

**EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA Nº 010/2018**

**CONSIDERANDO** a necessidade de contratar, de forma complementar, serviços de assistência à saúde no âmbito do município (artigo 24, da Lei nº 8080/90);

**CONSIDERANDO** que as Entidades Filantrópicas tem preferência para complementar à oferta de serviços de saúde, com base no artigo 199, §1º da Constituição Federal/88;

**CONSIDERANDO** a portaria nº 2567/GM, de 25 de novembro de 2016, que prevê a participação complementar da iniciativa na execução de ações e serviços de saúde e o credenciamento de prestadores de serviços de saúde no Sistema Único de Saúde;

**CONSIDERANDO** a Lei nº 8666/93, que estabelece normas gerais sobre licitações e contratos administrativos pertinentes a obras, serviços, inclusive de publicidade, compras, alienações e locações no âmbito da União, Estados, Distrito Federal e Municípios;

**CONSIDERANDO** que o direito à saúde mental é um direito fundamental do cidadão, previsto na Constituição Federal para assegurar bem-estar mental, integridade psíquica e pleno desenvolvimento intelectual e emocional;

**CONSIDERANDO** que a Lei nº 10216/2001 dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental no sentido de que se incluem dentre os direitos das pessoas acima mencionadas ter melhor acesso ao melhor tratamento do sistema de saúde, consentâneo às suas necessidades (artigo 2º, § único, I);

**RESOLVE** a Prefeitura do Município de Lages/SC, através da Secretaria Municipal da Saúde/Fundo Municipal da Saúde, tornar público o Edital de Chamada Pública nº 010/2018 para o credenciamento de estabelecimentos especializados no acolhimento de longa permanência para pessoas portadoras de transtornos mentais graves e persistentes, que atendam pacientes de ambos os sexos, para o atendimento de ordens judiciais.

**1 – OBJETO:** o credenciamento de estabelecimentos especializados no acolhimento de longa permanência para pessoas portadoras de transtornos mentais graves e persistentes, que atendam pacientes de ambos os sexos, para o atendimento de ordens judiciais.

**2 – PARTICIPANTES:**

**2.1** – Os estabelecimentos especializados interessados em participar da presente Chamada Pública deverão estar localizadas no Estado de Santa Catarina;

**2.2** – A participação na presente Chamada Pública está limitada a estabelecimentos especializados no ramo descrito no objeto, os quais deverão apresentar a documentação exigida no Edital;

**2.3** – Não poderão participar da presente Chamada Pública os estabelecimentos especializados que, por qualquer motivo estejam declaradas inidôneos em contratar com a Administração Pública direta ou indireta, federal, estaduais ou municipais, e/ou punidas com a suspensão temporária para contratar com a Administração Municipal de Lages/SC;

**2.4** – Não poderão participar da presente Chamada Pública os estabelecimentos especializados que possuam pendências financeiras ou contratuais com o município de Lages/SC;

### **3 – DAS OBRIGAÇÕES DO CREDENCIADO:**

**3.1** – Prestar atendimento com equipe multiprofissional (médico clínico e psiquiatra, dentista, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, etc...), durante o período da contratação;

**3.2** - Proceder ao tratamento medicamentoso dos pacientes portadores de transtornos mentais graves e persistentes;

**3.3** - Oferecer ao paciente no período do acolhimento, as acomodações necessárias para permanência e o convívio, bem como alimentação diária (café da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar), ficando determinado o prazo de, no mínimo, 12 (doze) meses para o acolhimento de longa permanência;

**3.4** – Encaminhar, mensalmente, à Secretaria Municipal da Saúde, a relação dos pacientes acolhidos, acompanhada da Nota Fiscal, devidamente assinada pelo seu representante legal;

**3.5** – Fica expressamente proibida de transferir ou sub-rogar no todo ou em parte a execução dos serviços contratados, exceto com a expressa concordância da Secretaria Municipal da Saúde;

**3.6** - Manter recursos humanos especializados, materiais e equipamentos sociais adequados compatíveis com o atendimento dos serviços assistenciais que se obriga a prestar, com vista ao alcance dos objetivos da contratação;

**3.7** – Não impor qualquer embaraço ou barreira à fiscalização por parte da Secretaria Municipal da Saúde, tendente a averiguar as condições de segurança, higiene e salubridade do local onde serão prestados os serviços contratados;

**3.8** - Respeitar e atender rigorosamente no que couber todas as Leis Federais, Estaduais e Municipais aplicáveis a sua atividade, bem como, as novas exigências que venham a ser criadas por estas leis;

**3.9** - Atender as determinações da Secretaria Municipal da Saúde, devendo transmitir por escrito quando for tratado de assuntos que ofereçam questionamentos quanto à execução do cumprimento das obrigações;

**3.10** - Cumprir fidedignamente as condições enunciadas na contratação e de modo que os serviços contratados sejam fornecidos nas quantidades e especificações requeridas pela Secretaria Municipal da Saúde, de acordo com a necessidade;

**3.11** – Não exigir qualquer tipo de contrapartida financeira, doações ou sob a forma de outros bens, do paciente acolhido e/ou de seus familiares, quando da utilização dos serviços contratados;

**3.12** – Assumir exclusivamente a responsabilidade pela reparação de danos e prejuízos, materiais ou pessoais, eventualmente, causados pelo paciente no seu estabelecimento e/ou de terceiros;

**3.13** – Assumir exclusivamente a responsabilidade de fornecer ao paciente, bens de higiene, uso pessoal e outras despesas não relacionadas no presente Edital;

**3.14** – Assumir exclusivamente a responsabilidade em custear os medicamentos oriundos do tratamento ou não, acompanhamentos médicos clínicos e psiquiátricos, oriundos do tratamento ou não, bem como, acompanhamentos com dentista, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, etc, oriundos do tratamento ou não;

**3.15** – Assumir exclusivamente a responsabilidade pelo custeio de exames médicos, oriundos do tratamento ou não, bem como, pelo custeio da aquisição de fraldas geriátricas aos pacientes que eventualmente necessitarem;

**3.16** – Comprovar experiência mínima de 02 (dois) anos de atuação;

#### **4 – DAS OBRIGAÇÕES DA CREDENCIANTE:**

**4.1** – Efetuar o pagamento do estabelecimento credenciado, nos termos do presente Edital;

**4.2** - Exercer regulação, controle e avaliação dos serviços prestados;

**4.3** - Prestar informações necessárias, com clareza, ao credenciado para execução dos serviços;

**4.4** - Periodicamente vistoriar as instalações do credenciado, com o fim de verificar se persistem as mesmas condições técnicas básicas comprovadas na ocasião da assinatura do Contrato;

**4.5** - Designar servidor capacitado da Secretaria Municipal da Saúde para supervisionar, fiscalizar a execução dos serviços prestados aos pacientes acolhidos.

#### **5 – DA HABILITAÇÃO:**

**5.1** – Os estabelecimentos especializados interessados em participar da presente Chamada Pública deverão apresentar no Setor de Controle, Avaliação e Auditoria Municipal – CAAM, localizado na Praça Leoberto Leal, nº 20, Centro, CEP 88501-310, Lages/SC – Fone: (049) 3251-7600, no período compreendido entre

20/03/2018 a 26/03/2018, das 08h:00min às 12h:00min e das 14h:00min às 18h:00min, a seguinte documentação:

- a) Ofício datado de solicitação formal listando todos os documentos entregues;
- b) Declaração do Dirigente que está de acordo com os termos desse Edital – Anexo IV;
- c) Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ/MF;
- d) Cópia do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES;
- e) Cópia do Contrato Social ou Estatuto Social, devidamente registrado e alterações posteriores;
- f) Declaração dos sócios e diretores (individual ou assinada 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 clínica, o qual assinará o contrato;
- i) Dados pessoais (nome completo, logradouro, estado civil, profissão, cópia do RG e CPF) dos integrantes da Diretoria;
- j) Dados bancários (relacionar número de conta corrente e agência);
- k) Endereço eletrônico para comunicação oficial entre a Secretaria Municipal da Saúde e a Clínica;
- l) Dados do estabelecimento, conforme Ficha Cadastral (Anexo III), devidamente preenchida e assinada pelo representante legal;
- 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 à Receita Federal do Brasil/Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional, inclusive 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 do estabelecimento, expedida pelo órgão competente;
- r) Certidão negativa de débito Trabalhista (CNDT), para comprovar a inexistência de débitos inadimplidos perante à Justiça do Trabalho;
- s) Alvará de licença para localização e funcionamento, devidamente expedido pela Prefeitura Municipal;
- t) Alvará Sanitário expedido pela Vigilância Sanitária;
- u) Relação nominal dos funcionários e a respectiva titulação no caso de possuir nível superior (cópia do diploma e/ou certificado de conclusão do curso), demais profissionais do estabelecimento a comprovação deverá ser através de cópia da relação do CNES;
- v) Declaração emitida pelo estabelecimento que atestando que atende ao inciso XXXIII, artigo 7º da Constituição Federal (proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre aos menores de dezoito anos e de qualquer trabalho aos menores de quatorze anos, salvo na condição de menor aprendiz, conforme Anexo II);
- x) Caso o estabelecimento esteja isento de algum documento exigido neste Edital, deve apresentar declaração do órgão expedidor informando sua isenção;

**5.2** - Os documentos citados no item anterior deverão ser apresentados em fotocópia autenticada em cartório ou, à vista dos originais em fotocópia autenticada por funcionário do CAAM (Controle, Avaliação e Auditoria Municipal) da Secretaria de Saúde de Lages até às 18h:00min do último dia do prazo deste edital. Os documentos emitidos via Internet por órgãos ou entidades públicas e suas cópias reprográficas dispensam a necessidade de autenticações, sujeito a verificação pela Internet;

**5.3** - A documentação deverá ser apresentada em envelope lacrado, contendo em sua parte externa e frontal os seguintes dizeres:

**“SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE – CONTROLE AVALIAÇÃO E  
AUDITORIA MUNICIPAL**

**INTERESSADO:** .....

**CNPJ:** .....

**CHAMADA PÚBLICA Nº 010/2018”**

**5.4** - Os documentos deverão estar dispostos ordenadamente, numerados sequencialmente, encadernados e rubricados;

**5.5** - Fica estabelecida a data de 27/03/2018, às 09h:00min, no Auditório da Secretaria Municipal da Saúde, localizado na Praça Leoberto Leal, nº 20, Centro, CEP 88501-310, Lages/SC para abertura dos envelopes lacrados com a devida documentação exigida neste edital, submetendo-se à rubrica pelos membros da equipe de controle e auditoria da Secretaria da Saúde e à livre aferição e rubrica pelos representantes legalmente constituídos dos estabelecimentos que se fizerem presentes;

**5.6** - O Controle, Avaliação e Auditoria da Secretaria da Saúde de Lages analisará e avaliará a documentação, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados a partir da abertura dos envelopes;

**5.7** – Os estabelecimentos que não atenderem as exigências requeridas neste Edital serão preliminarmente desconsiderados e terão o prazo de 05 (cinco) dias úteis para apresentarem suas razões de recurso, a contar da data da notificação. Em igual prazo a Secretaria da Saúde emitirá parecer;

**5.8** - Após transcorrido os prazos recursais a Secretaria da Saúde de Lages poderá celebrar contrato de prestação de serviços, com base no artigo 25 da Lei 8.666/93, dando preferência às entidades filantrópicas sem fins lucrativos;

**5.9** – Além da documentação constante no item 5.1, o estabelecimento será vistoriado, em conjunto, pela equipe técnica da Vigilância Sanitária, da Gerência de Controle de Serviços de Saúde Municipal e Gerência Municipal de Saúde Mental;

**5.10** – A Equipe da Gerência de Controle de Serviços de Saúde, juntamente com a Gerência de Saúde Mental analisará e avaliará a documentação e realizará vistoria para confirmar a capacidade técnica e de instalação, no prazo de 15 (quinze) dias, contados a partir da entrega da documentação;

**5.11** – A SMS não se obriga a contratar todos os estabelecimentos habilitados, mas sim, a quantidade que lhe interessar para atender a demanda reprimida do município;

**5.12** – Os estabelecimentos habilitados e pré-qualificados serão contratados conforme disponibilidade orçamentária-financeira da Secretaria Municipal da Saúde;

**5.13** – Para celebração de contrato, o estabelecimento deverá encontrar-se nas mesmas condições requeridas na fase de habilitação;

**5.14** – Os valores a serem pagos pela prestação dos serviços, desde que haja paciente acolhido, pelo período em que o mesmo necessitar de tratamento, devidamente atestado pelo médico responsável, serão os seguintes:

**a) Acolhimento de longa permanência para pessoas portadoras de transtornos mentais graves e persistentes:**

<b>Adulto (feminino/masculino)</b>	R\$ 5.700,00 (cinco mil e setecentos reais)/mês
------------------------------------	---

**5.15** – Quaisquer elementos, informações ou esclarecimentos relacionados a esta Chamada Pública poderão ser obtidos junto à Gerência de Controle de Serviços de Saúde (049) 3251-7645.

Lages, 19 de março de 2018.

---

**ODILA MARIA WALDRICH**

Secretária Municipal da Saúde

## ANEXO I

### MINUTA DO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

Por este instrumento particular e na melhor forma de direito, de um lado a **PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGES**, entidade de direito público, inscrita no CNPJ nº, situada na Rua Benjamin Constant, nº 13, Centro, neste ato representada pela Secretária Municipal da Saúde, Sra. , brasileira, estado civil, portadora do RG nº, inscrita no CPF nº, residente na Rua, doravante denominada simplesmente **CONTRATANTE**, e de outro lado a ....., inscrita no CNPJ nº, localizada na Rua, neste ato representada pelo Sr., brasileiro, casado, portador do RG nº, inscrita no CPF nº, doravante denominada **CONTRATADA**, tendo em vista o que dispõe a Constituição Federal, em especial os artigos 196 a 200, a Lei Federal no. 8.080/90, as normas gerais da Lei Federal no. 8.666/93, e as demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie, resolvem celebrar o presente Contrato de Prestação de Serviços, mediante as seguintes cláusulas e condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO:** o credenciamento de estabelecimentos especializados no acolhimento de longa permanência para pessoas portadoras de transtornos mentais graves e persistentes, que atendam pacientes de ambos os sexos, para o atendimento de ordens judiciais.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** – Os tratamentos serão destinados aos munícipes, de acordo com os critérios estabelecidos pela Secretaria Municipal da Saúde, sob o regime de acolhimento, por período pré-definido, renovável, se necessário, após avaliação médica e/ou da equipe interdisciplinar das clínicas referenciadas;

**PARÁGRAFO SEGUNDO** – Os serviços serão prestados de acordo com as especificações, condições e tudo o que consta do edital de Credenciamento n.º

010/2018, que ficam fazendo parte integrante do presente instrumento, independentemente de suas transcrições;

**PARÁGRAFO TERCEIRO** – Ficará a cargo da Secretaria Municipal de Saúde, solicitar o acolhimento, indicando os estabelecimentos credenciados para a prestação do serviço;

**CLÁUSULA SEGUNDA - EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS:** Os serviços ora contratados, referidos na cláusula primeira serão executados pelo(a) credenciado(a), com sede na Rua \_\_\_\_\_, sob a responsabilidade do diretor Clínico/Técnico, \_\_\_\_\_..

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - A eventual mudança de endereço do estabelecimento da CONTRATADA deverá ser imediatamente comunicada à CONTRATANTE, que analisará a conveniência de manter os serviços ora contratados em outro endereço, podendo, ainda, rever as condições do Termo de Credenciamento, e, até mesmo denunciá-lo, se entender conveniente. A mudança do Diretor Clínico (ou Técnico) também será comunicada a CONTRATANTE, que analisará a conveniência de manter os serviços ora conveniados;

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

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - Prestar atendimento com equipe multiprofissional (médico clínico e psiquiatra, dentista, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, etc...), durante o período da contratação;

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - Proceder ao tratamento medicamentoso dos pacientes portadores de transtornos mentais graves e persistentes;

**PARÁGRAFO TERCEIRO** - Oferecer ao paciente no período do acolhimento, as acomodações necessárias para permanência e o convívio, bem como alimentação diária (café da manhã, almoço, lanche da tarde e jantar), ficando determinado o prazo de, no mínimo, 12 (doze) meses para o acolhimento de longa permanência;

**PARÁGRAFO QUARTO** - Comunicar imediatamente a Secretaria Municipal de Saúde de Lages/SC depois de detectado o caso em que o paciente não se enquadre nos objetivos desenvolvidos pela CONTRATADA;

**PARÁGRAFO QUINTO** – Encaminhar, mensalmente, à Secretaria Municipal de Saúde, a relação dos pacientes acolhidos, acompanhado da Nota Fiscal, devidamente assinada pelo representante legal da CONTRATADA;

**PARÁGRAFO SEXTO** - Observar que fica expressamente proibida transferir ou sub-rogar no todo ou em parte a execução das obrigações assumidas no presente Contrato, exceto e com a expressa concordância do Município;

**PARÁGRAFO SÉTIMO** - Manter recursos humanos especializados, materiais e equipamentos sociais adequados compatíveis com o atendimento dos serviços assistenciais que se obriga a prestar, com vista ao alcance dos objetivos deste Contrato;

**PARÁGRAFO OITAVO** - Desde que não acarrete interferências na realização das atividades fins da CONTRATADA, não impor quaisquer embaraços ou barreiras à fiscalização por parte da Secretaria Municipal da Saúde, tendente a averiguar as condições de segurança, higiene e salubridade do local onde serão prestados os serviços objeto do presente contrato;

**PARÁGRAFO NONO** - Informar à Secretaria Municipal de Saúde, imediatamente, após a constatação de qualquer irregularidade decorrente da execução do presente instrumento;

**PARÁGRAFO DÉCIMO** - Consultar preliminarmente a Secretaria Municipal de Saúde de forma expressa, sobre qualquer alteração quanto ao atendimento prestado para que manifeste a sua anuência ou não em prazo não superior a 15 (quinze) dias;

**PARÁGRAFO DÉCIMO PRIMEIRO** - Respeitar e atender rigorosamente no que couber todas as Leis Federais, Estaduais e Municipais aplicáveis a sua atividade bem como as novas exigências que venham a ser criadas por estas leis;

**PARÁGRAFO DÉCIMO SEGUNDO** - Observar que a visita da família no local estabelecido para a execução do presente Contrato, far-se-á mediante prévio agendamento e autorização da Secretaria Municipal de Saúde, devendo a própria família arcar com os custos de deslocamento e alimentação;

**PARÁGRAFO DÉCIMO TERCEIRO** - Atender as determinações da CONTRATANTE, transmitidas por escrito, quando tratar-se de assuntos que ofereçam questionamento quanto à execução do presente Contrato;

**PARÁGRAFO DÉCIMO QUARTO** - Cumprir fielmente o contrato de modo que os serviços constantes no edital sejam fornecidos nas quantidades e especificações requeridas pela Secretaria Municipal de Saúde, de acordo com a necessidade;

**PARÁGRAFO DÉCIMO QUINTO** - Não cobrar quaisquer valores do paciente e/ou responsáveis, sob nenhum título, ressaltando a gratuidade do atendimento, e responsabilizar-se por cobrança indevida feita por profissional empregado ou preposto, em razão do contrato;

**PARÁGRAFO DÉCIMO SEXTO** – A responsabilidade de fornecer ao paciente, bens de higiene, uso pessoal e outras despesas não relacionadas no presente Edital;

**PARÁGRAFO DÉCIMO SÉTIMO** - A responsabilidade em custear os medicamentos oriundos do tratamento ou não, bem como, acompanhamentos com equipe multiprofissional (médico clínico e psiquiatra, dentista, psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, etc), oriundos do tratamento ou não, durante o período da contratação;

**PARÁGRAFO DÉCIMO OITAVO** - A responsabilidade pelo custeio de exames médicos, oriundos do tratamento ou não, bem como, pelo custeio da aquisição de fraldas geriátricas aos pacientes que eventualmente necessitarem;

**PARÁGRAFO DÉCIMO NONO** - A responsabilidade pela reparação de danos e prejuízos, materiais ou pessoais, eventualmente, causados pelo paciente no seu estabelecimento e/ou de terceiros;

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

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - Pagar o estabelecimento credenciado, nos termos do edital;

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - Prestar as informações necessárias, com clareza, a CONTRATADA, para execução dos serviços;

**PARÁGRAFO TERCEIRO** - Periodicamente vistoriar as instalações do estabelecimento prestador de serviços, para verificar se persistem as mesmas condições técnicas básicas comprovadas na ocasião da assinatura do Contrato;

**PARÁGRAFO QUARTO** - Designar, mediante documento hábil, servidor para supervisionar, fiscalizar os procedimentos e acompanhar a execução dos serviços de saúde;

## **CLÁUSULA QUINTA – EXECUÇÃO E ACOMPANHAMENTO DO CREDENCIAMENTO**

Os serviços, objeto deste contrato deverão ter a sua execução iniciada, no prazo de até 24 (vinte e quatro) horas após solicitação da Secretaria Municipal de Saúde;

**PARÁGRAFO PRIMEIRO**– A Secretaria Municipal da Saúde acompanhará diretamente a prestação do serviço, esclarecerá dúvidas e questões porventura não tratadas na especificação dos serviços arrolados no edital de Credenciamento;

**PARÁGRAFO SEGUNDO**– A Secretaria Municipal de Saúde poderá propor o descredenciamento do estabelecimento credenciado e/ou as penalidades indicadas na Cláusula Décima Segunda, desde que verifique falhas que comprometam a qualidade dos serviços e/ou inobservância das obrigações pactuadas;

**CLÁUSULA SEXTA – DA VIGÊNCIA** - O presente termo terá a vigência de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado por igual período até o limite de 60 (sessenta) meses, conforme estabelecido em Lei e sempre até o final de cada vigência;

**PARÁGRAFO ÚNICO** – A continuação da prestação de serviços nos exercícios financeiros subsequentes ao presente, respeitado o prazo de vigência do presente Termo, estipulado no "caput" desta cláusula, fica condicionada à aprovação das dotações próprias para as referidas despesas no orçamento;

**CLÁUSULA SÉTIMA - DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS:** As despesas decorrentes deste contrato serão custeadas com recursos próprios do Tesouro Municipal;

**CLÁUSULA OITAVA - DO VALOR** - A CONTRATANTE pagará à CONTRATADA, desde que haja paciente acolhido, pelo período em que o mesmo

necessitar de tratamento, devidamente atestado pelo médico responsável, os seguintes valores:

**a) Acolhimento de longa permanência para pessoas portadoras de transtornos mentais graves e persistentes:**

<b>Adulto (feminino/masculino)</b>	R\$ 5.700,00 (cinco mil e setecentos reais)/mês por paciente
------------------------------------	--

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** – Sobre os valores acima não incidirá nenhum custo adicional, extraordinário ou sobretaxa de qualquer natureza, sendo vedada à CONTRATADA a cobrança de qualquer valor, a qualquer título do paciente;

**PARÁGRAFO SEGUNDO** – Estão incluídos nesse valor, na forma da legislação tributária vigente, todos os tributos e contribuições fiscais e parafiscais incidentes, direta ou indiretamente, sobre a execução dos serviços objeto do presente contrato;

**CLÁUSULA NONA - DO PAGAMENTO** – 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, 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 da NF e posterior pagamento;

**II** – Na hipótese de atraso em registrar os dados dos pacientes acolhidos no mês, o pagamento da nota/fiscal/fatura correspondente ficará suspenso até a regularização;

**III** – Os pagamentos ocorrerão mensalmente, desde que haja paciente acolhido, até o trigésimo dia do mês subsequente ao do acolhimento, mediante emissão de NF;

**IV** – 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;

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

**VI** – 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;

**VII** – A nota fiscal/fatura correspondente ao acolhimento realizado no mês deverá ser encaminhada pela CONTRATADA ao seguinte 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;

**VIII** – 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;

**IX** – 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 – DENÚNCIA** - Salvo disposição expressa em contrário, fica assegurada às partes a possibilidade de, a qualquer tempo, denunciar o ajuste, desde que haja a devida notificação, por escrito, no prazo de 90 (noventa) dias;

**PARÁGRAFO ÚNICO** – Quando a denúncia partir da CONTRATADA, a notificação deverá ser devidamente protocolada junto à Secretaria Municipal da Saúde, quando a parte denunciante for a CONTRATANTE, a notificação será encaminhada à CONTRATADA, por AR (aviso de recebimento) ou outro método que comprove fisicamente seu recebimento;

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – ACOMPANHAMENTO DO CREDENCIAMENTO** – Compete à Secretaria Municipal de Saúde, fiscalizar e acompanhar a execução do presente credenciamento, nos termos do art. 67 da Lei 8.666/93 e tudo o que dispõe o regulamento contido no edital de credenciamento n.º 010/2018;

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - A fiscalização exercida pela CONTRATANTE, sobre serviços ora contratados, não eximirá a CONTRATADA de sua plena responsabilidade perante a CONTRATANTE ou para com os pacientes e terceiros, decorrentes de culpa ou dolo na execução deste termo;

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - A CONTRATADA facilitará a CONTRATANTE o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores da CONTRATANTE designados para tal fim;

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – PENALIDADES** – A CONTRATADA, em caso de inadimplência, e observado o regular procedimento administrativo, assegurado o contraditório e a ampla defesa, ficará sujeita às seguintes penalidades:

- a) advertência, sempre que forem observadas irregularidades de pequena monta para as quais tenha concorrido;
- b) suspensão em contratar com a Administração e/ou declaração de inidoneidade, nos termos do artigo 87, incisos III e IV, da Lei n.º 8.666/93, respectivamente.

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DA RESCISÃO:** O presente Termo poderá ser rescindido a juízo da CONTRATANTE, com base nos artigos 77 a 80 da Lei n.º 8.666/93, especialmente quando esta entender que a CONTRATADA não está cumprindo de forma satisfatória as avenças estabelecidas neste instrumento, independentemente da aplicação das penalidades previstas na Cláusula Décima Segunda deste contrato;

**CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DO FORO:** Os participantes elegem o Foro da Comarca de Lages/SC, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir questões oriundas do presente contrato.

E por estarem, assim de perfeito acordo, subscrevem o presente, em 04 (quatro) vias, na presença de 02 (duas) testemunhas, para que surtam todos os efeitos legais.

Lages, \*\*\*\* de \*\*\*\* de 2018.

**ODILA MARIA WALDRICH**  
Secretária Municipal da Saúde

## ANEXO II

### DECLARAÇÃO DO DIRIGENTE

....., inscrita no CNPJ  
n.º....., por intermédio de seu representante legal o(a)  
Sr.(a)....., portador(a) do RG  
n.º..... e inscrito no CPF n.º.....,  
DECLARA, para fins do disposto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição  
Federal de 1988, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho  
noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de dezesseis anos.  
Ressalva: emprega menor, a partir de quatorze anos, na condição de aprendiz (  
)

....., em ..... de .....

Nome e assinatura do responsável.

## **ANEXO III**

### **FICHA CADASTRAL**

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

#### **Dados do estabelecimento**

Nome do estabelecimento:

CNPJ:

Nome do representante:

Endereço do estabelecimento:

Fone:

E-mail do estabelecimento:

#### **Estrutura Física**

Número de metros quadrados do terreno:

Número de metros quadrados de área construída:

Número de quartos:

Número de banheiros:

Número de salas de atendimento individual e coletivo:

Área para acolhimento de familiares e visitantes:

Sala administrativa:

Área para arquivo de fichas individuais:

Sanitários para funcionários:

Área destinada ao preparo da alimentação:

Refeitório:

Lavanderia coletiva:

Almoxarifado:

Área para depósito de materiais de limpeza:

Área para abrigo de resíduos sólidos:

Outros que desejar informar:

Horário de funcionamento:

Público atendido: ( ) adolescentes ( ) adultos

Número de pessoas atendidas: ( ) Feminino ( ) Masculino

Aceita grávidas? ( ) sim ( ) não

### **Capacidade técnica**

Número de profissionais que trabalham no estabelecimento:

Apoio administrativo: ( ) não ( ) sim

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 Clínico Geral: ( ) não ( ) sim - Número ( )

Médico Psiquiatra: ( ) não ( ) sim - Número ( )

Fisioterapeuta: ( ) não ( ) sim - Número ( )

Terapeuta Ocupacional: ( ) não ( ) sim - Número ( )

Estagiários: ( ) não ( ) sim - Número ( )

Voluntários: ( ) não ( ) sim - Número ( )

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

### **Outros dados:**

Possui Estatuto Social registrado: ( ) não ( ) sim

Possui alvará sanitário: ( ) não ( ) sim

Com laudo do Corpo de Bombeiros ou protocolo de solicitação? ( ) não ( ) sim

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

Local e data.

Nome e assinatura do responsável.

## **ANEXO IV**

### **DECLARAÇÃO DE ACEITAÇÃO AOS TERMOS DO EDITAL Nº 010/2018 E SEUS ANEXOS**

Declaramos para os devidos fins que, verificamos atentamente e compreendemos as condições gerais e específicas contidas no Edital de Chamada Pública nº 010/2018 e seus anexos, sendo assim, manifestamos nosso acordo com as mesmas.

Local e Data.

Nome e assinatura do responsável