preenchido e assinado pelo representante legal da entidade;
  - m) Certificado/Certidão de Filantropia para entidades filantrópicas ou comprovante de entidade sem fins lucrativos;
  - n) Certidão negativa de débito para com o Fundo de Garantia por Tempo de Serviço - FGTS;
  - o) Certidão de Regularidade Fiscal junto a Receita Federal do Brasil/Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional, inclusive de contribuições previdenciárias (Certidão Unificada Federal e de Contribuições Sociais);
  - p) Certidão Negativa de Débito Estadual, expedida pelo órgão competente;
  - q) Certidão Negativa de Débito Municipal do domicílio ou sede da CT, expedida pelo órgão competente;
  - r) Certidão negativa de débito Trabalhista (CNDT), para comprovar a inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça de Trabalho. (Incluída pela Lei nº 12.440 de 2011);
  - s) Alvará de licença de localização e funcionamento, expedido pela Prefeitura Municipal;
  - t) Alvará sanitário expedido pela Vigilância Sanitária;

---

## SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Praça Leoberto Leal, 20 - Fone: (0xx49) 3251.7600 – Fax (0xx49) 3251.7652 – CEP 88501.310

E-mail: [sec.saude@lages.sc.gov.br](mailto:sec.saude@lages.sc.gov.br) – Gabinete da Secretária: [gabinete@saudelages.sc.gov.br](mailto:gabinete@saudelages.sc.gov.br)



- u) Relatório de Atividades correspondente aos anos de 2015 e 2016, que descreva suas finalidades e atividades administrativas, técnicas e assistenciais;
  - v) Relação nominal dos funcionários e a respectiva titulação no caso de possuir nível superior (cópia do diploma e/ou certificado em anexo), demais profissionais da instituição a comprovação deverá ser através de cópia da relação do CNES;
  - w) A entidade deverá encaminhar para fins de análise da condição técnica, Formulário constante do Anexo III (Proposta de Acolhimento), devidamente preenchido, acompanhado de currículos dos profissionais e/ou voluntários que atuarão na prestação dos serviços;
  - x) Declaração emitida pela entidade atestando que atende ao inciso XXXIII, art. 7º da Constituição Federal (proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre aos menores de dezoito anos e de qualquer trabalho a menores de quatorze anos, salva condição de aprendiz);
  - y) Comprovação de atuação técnica correspondente ao objeto desta chamada público no período mínimo de 12 meses;
  - z) Caso o interessado esteja isento de algum documento exigido neste Edital deve apresentar declaração do órgão expedidor informando sua isenção.
19. Os documentos citados no item anterior poderão ser apresentados em fotocópia autenticada em cartório ou, à vista dos originais, em fotocópia autenticada por funcionário da Gerencia de Controle de Serviços de Saúde Municipal.
20. Além da documentação constante do item 16, a entidade será vistoriada, em conjunto, pela equipe técnica da Vigilância Sanitária, da Gerência de Controle de Serviços de Saúde Municipal e Gerencia Municipal de Saúde Mental.
21. A Equipe da Gerencia de Controle de Serviços de Saúde, juntamente com a Gerencia de Saúde Mental analisará e avaliará a documentação e realizará vistoria para confirmar a capacidade técnica e instalada, preenchendo os respectivos relatórios, **no prazo de 10 (dez) dias, contados a partir da entrega da documentação**, o qual deverá ser protocolizado por essa.
22. Após análise, será firmado o instrumento contratual.
23. A PML/SMS poderá celebrar contrato de prestação de serviços, com as entidades consideradas habilitadas, mediante inexigibilidade de licitação (artigo 25, “caput”, da Lei nº. 8.666/93), considerada a inviabilidade de competição de preço conforme item 29 deste edital.
24. A SMS não se obriga a contratar todas as entidades habilitadas, mas sim, a quantidade que lhe interessar para atender a demanda reprimida no município.

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Praça Leoberto Leal, 20 - Fone: (0xx49) 3251.7600 – Fax (0xx49) 3251.7652 – CEP 88501.310

E-mail: [sec.saude@lages.sc.gov.br](mailto:sec.saude@lages.sc.gov.br) – Gabinete da Secretária: [gabinete@saudelages.sc.gov.br](mailto:gabinete@saudelages.sc.gov.br)



25. A inexigibilidade de licitação será obrigatoriamente comunicada à autoridade superior, para ratificação, nos termos do artigo 26, da Lei nº. 8.666/93.
26. As entidades habilitadas e pré-qualificadas nos termos do presente edital serão chamadas a celebrar contrato para prestação de serviços de acolhimento a pessoas com dependência de substâncias psicoativas, conforme o modelo constante do Anexo I.
27. As entidades serão contratadas durante o período de vigência do edital, observando-se o limite de **20** (vinte) vagas por unidade de acolhimento masculino e **10 (dez)** vagas por unidade de acolhimento feminino.
28. As entidades habilitadas e pré-qualificadas serão contratadas conforme a disponibilidade orçamentária-financeira da Secretaria Municipal da Saúde.
29. Para celebração de contrato, a entidade deverá encontrar-se nas mesmas condições requeridas na fase de habilitação.
30. Os valores a serem pagos pela prestação dos serviços de acolhimento serão:
  - a) R\$ **1000,00 (mil)** por mês, em razão dos serviços de acolhimento de pessoa adulta (maior de 18 anos);
  - b) R\$ **1.200,00 (mil e duzentos)** por mês, em razão dos serviços de acolhimento de adolescentes, gestantes e nutrízes.
31. Quaisquer elementos, informações ou esclarecimentos relacionados a esta Chamada Pública poderão ser obtidos junto a Gerência de Controle de Serviços de Saúde, telefone 049-3251-7645.
32. Fica reservada, à SMS, a faculdade de cancelar, no todo ou em parte, adiar, revogar, prorrogar ou anular a presente Chamada Pública, de acordo com seus interesses sem direito, às entidades, a qualquer reclamação, indenização, reembolso ou compensação.
33. Fica eleito o foro da Cidade de Lages, para dirimir as questões que não puderem ser, amigavelmente, resolvidas pelas partes.

Lages (SC), 05 de maio de 2017.

---

**Odila Maria Waldrich**  
Secretária Municipal da Saúde

---

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Praça Leoberto Leal, 20 - Fone: (0xx49) 3251.7600 – Fax (0xx49) 3251.7652 – CEP 88501.310

E-mail: [sec.saude@lages.sc.gov.br](mailto:sec.saude@lages.sc.gov.br) – Gabinete da Secretária: [gabinete@saudelages.sc.gov.br](mailto:gabinete@saudelages.sc.gov.br)





**ANEXO I**

**MINUTA**

**CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**

**Contrato nº. 0000/20xx**

Contrato que entre si celebram o Município de Lages/SC, através da **Secretaria Municipal da Saúde/Fundo Municipal de Saúde** e a **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, para prestação de serviços de acolhimento de pessoas com dependência de substâncias psicoativas.

presente instrumento, de um lado o Município de Lages/SC, pela sua Secretaria da Saúde/Fundo Municipal de Saúde, entidade de direito público, inscrita no CNPJ sob o nº 11.840.546/0001-77, situada na rua Benjamin Constant, 13 neste ato representada pela Secretária Municipal, Sra....., brasileira, casada, ....., portadora da carteira de identidade nº ....., expedida pela SSP/SC, e inscrita no CPF/MF sob nº ....., doravante denominada simplesmente **CONTRATANTE**, e de outro, a **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, entidade sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. xxxxxxxxxxxxxxxx, situada na Rua xxxxxxxxxxxxxxxx nº. xxxx – xxxxx, xxxxxxxxxxxx/SC, neste ato representada pela **Sra. XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, brasileira, solteira, administradora, portador da carteira de identidade nº. xxxxxxxxxxxxxxxx, expedida pela SSP/SC de xxxxxxxx e inscrito no CPF/MF sob nº. xxxxxxxxxxxxxxxx, doravante denominada **CONTRATADA**, tendo em vista o que dispõe o Decreto 7.508/2011, a Resolução RDC nº. 29/2011, a Resolução CONAD nº. 01/2015 e a Portaria GM/SAS nº. 1.482/2016, o Edital de Chamada Pública de Licitação nº. XXXX/20XX, **RESOLVEM** de comum acordo, celebrar o presente **CONTRATO**, com base no caput do art. 25 c/c art. 26 e demais disposições da Lei nº. 8.666, de 21 de junho de 1993 e suas alterações, no que couber, e amparada pela Constituição Federal de 1988, a legislação do Sistema Único de Saúde – SUS, com ênfase na Lei nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990 no seu Título III, mediante as seguintes cláusulas e condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

1.1 Prestação de serviços de acolhimento de pessoas com transtornos decorrentes de uso, abuso ou dependência de substância psicoativa, independentemente de credo, etnia ou orientação sexual, após o processo de desintoxicação, quando requerido pela natureza da dependência, respeitada a tipificação do serviço na entidade.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DOS SERVIÇOS DE ACOLHIMENTO**

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Praça Leoberto Leal, 20 - Fone: (0xx49) 3251.7600 – Fax (0xx49) 3251.7652 – CEP 88501.310

E-mail: [sec.saude@lages.sc.gov.br](mailto:sec.saude@lages.sc.gov.br) – Gabinete da Secretária: [gabinete@saudelages.sc.gov.br](mailto:gabinete@saudelages.sc.gov.br)



2.1 Os serviços de acolhimento destinam-se aos dependentes de substâncias psicoativas, residentes no município de Lages/SC, depois de processo de desintoxicação, quando requerido pela sua natureza, os quais necessitem de afastamento do ambiente no qual se estabeleceu a dependência, na modalidade de atenção residencial transitória, tendo como principal instrumento terapêutico a convivência entre os pares.

**Parágrafo Primeiro** - A utilização dos serviços de acolhimento, definido por essa cooperação, terá caráter essencialmente voluntário.

**Parágrafo Segundo** - A disponibilidade de serviços ofertados pela **CONTRATADA**, deverá estar limitada a:

- I - Em casos de adultos serão até 20 (vinte) vagas masculino, 05 (cinco) feminino por unidade;
- II - Em caso de adolescentes e nutrizes até 05 (cinco) vagas por unidade.

**Parágrafo Terceiro** - Não poderá ser exigido qualquer tipo de contrapartida financeira ou sob a forma de outros bens, inclusive doações, da pessoa acolhida e/ou de seus familiares.

**Parágrafo Quarto** - O dependente de substâncias psicoativas poderá permanecer por até **doze meses** na **CONTRATADA**, conforme definido no artigo 6º da Resolução CONAD nº. 01/2015 e a justificativa deve ser devidamente anotada no prontuário de evolução.

### **CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA**

3.1 Além das obrigações estabelecidas na legislação, caberá à **CONTRATADA**:

I - A admissão será feita mediante prévia avaliação diagnóstica, cujos dados deverão constar no Termo de Adesão Institucional do acolhido, Anexo **VI** do Edital de Chamada Pública 439/2017, sendo vedada a admissão de pessoas cuja situação requeira a prestação de serviços de saúde não disponibilizados pela instituição.

II - No processo de admissão do acolhido, a **CONTRATADA** deve garantir:

a) respeito à pessoa e à família, independente da etnia, credo religioso, ideologia, nacionalidade, orientação sexual, antecedentes criminais ou situação financeira;

b) orientação clara ao acolhido e seu responsável sobre as normas e rotinas da instituição, incluindo critérios relativos a visitas e comunicação com familiares e

---

#### **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Praça Leoberto Leal, 20 - Fone: (0xx49) 3251.7600 – Fax (0xx49) 3251.7652 – CEP 88501.310

E-mail: [sec.saude@lages.sc.gov.br](mailto:sec.saude@lages.sc.gov.br) – Gabinete da Secretária: [gabinete@saudelages.sc.gov.br](mailto:gabinete@saudelages.sc.gov.br)





amigos, devendo a pessoa a ser admitida declarar por escrito sua concordância, mesmo em caso de mandado judicial;

c) a permanência voluntária;

d) possibilidade de interromper o tratamento a qualquer momento, resguardadas as exceções de risco imediato de vida para si e ou para terceiros ou de intoxicação por substâncias psicoativas, avaliadas e documentadas por profissional médico;

e) o sigilo segundo normas éticas e legais, incluindo o anonimato;

f) a divulgação de informação a respeito da pessoa, imagem ou outra modalidade de exposição somente se ocorrer previamente autorização, por escrito, pela pessoa ou seu responsável.

III - Durante a permanência do acolhido, a **CONTRATADA** deve garantir:

a) o cuidado com o bem estar físico e psíquico da pessoa, proporcionando um ambiente livre de SPA e violência;

b) a observância do direito à cidadania do acolhido;

c) alimentação nutritiva, cuidados de higiene e alojamentos adequados;

d) a proibição de castigos físicos, psíquicos ou morais;

e) a manutenção de tratamento de saúde do acolhido.

IV - Indicar os serviços de atenção integral à saúde disponíveis para os acolhidos, sejam eles públicos ou privados.

V - Cabe ao responsável técnico da **CONTRATADA** a responsabilidade pelos medicamentos em uso pelos acolhidos, sendo vedado o estoque de medicamentos sem prescrição médica.

VI - Possuir documento atualizado que descreva suas finalidades e atividades administrativas, técnicas e assistenciais.

VII - Manter responsável técnico de nível superior legalmente habilitado, bem como um substituto com a mesma qualificação.

VIII - Possuir profissional que responda pelas questões operacionais durante o seu período de funcionamento, podendo ser o próprio responsável técnico ou pessoa designada para tal fim.

---

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Praça Leoberto Leal, 20 - Fone: (0xx49) 3251.7600 – Fax (0xx49) 3251.7652 – CEP 88501.310

E-mail: [sec.saude@lages.sc.gov.br](mailto:sec.saude@lages.sc.gov.br) – Gabinete da Secretária: [gabinete@saudelages.sc.gov.br](mailto:gabinete@saudelages.sc.gov.br)



IX - Manter recursos humanos em período integral, em número compatível com as atividades desenvolvidas, a qual deve proporcionar ações de capacitação à equipe, mantendo o registro, devendo manter em seu quadro funcional uma equipe mínima de profissionais fixos de acordo com a RDC nº. 29/2011, assim como atender o inteiro teor desta.

X - Nortear as ações de acolhimento individualizado, conforme estabelecido no seu programa de acolhimento, através de ficha individual registrada periodicamente o atendimento prestado, bem como, intercorrências clínicas. As fichas individuais devem permanecer acessíveis aos residentes, aos responsáveis e a **CONTRATANTE** e devem contemplar:

- a) horário do despertar;
- b) atividade física e desportiva;
- c) atividade lúdico-terapêutica variada;
- d) atendimento em grupo e individual;
- e) atividade que promova o conhecimento sobre a dependência de substâncias psicoativas;
- f) atividade que promova o desenvolvimento interior;
- g) registro de atendimento médico, quando houver;
- h) atendimento em grupo coordenado por membro da equipe;
- i) participação na rotina de limpeza, organização, cozinha, horta, e outros;
- j) atividades de estudos para alfabetização e profissionalização;
- k) atendimento à família durante o período de tratamento;
- l) tempo previsto de permanência do residente na instituição;
- m) atividades visando à reinserção social do acolhido.

XI - Realizar avaliação das necessidades e do acompanhamento dos dependentes de substâncias psicoativas em todo processo de convivência na comunidade terapêutica.

XII - Notificar compulsoriamente a **CONTRATANTE** através da Gerencia de Saúde Mental, no prazo de até 05 (cinco) dias, a respeito de cada acolhimento, bem como da alta terapêutica, da desistência, do desligamento ou da evasão da pessoa acolhida da unidade de saúde correspondente da sua região.

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Praça Leoberto Leal, 20 - Fone: (0xx49) 3251.7600 – Fax (0xx49) 3251.7652 – CEP 88501.310

E-mail: [sec.saude@lages.sc.gov.br](mailto:sec.saude@lages.sc.gov.br) – Gabinete da Secretária: [gabinete@saudelages.sc.gov.br](mailto:gabinete@saudelages.sc.gov.br)



XIII - Não praticar ou permitir ações de agressão física, isolamento ou qualquer restrição à liberdade da pessoa acolhida.

XIV - Informar aos familiares ou ao responsável pela pessoa acolhida a respeito de qualquer uma das intercorrências como alta terapêutica, desistência, desligamento ou evasão, bem como, registrar na ficha individual.

XV - Comunicar à pessoa acolhida e/ou ao responsável acerca das normas da entidade, bem como sobre o caráter gratuito do serviço prestado, o que deverá ser consignado em Termo de Acolhimento (Anexo III do Edital de Chamada Pública 004/2017) firmado pela pessoa dependente.

XVI - Garantir à pessoa acolhida os direitos de assistência integral em saúde, por meio de atendimento junto ao Sistema Único de Saúde, especialmente para intercorrências clínicas.

XVII - Assegurar o direito ao uso de vestuário próprio, bem assim à utilização de objetos pessoais, conforme diretrizes da entidade.

XVIII - Comunicar, formalmente, cada acolhimento à unidade de saúde e de assistência social.

XIX - Manter as mesmas condições requeridas na fase de habilitação.

XX - Encaminhar à **CONTRATANTE**, até o quinto dia útil de cada mês, arquivo por meio eletrônico, bem como relatório físico assinado pelo seu representante legal, dos acolhimentos do mês anterior, para fins de conferência, auditoria, e posterior autorização de pagamento.

XXI - Responder às demandas do acompanhamento do acolhimento pela **CONTRATANTE** e/ou por pessoa física ou jurídica contratada para esse fim, sem prejuízo da atuação das instâncias de auditoria, fiscalização e do controle social.

XXII - Notificar a Polícia quando do óbito de uma pessoa acolhida.

XXIII - Todas as despesas decorrentes da contratação, tais como equipamentos necessários à execução dos trabalhos, adequações de espaços físicos, recursos humanos, bem como todos decorrentes da execução do contrato, ficarão exclusivamente a cargo da **CONTRATADA**.

XXIV - Todo o material de consumo será de inteira responsabilidade da **CONTRATADA**, sem quaisquer ônus a **CONTRATANTE**, incluindo-se vestuário, artigos para uso pessoal, artigos de higiene, alimentação e quaisquer itens de que o acolhido necessite.

---

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Praça Leoberto Leal, 20 - Fone: (0xx49) 3251.7600 – Fax (0xx49) 3251.7652 – CEP  
88501.310

E-mail: [sec.saude@lages.sc.gov.br](mailto:sec.saude@lages.sc.gov.br) – Gabinete da Secretária: [gabinete@saudelages.sc.gov.br](mailto:gabinete@saudelages.sc.gov.br)



XXV - A **CONTRATADA** utilizar-se de profissionais próprios, especializados, cabendo-lhe total e exclusiva responsabilidade pelo integral atendimento de toda legislação que rege a execução deste Contrato, com ênfase na constitucional, tributária, civil, previdenciária e trabalhista, em especial na segurança e higiene do trabalho.

XXVI - A **CONTRATADA** deverá executar os serviços com profissionais devidamente qualificados, selecionados e treinados para o perfeito desempenho dos trabalhos.

XXVII - A **CONTRATADA** deverá zelar pela boa e integral prestação dos serviços a serem executados, bem como pelas instalações.

XXVIII - Fica obrigada a **CONTRATADA** a prestar esclarecimentos que forem solicitados pela **CONTRATANTE**, e a seus prepostos legais, cujas reclamações obriga-se a atender prontamente.

XXIX - A **CONTRATADA** prestará todos os esclarecimentos que forem solicitados pela **CONTRATANTE**, sempre por escrito, não sendo consideradas quaisquer alegações com fundamento em ordens ou declarações verbais, cujas reclamações atinentes a quaisquer aspecto da execução contratual se obriga prontamente a atender.

XXX - Os relatórios ou documentos equivalente, se necessários, deverão ser encaminhados a **CONTRATANTE**, ou a seu preposto, no prazo de 24 horas após solicitação.

XXXI - A **CONTRATADA** deverá facilitar a ação da fiscalização, fornecendo informações ou promovendo acesso à documentação dos serviços em execução, e atendendo prontamente às observações e exigências por ela apresentada.

XXXII - A **CONTRATADA** será responsável por quaisquer danos ou prejuízos, físicos ou materiais, causados à **CONTRATANTE** ou a terceiros, advindos de imperícia, negligência, imprudência ou desrespeito às normas de segurança, quando da execução dos serviços.

XXXIII - Os empregados a serviço da **CONTRATADA** não terão quaisquer vínculo empregatício com a **CONTRATANTE**.

XXXIV - A **CONTRATADA** arcará com todos os encargos sociais previstos na legislação vigente e com quaisquer ônus, despesas, obrigações trabalhistas, previdenciárias, fiscais, de acidentes de trabalho, bem como de alimentação, transporte, ou outro benefício de qualquer natureza, decorrente da contratação dos serviços.

XXXV - A **CONTRATADA** assumirá todos os encargos de eventuais demandas trabalhistas, cível ou penal relacionados aos serviços, originariamente ou vinculadas por prevenção, conexão ou continência.

---

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Praça Leoberto Leal, 20 - Fone: (0xx49) 3251.7600 – Fax (0xx49) 3251.7652 – CEP  
88501.310

E-mail: [sec.saude@lages.sc.gov.br](mailto:sec.saude@lages.sc.gov.br) – Gabinete da Secretária: [gabinete@saudelages.sc.gov.br](mailto:gabinete@saudelages.sc.gov.br)



XXXVI - São de responsabilidade da **CONTRATADA** todos os impostos, taxas, licenças, de Conselhos Regionais e de outros órgãos públicos Municipais, Estaduais ou Federais que se fizerem necessários, assim como as certidões solicitadas.

XXXVII - A **CONTRATADA** se responsabilizará pela idoneidade e pelo comportamento de seus profissionais, prepostos ou subordinados, e, ainda, arcará com o ônus de indenizar todo e qualquer prejuízo pessoal ou material que seja causado direta ou indiretamente ao patrimônio da **CONTRATANTE** ou a terceiros pela execução dos serviços prestados.

XXXVIII - A **CONTRATADA** se responsabilizará pela permanente manutenção de validade de sua documentação jurídica, fiscal, técnica e econômico-financeira.

XXXIX - A **CONTRATADA** incentivará a atualização de formação de seus profissionais, para que participem das ações promovidas pela **CONTRATANTE** ou por seus prepostos.

XL - A **CONTRATADA** deverá manter a disciplina nos locais dos serviços, substituindo qualquer servidor ou voluntário cuja conduta seja considerada inadequada.

XLI - A **CONTRATADA** deverá reparar, corrigir, substituir serviços do contrato em que se verifiquem vícios, defeitos ou incorreções, resultantes de execução irregular ou de emprego de material ou equipamentos inadequados.

XLII - A **CONTRATADA**, independentemente da atuação de fiscalização do contrato pela **CONTRATANTE** ou seus prepostos, não se eximirá de suas responsabilidades quanto à execução dos serviços, responsabilizando-se pelo fiel cumprimento de suas obrigações.

XLIII - A **CONTRATADA** deverá comunicar à **CONTRATANTE** ou a seu preposto, por escrito, toda e qualquer ocorrência de acidentes verificados durante a execução do contrato.

XLIV - A **CONTRATADA** preservará a **CONTRATANTE**, mantendo-a salvo de quaisquer demandas, reivindicações, queixas e representações de qualquer natureza, decorrentes de sua ação.

XLV - A **CONTRATADA** não poderá se valer do contrato para assumir obrigações perante terceiros, dando-o como garantia, nem utilizar os direitos de crédito a serem auferidos em função dos serviços prestados em quaisquer operações de desconto bancário, sem prévia autorização da **CONTRATANTE**.

---

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Praça Leoberto Leal, 20 - Fone: (0xx49) 3251.7600 – Fax (0xx49) 3251.7652 – CEP  
88501.310

E-mail: [sec.saude@lages.sc.gov.br](mailto:sec.saude@lages.sc.gov.br) – Gabinete da Secretária: [gabinete@saudelages.sc.gov.br](mailto:gabinete@saudelages.sc.gov.br)



XLVI - A **CONTRATADA** indicará um responsável pelo gerenciamento dos serviços, autorizado a tratar com a **CONTRATANTE** a respeito de todos os aspectos que envolvam a execução do contrato.

XLVII - Eventual cobrança de qualquer valor excedente dos acolhidos ou de seus responsáveis acarretará na imediata rescisão do contrato e sujeição à declaração de inidoneidade e responsabilização cível e criminal.

XLVIII - O acolhimento e as demais atividades que integram este contrato terão a frequência controlada, preferencialmente, por biometria.

XLIX - A **CONTRATADA** é responsável pelo registro eletrônico de dados para efeito de pagamento mensal da instituição e mediante avaliação da coordenação do programa.

#### **CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE**

##### **4.1 Caberá à CONTRATANTE:**

I - Efetuar o pagamento relativo ao acolhimento mensalmente realizado, em até o trigésimo dia do mês subsequente ao da prestação do acolhimento.

II - Acompanhar o acolhimento, diretamente e/ou por pessoa física ou jurídica contratada para esse fim, sem prejuízo da atuação das instâncias de auditoria, fiscalização e do controle social.

#### **CLÁUSULA QUINTA – DA GRATUIDADE DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO**

5.1 – É expressamente vedado à **CONTRATADA** realizar qualquer espécie de cobrança ao acolhido, seu acompanhante ou responsável, bem como por qualquer serviço prestado em razão deste Contrato.

**Parágrafo primeiro** – A **CONTRATADA** deverá afixar aviso, em local visível, sobre sua condição de entidade integrante do SUS e da gratuidade dos serviços prestados pela mesma em razão do vínculo junto ao SUS.

**Parágrafo segundo** – A **CONTRATADA** responsabilizar-se-á por qualquer tipo de cobrança indevida, feita a usuário ou a seu representante por profissional empregado ou preposto, em razão da execução do objeto deste Contrato.

#### **CLÁUSULA SEXTA – DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONTRATADA**

---

##### **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Praça Leoberto Leal, 20 - Fone: (0xx49) 3251.7600 – Fax (0xx49) 3251.7652 – CEP 88501.310

E-mail: [sec.saude@lages.sc.gov.br](mailto:sec.saude@lages.sc.gov.br) – Gabinete da Secretária: [gabinete@saudelages.sc.gov.br](mailto:gabinete@saudelages.sc.gov.br)





6.1 – A **CONTRATADA** será responsável pela indenização de danos causados a usuários, aos órgãos e a terceiros, decorrentes de ação ou omissão voluntária, de negligência, imperícia ou imprudência, praticadas por seus empregados, profissionais ou prepostos, desde que devidamente reconhecidos por sentença judicial transitada em julgado, ficando-lhes assegurado o direito de regresso.

**Parágrafo primeiro** – A fiscalização e o acompanhamento da execução deste Contrato por órgãos do SUS não excluem nem reduzem a responsabilidade da **CONTRATADA**.

**Parágrafo segundo** – A responsabilidade de que trata o parágrafo anterior estende-se a casos de danos decorrentes de defeitos relativos à prestação dos serviços, nos estritos termos do art. 14 da Lei Federal nº. 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor).

## **CLÁUSULA SÉTIMA– DOS RECURSOS FINANCEIROS**

7.1 – A **CONTRATADA** receberá, mensalmente, da **CONTRATANTE** os recursos para a cobertura dos serviços contratados, de acordo com o pactuado neste documento.

7.2 – O valor anual estimado para a execução do presente Contrato importa em **R\$ xxxxxxxxxxxx** (xx), conforme abaixo especificado:

<b>Resumo da Programação Orçamentária</b>	<b>Quantidade</b>	<b>Valor Mensal</b>	<b>Valor Anual</b>
<b>Acolhimento de Pessoa Adulta (maior de 18 anos)</b>			
<b>Acolhimento de Adolescente, Gestante e Nutrízes</b>			
<b>TOTAL</b>			

**Parágrafo primeiro** – Os valores a serem pagos pelo acolhimento realizado no mês serão proporcionais ao número de dias de permanência na entidade, conforme controle na ficha de acolhimento.

**Parágrafo segundo** – Os valores previstos poderão ser alterados, de comum acordo entre a **CONTRATANTE** e a **CONTRATADA**, mediante a celebração de Termo Aditivo, que será devidamente publicado.

**Parágrafo terceiro** – A **CONTRATADA** ficará eximida de responsabilidade pelo não atendimento aos acolhidos na hipótese da ocorrência de atraso superior a 90 (noventa) dias no repasse dos pagamentos devidos pelo Poder Público,

### **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Praça Leoberto Leal, 20 - Fone: (0xx49) 3251.7600 – Fax (0xx49) 3251.7652 – CEP 88501.310

E-mail: [sec.saude@lages.sc.gov.br](mailto:sec.saude@lages.sc.gov.br) – Gabinete da Secretária: [gabinete@saudelages.sc.gov.br](mailto:gabinete@saudelages.sc.gov.br)



ressalvadas situações de calamidade pública, grave ameaça à ordem interna e/ou situações de urgência ou emergência.

**Parágrafo quarto** – Na hipótese de ocorrência do disposto no parágrafo anterior da presente Cláusula, a **CONTRATADA** não poderá, abruptamente, promover descontinuidade dos atendimentos sem que haja comunicação escrita formalizada junto à CONTRATANTE, no prazo máximo de 15 (quinze) dias antes da efetiva interrupção.

## **CLÁUSULA OITAVA – DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS**

8.1 – As despesas decorrentes do presente Contrato serão atendidas por dotação orçamentária constante no exercício de 20XX, no programa ação **XXXX-XXXXXXX-XXXXX** – **XXXXXXXXXXXXXXXX**, elemento despesa **XXXXXXXXXX**, e em parte, por conta dos exercícios subsequentes, os quais serão aditados ao presente Contrato.

## **CLÁUSULA NONA – DA APRESENTAÇÃO DAS CONTAS E DA HABILITAÇÃO PARA RECEBIMENTO DOS VALORES**

9.1 – O valor estipulado neste Contrato será pago da seguinte forma:

I - Para processamento do pagamento, a **CONTRATADA** deverá encaminhar à **CONTRATANTE**, até o quinto dia útil de cada mês, até o quinto dia útil de cada mês, arquivo por meio eletrônico, bem como relatório físico assinado pelo seu representante legal, dos acolhimentos do mês anterior, o que será conferido e encaminhado ao setor financeiro para efetivação da solicitação de NF e posterior pagamento.

II - Na hipótese de atraso em registrar os dados das pessoas acolhidas no mês no Sistema disponibilizado pela SMS, o pagamento da nota fiscal/fatura correspondente ficará suspenso até a regularização.

III - Os pagamentos ocorrerão mensalmente, até o trigésimo dia do mês subsequente ao do acolhimento, mediante a emissão regular de NF.

III - Os pagamentos serão creditados em nome da **CONTRATADA**, mediante ordem bancária, em conta bancária especificada na nota fiscal/fatura, uma vez satisfeitas às condições estabelecidas no presente contrato.

IV - Para execução do pagamento de que trata esta cláusula, a **CONTRATADA** deverá fazer constar da nota fiscal correspondente, emitida sem rasuras, em letra legível, em nome da **CONTRATANTE**, inscrita no CNPJ sob o nº **XXXXXXX**, o número de sua conta bancária, a respectiva agência e banco, a discriminação dos acolhidos, o mês de competência.

---

### **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Praça Leoberto Leal, 20 - Fone: (0xx49) 3251.7600 – Fax (0xx49) 3251.7652 – CEP 88501.310

E-mail: [sec.saude@lages.sc.gov.br](mailto:sec.saude@lages.sc.gov.br) – Gabinete da Secretária: [gabinete@saudelages.sc.gov.br](mailto:gabinete@saudelages.sc.gov.br)



V - Caso a **CONTRATADA** seja optante pelo Sistema Integrado de Imposto e Contribuições das Microempresas de Pequeno Porte (SIMPLES), deverá apresentar, juntamente com a nota fiscal/fatura, a devida comprovação, a fim de evitar a retenção, na fonte, dos tributos e contribuições estabelecidos na legislação em vigor.

VI - A nota fiscal/fatura correspondente ao acolhimento realizado no mês deverá ser encaminhada pela **CONTRATADA** ao endereço eletrônico [apoionotas@saudelages.sc.gov.br](mailto:apoionotas@saudelages.sc.gov.br), e será atestada e liberada para pagamento, se constatado o cumprimento de todas as condições pactuadas no presente Contrato.

VII - Havendo erro ou circunstância que impeça a liquidação da despesa, a nota fiscal/fatura correspondente ao acolhimento ficará com o pagamento suspenso até que sejam providenciadas as medidas saneadoras, hipótese em que o prazo para pagamento terá início depois da regularização da situação ou da reapresentação do documento fiscal, sem importar qualquer ônus para a **CONTRATANTE**.

VIII - Qualquer alteração nos dados bancários deverá ser comunicada à **CONTRATANTE** pela **CONTRATADA** e esta tem a responsabilidade pelos prejuízos decorrentes de pagamentos incorretos resultantes da falta de informação.

## **CLÁUSULA DÉCIMA – DO CONTROLE, VISTORIA E FISCALIZAÇÃO**

10.1 – A execução do presente Contrato será avaliada pelos órgãos competentes, mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste instrumento, à verificação do movimento das internações e de quaisquer outros dados necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados.

**Parágrafo primeiro** – Poderá, em casos específicos, ser realizada auditoria especializada.

**Parágrafo segundo** – A **CONTRATANTE** efetuará vistorias nas instalações da **CONTRATADA** para verificar se persistem as mesmas condições técnicas básicas comprovadas por ocasião da assinatura deste Contrato.

**Parágrafo terceiro** – Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição da capacidade operativa da **CONTRATADA** poderá ensejar a não prorrogação deste Contrato ou a revisão das condições ora estipuladas.

**Parágrafo quarto** – A fiscalização exercida pela **CONTRATANTE** sobre os serviços ora contratados não eximirá a **CONTRATADA** da sua plena responsabilidade frente à **CONTRATANTE** ou ainda quanto aos usuários e terceiros, decorrente de culpa ou dolo na execução do presente Contrato.

---

### **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Praça Leoberto Leal, 20 - Fone: (0xx49) 3251.7600 – Fax (0xx49) 3251.7652 – CEP 88501.310

E-mail: [sec.saude@lages.sc.gov.br](mailto:sec.saude@lages.sc.gov.br) – Gabinete da Secretária: [gabinete@saudelages.sc.gov.br](mailto:gabinete@saudelages.sc.gov.br)



---

**Parágrafo quinto** – A **CONTRATADA** facilitará a **CONTRATANTE** o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados.

## **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS CAUSAS DE RESCISÃO E DAS SANÇÕES**

11.1 – Constituem motivos para rescisão do Contrato pelas partes o não cumprimento de qualquer de suas cláusulas e condições, bem como motivos previstos na Lei Federal nº. 8.666/93, sem prejuízo das multas cominadas na cláusula das penalidades desta Portaria:

I – descumprimento de cláusulas contratuais.

II – cobrança de qualquer sobretaxa em relação aos valores pactuados.

III – cobrança de quaisquer serviços, direta ou indiretamente, ao usuário.

IV – solicitação e/ou exigência que o usuário assine fatura ou guia de atendimento em branco ou realize pagamento de ações e serviços contratualizados.

V – alteração unilateral que cause diminuição da capacidade operativa, sem negociação anterior, exceto para os casos de força maior e fortuitos.

VI – impedimento ou interposição de dificuldades para o acompanhamento, avaliação, regulação e auditoria pelos órgãos competentes.

VII – identificação de faltas reiteradas na sua execução dos serviços contratados.

VIII – razões de interesse público, de alta relevância e amplo conhecimento, justificado e determinado pela **CONTRATANTE** ou representante legal da **CONTRATADA**.

IX – os casos estabelecidos no art. 78, da Lei nº 8.666/93.

X – descumprimento por parte da **CONTRATANTE** à **CONTRATADA** do repasse financeiro estabelecido neste instrumento contratual.

11.2 – A inobservância, pela **CONTRATADA**, de cláusula ou obrigação constante deste Contrato, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar

---

### **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Praça Leoberto Leal, 20 - Fone: (0xx49) 3251.7600 – Fax (0xx49) 3251.7652 – CEP 88501.310

E-mail: [sec.saude@lages.sc.gov.br](mailto:sec.saude@lages.sc.gov.br) – Gabinete da Secretária: [gabinete@saudelages.sc.gov.br](mailto:gabinete@saudelages.sc.gov.br)



pertinente, autorizará a **CONTRATANTE** à aplicação das sanções previstas na Lei Federal nº. 8.666, de 1993, ou seja:

I – advertência;

II – suspensão temporária de participar em licitação e impedimento de contratar com a Administração Pública por até 02 (dois) anos:

a) cabe suspensão temporária de encaminhamento de acolhido por reincidência nas infrações, ou seja, naquelas ações que resultem em danos pecuniários ao SUS, ou naquelas que infrinjam as normas reguladoras do SUS de natureza operacional, administrativa ou contratual, ou naquelas que levarem prejuízos à assistência à saúde do usuário;

b) cabe suspensão temporária para contratar com a Administração Pública enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação, perante a própria autoridade que aplicou a penalidade.

III – 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 aplicou a penalidade, sendo que poderá ser concedida declaração de idoneidade desde que a Administração seja ressarcida dos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada com base na alínea anterior.

IV – A multa será imposta à **CONTRATADA** pelo atraso injustificado na execução do contrato.

a) A multa deverá seguir as alíquotas abaixo:

a.1) 0,33 % (zero, trinta e três por cento) por dia de atraso, na execução de serviços, calculado sobre o valor correspondente à parte inadimplente, até o limite de 9,9% (nove, nove por cento);

a.2) 10 % (dez por cento) em caso de não conclusão do serviço ou rescisão do contrato por culpa da **CONTRATADA**, calculado sobre a parte inadimplente;

a.3) até 20% (vinte por cento) sobre o valor do contrato, pelo descumprimento de qualquer cláusula do contrato;

b) O valor da multa e/ou custas de depósito será deduzido dos créditos ou garantias da **CONTRATADA**, ou cobrado administrativa ou judicialmente;

## SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Praça Leoberto Leal, 20 - Fone: (0xx49) 3251.7600 – Fax (0xx49) 3251.7652 – CEP 88501.310

E-mail: [sec.saude@lages.sc.gov.br](mailto:sec.saude@lages.sc.gov.br) – Gabinete da Secretária: [gabinete@saudelages.sc.gov.br](mailto:gabinete@saudelages.sc.gov.br)



c) Sempre que a multa ultrapassar os créditos da **CONTRATADA** e/ou garantias, o valor excedente será encaminhado à cobrança extrajudicial ou judicial;

d) O atraso, para efeito de cálculo de multa, será contado em dias corridos, a partir do dia seguinte ao do vencimento da execução do serviço;

e) A multa será aplicada quando o atraso for superior a cinco dias;

f) A aplicação da multa não impede que sejam aplicadas outras penalidades.

**Parágrafo primeiro** – As sanções previstas nos itens I, II e III desta cláusula poderão ser aplicadas juntamente com multa.

**Parágrafo segundo** – A rescisão deste instrumento contratual deverá ser exarada no processo administrativo competente, assegurado o contraditório e a ampla defesa previstos na Lei 8.666/93, em especial ao seu artigo 79.

**Parágrafo terceiro** – O valor de eventuais multas será descontado dos pagamentos por ventura devidos à **CONTRATADA**.

**Parágrafo quarto** – A imposição de quaisquer das sanções não ilidirá o direito da **CONTRATANTE** de exigir indenização integral dos prejuízos que o fato gerador da penalidade tiver acarretado seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal e/ou ética a serem imputadas ao autor do fato.

**Parágrafo quinto** – A violação ao disposto nos incisos II e III do item 11.1 desta cláusula, além de sujeitar a **CONTRATADA** às sanções previstas nesta cláusula, autorizará a **CONTRATANTE** a reter, do montante devido à **CONTRATADA**, o valor indevidamente cobrado, para fins de ressarcimento ao usuário.

**Parágrafo sexto** – Não serão consideradas sanções e/ou penalidades os valores descontados em função do não cumprimento de metas aprovadas.

**Parágrafo sétimo** – Valores a título de multa não serão deduzidos das parcelas devidas a **CONTRATADA** antes do transcurso de todos os prazos de defesa e recursos cabíveis.

11.3 – A rescisão deste Contrato obedecerá às disposições da Lei Federal nº. 8.666, de 1993, no que couber.

**Parágrafo primeiro** – Em caso de rescisão, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, a **CONTRATADA** estará

## SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

Praça Leoberto Leal, 20 - Fone: (0xx49) 3251.7600 – Fax (0xx49) 3251.7652 – CEP 88501.310

E-mail: [sec.saude@lages.sc.gov.br](mailto:sec.saude@lages.sc.gov.br) – Gabinete da Secretária: [gabinete@saudelages.sc.gov.br](mailto:gabinete@saudelages.sc.gov.br)





obrigada a continuar a prestação dos serviços contratados por mais 90 (noventa) dias, sob pena, inclusive de, em havendo negligência de sua parte, ser-lhe imposta multa duplicada, sem prejuízo das demais sanções legais cabíveis.

**Parágrafo segundo** – Durante o período transcorrido no ínterim do pedido de rescisão, todos os serviços deverão ser mantidos, nos mesmos termos, podendo a **CONTRATADA** ser penalizado com multa, por qualquer negligência na qualidade ou quantidade dos atendimentos aos usuários.

**Parágrafo terceiro** – A inobservância, por parte da **CONTRATADA** dos critérios de rescisão por interesse desta, ensejará a aplicação de multa, que será duplicada em caso de negligência na qualidade ou quantidade dos serviços prestados.

**Parágrafo quarto** – Poderá a **CONTRATADA** rescindir o presente Contrato no caso de descumprimento das obrigações por parte da **CONTRATANTE**, em especial no caso de atraso superior a 90 (noventa) dias dos pagamentos, mediante notificação prévia, devidamente motivada conforme estabelecido no presente instrumento.

**Parágrafo quinto** – Em caso de rescisão do presente Contrato por parte da **CONTRATANTE**, não caberá à **CONTRATADA** direito a qualquer indenização, salvo o pagamento pelos serviços executados até a data do evento.

## **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DOS RECURSOS PROCESSUAIS**

12.1 – A **CONTRATADA** terá o prazo de 05 (cinco) dias úteis, a partir da data da publicação, para interpor recurso contra a aplicação de quaisquer penalidades, a ser apresentado diretamente à **CONTRATANTE**.

**Parágrafo primeiro** – Sobre o recurso, formulado nos termos do parágrafo anterior, o gestor local deverá manifestar-se no prazo de 05 (cinco) dias úteis.

**Parágrafo segundo** – Da decisão da **CONTRATANTE** que rescindir o presente Contrato, caberá pedido de reconsideração, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, a contar da intimação do ato.

**Parágrafo terceiro** – A **CONTRATANTE** deverá manifestar-se sobre o pedido de reconsideração de que trata o §2º desta cláusula no prazo de 15 (quinze) dias, podendo recebê-lo e atribuir-lhe eficácia suspensiva, desde que o faça motivadamente diante de razões de interesse público após manifestação da Assessoria Jurídica da **CONTRATANTE**.

## **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO**

---

### **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Praça Leoberto Leal, 20 - Fone: (0xx49) 3251.7600 – Fax (0xx49) 3251.7652 – CEP 88501.310

E-mail: [sec.saude@lages.sc.gov.br](mailto:sec.saude@lages.sc.gov.br) – Gabinete da Secretária: [gabinete@saudelages.sc.gov.br](mailto:gabinete@saudelages.sc.gov.br)



13.1 – O prazo de vigência do presente Contrato é 31 de dezembro de 201x, tendo por termo inicial a data xx/xx/201x, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos de 12 meses, mediante termo aditivo, limitado em 60 meses.

**Parágrafo único** – A continuação da prestação de serviços nos exercícios financeiros subsequentes ao presente, respeitado o prazo de vigência do Contrato, fica condicionada à aprovação das dotações próprias para as referidas despesas no orçamento da CONTRATANTE, à assinatura do termo aditivo de prorrogação e a manutenção do Programa Reviver.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DA PUBLICAÇÃO**

14.1 – O presente Contrato será publicado, por extrato, no prazo máximo de 20 (vinte) dias, contados da data de sua assinatura.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DO FORO**

15.1 – Fica eleito o Foro da Comarca de Lages/SC para dirimir quaisquer dúvidas suscitadas na execução deste Contrato, que não puderem ser resolvidas pelas partes, e para definir responsabilidades e sanções em caso de inadimplência.

E, por estarem às partes justas e contratadas, de pleno acordo com as cláusulas e condições ora fixadas, firma-se o presente Instrumento em 04 (quatro) vias de igual teor e forma, para um só efeito legal, perante as testemunhas abaixo assinadas.

Florianópolis/SC, xx de xxxxxxxxxxxx de 201x.

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

**Secretária Municipal da Saúde  
CONTRATANTE**

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

**Dirigente  
CONTRATADA**

#### **Testemunhas:**

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CPF: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

CPF: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

#### **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Praça Leoberto Leal, 20 - Fone: (0xx49) 3251.7600 – Fax (0xx49) 3251.7652 – CEP 88501.310

E-mail: [sec.saude@lages.sc.gov.br](mailto:sec.saude@lages.sc.gov.br) – Gabinete da Secretária: [gabinete@saudelages.sc.gov.br](mailto:gabinete@saudelages.sc.gov.br)



**PREFEITURA  
DE LAGES**

Estado de Santa Catarina

---



---

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Praça Leoberto Leal, 20 - Fone: (0xx49) 3251.7600 – Fax (0xx49) 3251.7652 – CEP  
88501.310

E-mail: [sec.saude@lages.sc.gov.br](mailto:sec.saude@lages.sc.gov.br) – Gabinete da Secretária: [gabinete@saudelages.sc.gov.br](mailto:gabinete@saudelages.sc.gov.br)



---

**ANEXO II**

**FICHA CADASTRAL**

(Os dados Informados só terão validade mediante a comprovação por cópia do documento).

Dados da Entidade:

Nome da entidade:

CNPJ:

Nome do representante

Endereço: \_\_\_\_\_ Número: \_\_\_\_\_

Complemento: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Município: \_\_\_\_\_ UF: \_\_\_\_\_ CEP: -----

Telefones (com código de área):

E-mail da Entidade: \_\_\_\_\_

Estrutura física:

Número de metros quadrados do terreno:

Número de metros quadrados de área construída:

Número de alojamentos:

Número de banheiros:

Número de salas de atendimento individual e ou coletivo:

---

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Praça Leoberto Leal, 20 - Fone: (0xx49) 3251.7600 – Fax (0xx49) 3251.7652 – CEP  
88501.310

E-mail: [sec.saude@lages.sc.gov.br](mailto:sec.saude@lages.sc.gov.br) – Gabinete da Secretária: [gabinete@saudelages.sc.gov.br](mailto:gabinete@saudelages.sc.gov.br)



Área para realização de oficinas de trabalho:

Área para realização de atividades laborais:

Área para prática desportiva:

Sala de acolhimento de acolhidos, familiares e visitantes:

Sala administrativa:

Área para arquivo das fichas individuais:

Sanitários para funcionários:

Área destinada a preparo da alimentação (cozinha coletiva):

Refeitório:

Lavanderia coletiva:

Almoxarifado:

Área para depósito de material de limpeza:

Área para abrigo de resíduos sólidos:

Outros que desejar informar:

Horário de Funcionamento:

Público atendido:             Adolescentes       Adultos

---

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Praça Leoberto Leal, 20 - Fone: (0xx49) 3251.7600 – Fax (0xx49) 3251.7652 – CEP  
88501.310

E-mail: [sec.saude@lages.sc.gov.br](mailto:sec.saude@lages.sc.gov.br) – Gabinete da Secretária: [gabinete@saudelages.sc.gov.br](mailto:gabinete@saudelages.sc.gov.br)



Número de pessoas atendidas:                     Feminino                     Masculino

Aceita grávidas?  Sim                     Não

Modalidade de admissão:                     Voluntária

Aceita encaminhamentos judiciais (do fórum)

Número de vagas ocupadas:

Vagas disponíveis para prestação de serviços de acolhimento à SES:

Há usuários aguardando vaga? (...) Não                     Sim(                    ) Quantos?

Fontes de recursos:

Recursos públicos:

Federais                     Estaduais                     Municipais

Órgão que forneceu os recursos federais:

Valor:

Detalhamento:

Órgão que forneceu os recursos estaduais:

Valor:

Detalhamento:

Órgão que forneceu os recursos municipais:

---

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Praça Leoberto Leal, 20 - Fone: (0xx49) 3251.7600 – Fax (0xx49) 3251.7652 – CEP  
88501.310

E-mail: [sec.saude@lages.sc.gov.br](mailto:sec.saude@lages.sc.gov.br) – Gabinete da Secretária: [gabinete@saudelages.sc.gov.br](mailto:gabinete@saudelages.sc.gov.br)





Valor:

Detalhamento:

Capacidade técnica:

Número de profissionais que trabalham na instituição:

Apoio administrativo: não ( ) sim( ) Número: .....

Suporte terapêutico e lazer: não ( ) sim ( ) Tipo e número:.....

Pessoal para preparo e distribuição de alimentação: não ( ) sim ( ) Número:.....

Técnico de Enfermagem: não ( ) sim( ) Número:.....

Enfermeiro : não ( ) sim( ) Número:.....

Psicólogo: não ( ) sim( ) Número:.....

Assistente Social: não ( ) sim( ) Número:.....

Médico: não ( ) sim( ) Número:.....

Suporte de ordem religiosa: não ( ) sim( ) Número:.....

Estagiários: não ( ) sim( ) Número:.....

Voluntários: não ( ) sim( ) Número:.....

Responsável Técnico de nível superior: não ( ) sim( )

O responsável técnico possui curso de capacitação para atuar em Comunidades Terapêuticas?

Sim ( ) Não ( )

Obs.:

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Praça Leoberto Leal, 20 - Fone: (0xx49) 3251.7600 – Fax (0xx49) 3251.7652 – CEP  
88501.310

E-mail: [sec.saude@lages.sc.gov.br](mailto:sec.saude@lages.sc.gov.br) – Gabinete da Secretária: [gabinete@saudelages.sc.gov.br](mailto:gabinete@saudelages.sc.gov.br)



Outros dados:

Possui Estatuto Social registrado? Sim ( ) Não ( )

Possui Declaração de Utilidade Pública

Municipal com lei específica? ( ) sim ( ) não

Estadual com lei específica? ( ) sim ( ) não

Federal com lei específica? ( ) sim ( ) não

Possui Registro no Conselho Municipal de Assistência Social ou Saúde:

( ) sim ( ) não

Possui Registro no Conselho Municipal de Entorpecentes:

( ) sim ( ) não

Possui alvará sanitário?

( ) sim ( ) não

Conta com Laudo do Corpo de Bombeiros ou protocolo de solicitação?

( ) sim ( ) não

Número do laudo:

Validade:

A CT está instalada em sede própria?

( ) sim ( ) não ( ) funciona em local alugado

Declaro que as informações aqui prestadas são verdadeiras e que anexo comprovante de cada item.

---

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Praça Leoberto Leal, 20 - Fone: (0xx49) 3251.7600 – Fax (0xx49) 3251.7652 – CEP  
88501.310

E-mail: [sec.saude@lages.sc.gov.br](mailto:sec.saude@lages.sc.gov.br) – Gabinete da Secretária: [gabinete@saudelages.sc.gov.br](mailto:gabinete@saudelages.sc.gov.br)



**PREFEITURA  
DE LAGES**

Estado de Santa Catarina



---

Local e data

Assinatura do responsável legal da instituição

---

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Praça Leoberto Leal, 20 - Fone: (0xx49) 3251.7600 – Fax (0xx49) 3251.7652 – CEP  
88501.310

E-mail: [sec.saude@lages.sc.gov.br](mailto:sec.saude@lages.sc.gov.br) – Gabinete da Secretária: [gabinete@saudelages.sc.gov.br](mailto:gabinete@saudelages.sc.gov.br)





VII. Apresentar as atividades desenvolvidas pela instituição com os dependentes de substâncias psicoativas e familiares, de modo conjunto.

VIII. Descrever o processo de reinserção social dos dependentes de substâncias psicoativas.

IX. Descrever como é realizada a preparação para o processo de alta, do dependente de substâncias psicoativas, na instituição.

X. Apresentar o processo de acompanhamento, dos dependentes de substâncias psicoativas e familiares, após a alta da instituição.

XI. Registrar os serviços que são buscados no Sistema Único de Saúde para os dependentes de substâncias psicoativas e familiares acolhidos em sua instituição.

---

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Praça Leoberto Leal, 20 - Fone: (0xx49) 3251.7600 – Fax (0xx49) 3251.7652 – CEP  
88501.310

E-mail: [sec.saude@lages.sc.gov.br](mailto:sec.saude@lages.sc.gov.br) – Gabinete da Secretária: [gabinete@saudelages.sc.gov.br](mailto:gabinete@saudelages.sc.gov.br)



XII . Informar quantos dependentes foram acolhidos na CT no último ano e quanto destes retornaram ao trabalho, além de retornar à família.

X. Apresentar outras informações que fazem a sua instituição ser importante para o acolhimento dos dependentes de substâncias psicoativas

XI. Descrever como a CT realiza. O acompanhamento do acolhido após a alta.

Local e Data

Assinatura do Responsável pela Instituição





**ANEXO IV**  
(declaração de concordância do dirigente)

**DECLARAÇÃO**

NOME DA INSTITUIÇÃO, inscrita no CNPJ/MF sob o nº XXXXXXXXXXXXX, com sede à Rua xxxxxxxxxxxxxxxx, noxx, bairro xxxxx, da cidade de xxxxx/SC, CEP: xxxxxxxx, aqui representada por xxxxxxxxxxxxxxxx, portador da cédula de identidade nº xxxxxxxx, CPF nº xxxxxxxxxxxxxx, declara sob as penas da Lei, que concorda com todos os termos e condições do EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº xxxxx/SES/2017 e seus anexos.

Cidade/SC, xx de xxxx de 2017.

**Xxxxxxxx**

Dirigente da CT



**ANEXO VII**

**TERMO DE ADESÃO INSTITUCIONAL**

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Nome da mãe: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_ UF: \_\_

Título de eleitor: \_\_\_\_\_ UF: \_\_

Carteira de trabalho: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_

Município - UF: \_\_\_\_\_ CEP: \_\_\_\_\_

Telefones: \_\_\_\_\_

Data de acolhimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Possui renda própria: ( ) Sim ( ) Não

Grau de escolaridade: \_\_\_\_\_

Responsável pelo acompanhamento do acolhido:

\_\_\_\_\_

**2. Familiares**

Nome

Grau de parentesco

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Praça Leoberto Leal, 20 - Fone: (0xx49) 3251.7600 – Fax (0xx49) 3251.7652 – CEP  
88501.310

E-mail: [sec.saude@lages.sc.gov.br](mailto:sec.saude@lages.sc.gov.br) – Gabinete da Secretária: [gabinete@saudelages.sc.gov.br](mailto:gabinete@saudelages.sc.gov.br)



Contato Contatos:

Telefonemas ( )

Visita ativa ( )

Visita receptiva ( )

Nome

Grau de parentesco

Contato Contatos:

Telefonemas ( )

Visita ativa ( )

Visita receptiva ( )

Nome

Grau de parentesco

Contato Contatos:

Telefonemas ( )

Visita ativa ( )

Visita receptiva ( )

Evolução do vínculo:

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

### 3. Quadro clínico

Uso de substância psicoativa:

Álcool ( )

Maconha / Haxixe ( )

Cocaína ( )

Crack ( )

---

#### **SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Praça Leoberto Leal, 20 - Fone: (0xx49) 3251.7600 – Fax (0xx49) 3251.7652 – CEP  
88501.310

E-mail: [sec.saude@lages.sc.gov.br](mailto:sec.saude@lages.sc.gov.br) – Gabinete da Secretária: [gabinete@saudelages.sc.gov.br](mailto:gabinete@saudelages.sc.gov.br)



Inalantes / Cola / Solvente / Tiner ( )

Benzodiazepínico / Diazepan ( )

Anfetaminas / Remédios para Emagrecer ( )

Ecstasy / MDMA ( )

LSD ( )

Heroína / Morfina / Metadona ( )

Outros: \_\_\_\_\_

Observações:

---

---

---

---

---

---

---

---

Antecedentes de tratamento:

( ) Não

( ) Sim:

Redução de danos ( )

Abstinência (Alcoólicos Anônimos e Narcóticos Anônimos, inclusive) ( )

CAPS ( )

Comunidade terapêutica ( )

Internação ( )

Outros Observações:

---

---

---

---

---

---

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Praça Leoberto Leal, 20 - Fone: (0xx49) 3251.7600 – Fax (0xx49) 3251.7652 – CEP  
88501.310

E-mail: [sec.saude@lages.sc.gov.br](mailto:sec.saude@lages.sc.gov.br) – Gabinete da Secretária: [gabinete@saudelages.sc.gov.br](mailto:gabinete@saudelages.sc.gov.br)



---

---

Comorbidades:

Não

Sim:

---

---

---

---

---

---

---

---

Acompanhamento médico:

Não

Sim:

Hospital ( )

Posto de Saúde ( )

Clínica ( )

CAPS ( )

Outros Observações:

---

---

---

---

---

---

---

---

Exames prévios realizados:

---

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Praça Leoberto Leal, 20 - Fone: (0xx49) 3251.7600 – Fax (0xx49) 3251.7652 – CEP  
88501.310

E-mail: [sec.saude@lages.sc.gov.br](mailto:sec.saude@lages.sc.gov.br) – Gabinete da Secretária: [gabinete@saudelages.sc.gov.br](mailto:gabinete@saudelages.sc.gov.br)



---

#### 4. Atividades

Atividades terapêuticas (incluir horários): nos termos do art.12 da Resolução CONAD

---

---

---

---

---

---

#### 5. Saída do acolhido

Planejamento de saída:

Atividades de capacitação profissional ( )

Organização financeira ( )

Reinserção no mercado de trabalho ( )

Atividade de Capacitação profissional ( )

Organização Financeira ( )

Reinserção no mercado de trabalho ( )

Geração de renda ( )

Moradia ( )

Outros

---

---

---

---

---

---

Saída da comunidade:

Saída terapêutica ( )

Saída administrativa ( )

---

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**

Praça Leoberto Leal, 20 - Fone: (0xx49) 3251.7600 – Fax (0xx49) 3251.7652 – CEP  
88501.310

E-mail: [sec.saude@lages.sc.gov.br](mailto:sec.saude@lages.sc.gov.br) – Gabinete da Secretária: [gabinete@saudelages.sc.gov.br](mailto:gabinete@saudelages.sc.gov.br)



Abandono ( )

---

---

---

---

---

---

6. Demandas do acolhido

Demandas

Tempo previsto para início

previsto para término

Estou de acordo com as regras da instituição e com o caráter voluntário do acolhimento.

---

Assinatura do (a) acolhido(a)