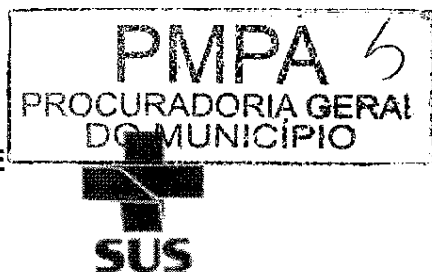




PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



PROC. ADM: 18.0.000110323-3  
LIVRO: 1124-D  
FOLHAS: 46  
REGISTRO: 68351

## TERMO DE COLABORAÇÃO

**TERMO DE COLABORAÇÃO** que entre si fazem o **MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE** e o **INSTITUTO RENASCER**, para prestação de serviço de moradia protegida e reabilitação de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes na modalidade de serviço residencial terapêutico visando reintegração à vida social e comunitária.

Aos 08 dias do mês de janeiro do ano de 2019, o **MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE**, CNPJ nº 92.963.560/0001-60, neste ato representado pelo Secretário Municipal de Saúde NATAN KATZ, conforme delegação de competência estabelecida no Decreto nº. 19.932/2018, doravante denominado de **MUNICÍPIO**, e, de outro lado, o **INSTITUTO RENASCER**, pessoa jurídica de direito privado, organização da sociedade civil sem fins econômicos e lucrativos, sediada na Rua General Andrade Neves, 155, no Centro Histórico de Porto Alegre, inscrita no CNPJ nº 09.175.808/0003-46, presente neste ato por seu representante legal RICARDO CABREIRA DA SILVA, doravante denominado **COLABORADOR**, de acordo com a Lei 13.019/13, Lei 8.080/90, Decreto 19.775/2017 e Portaria de Consolidação GM 02/2017 do Ministério da Saúde, celebrou-se o presente **TERMO DE COLABORAÇÃO**, pelas seguintes cláusulas e condições:

### CLÁUSULA I: OBJETO

- 1.1 O presente **TERMO DE COLABORAÇÃO** tem por objeto a execução de **atividades de moradia protegida e reabilitação de pessoas com transtornos mentais graves e persistentes visando reintegração à vida social e comunitária nos SERVIÇOS DE RESIDENCIAL TERAPÊUTICO - SRT** descritos no Edital 03/2018 e no ANEXO I - Plano de Trabalho - Documento Descritivo Assistencial, que fazem parte integrante deste termo como se transcritos fossem.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



1.2 Os SRTs, todos tipo II, que compõem o objeto deste Termo de Colaboração estão divididos nas seguintes metas, que apresentam, entre si, autonomia em relação à execução de metas quantitativas e qualitativas, bem como em relação à execução dos recursos, configuradas como filiais do COLABORADOR, assim descritos:

- a) SRT 1 e SRT 2: Glória/Cruzeiro/Cristal
- b) SRT 3: Norte/Eixo-Baltazar
- c) SRT 4: Centro
- d) SRT 5 e SRT 6: Partenon/Lomba do Pinheiro
- e) SRT 7: Leste/Nordeste
- f) SRT 8: Noroeste/Humaita/Navegantes/ilhas
- g) SRT 9: Sul/Centro-Sul
- h) SRT 10: Restinga/Extremo-Sul

1.3 Os SRTs deverão ser estruturados individualmente como filiais do COLABORADOR, e cada um deve ter sua inscrição no CNPJ, no CNES, e uma conta bancária específica para execução de cada um dos SRTs tratados neste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, objeto dos Planos de Trabalho apresentados nas propostas do Chamamento Público 03/2018.

1.4 No momento da celebração deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, serão dadas as ordens de início de implantação nos SRTs 4(Centro), 5(Partenon/Lomba do Pinheiro) e 7(Leste/Nordeste). Os 7 SRTs restantes poderão ser contratados a posteriori, de acordo com a necessidade do gestor, bem como a disponibilidade orçamentária.

## CLÁUSULA II: CONDIÇÕES GERAIS

2.1 Na execução do presente **TERMO DE COLABORAÇÃO**, de interesse recíproco, os partícipes deverão observar as seguintes condições gerais:

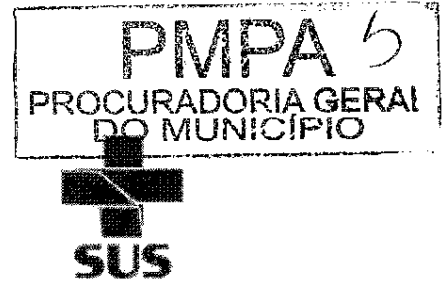
- I. O presente **TERMO DE COLABORAÇÃO**, parte integrante do CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2018, tem o fim de atender ao princípio da primazia do interesse público, e é celebrado no sentido de garantir a ampliação dos serviços oferecidos ao **MUNICÍPIO**.
- II. As informações contidas no CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 03/2018 são parte integrante deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

e

2



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



- III. Os móveis, equipamentos e materiais adquiridos pelo **COLABORADOR** com recursos próprios para a operação serão, para todos os efeitos, reconhecidos como patrimônio próprio do **COLABORADOR** e não reverterão ou constituirão direito do **MUNICÍPIO**.
- IV. Os móveis, equipamentos e materiais adquiridos com os recursos públicos decorrentes desta parceria devem ser incorporados ao patrimônio público até a finalização ou extinção do presente **TERMO DE COLABORAÇÃO**;
- V. Os móveis, equipamentos e materiais cedidos, transferidos ou emprestados devem ser reincorporados ao patrimônio público quando findo ou extinto o presente **TERMO DE COLABORAÇÃO**;
- VI. Conforme o Art. 30 do Decreto Municipal 19775/2017, os móveis, equipamentos e materiais adquiridos pelo **COLABORADOR** com recursos decorrentes desta parceria poderão, após o decurso de sua vigência, serem doados à organização da sociedade civil parceira, desde que sejam úteis à continuidade de ações de interesse público, condicionada à prestação de contas final aprovada, permanecendo a custódia dos bens sob a sua responsabilidade até o ato da efetiva doação, a exceção, quando findo ou extinto o presente **TERMO DE COLABORAÇÃO**, daqueles equipamentos e materiais adquiridos com recursos próprios, não vinculados ao presente termo ou cedidos ou transferidos ou emprestados;
- VII. O encaminhamento dos usuários devem seguir as regras estabelecidas para a referência e contrarreferência, ressalvadas as situações de urgência e emergência, nas quais o Gestor Público orientará os procedimentos de transição do cuidado;
- VIII. Gratuidade para os usuários das ações e dos serviços de saúde executados no âmbito deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**;
- IX. Prescrição de medicamentos em observância à Política Nacional de Medicamentos;
- X. Observância integral dos protocolos técnicos de atendimento e regulamentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e respectivos gestores do SUS;

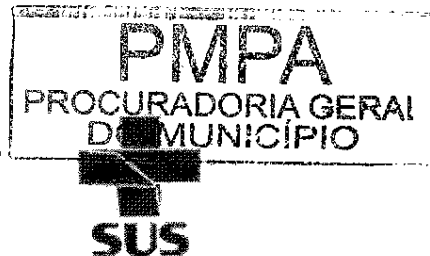
### CLÁUSULA III: ENCARGOS COMUNS

#### 3.1 São encargos comuns:

1. Elaboração de protocolos técnicos e de encaminhamento para as ações de saúde;
2. Educação permanente em serviço de recursos humanos orientados para o SUS;



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



3. Aprimoramento da atenção à saúde;
4. Cumprir as condições especificadas neste termo e nos descritivos anexos deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

#### CLÁUSULA IV: ENCARGOS ESPECÍFICOS

4.1. São encargos dos PARTICIPES:

##### I – DO COLABORADOR:

1. Cumprir as normas do SUS, elencadas nas normativas vigentes, ou outros que venham a ser publicados.
2. Atender as diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH);
3. Prestar os serviços de conformidade com as especificações técnicas contidas no Edital 03/2018 e funcionar alinhados à Política Nacional e Municipal de Saúde Mental;
4. Executar os serviços dentro do prazo, sem qualquer ônus para o MUNICÍPIO;
5. Tomar todas as precauções e zelar permanentemente para que as suas operações não provoquem danos físicos ou materiais a terceiros, cabendo-lhe, exclusivamente, todos os ônus para reparação de eventuais danos causados;
6. Não transferir a outrem as obrigações assumidas neste Termo de Colaboração, sem prévia autorização do MUNICÍPIO;
7. Providenciar, na execução do objeto da parceria, a imediata correção das deficiências apontadas pela fiscalização do MUNICÍPIO;
8. Manter atualizado os registros no CNES e utilizar os sistemas de informação que venha a ser implementado pelo MUNICÍPIO.
9. Submeter-se a avaliações sistemáticas, de acordo com o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde (PNASS);
10. Utilizar Sistema de Informação desta SMS que venha a ser implantado para registro das informações das atividades executadas, obedecendo aos prazos, fluxos e rotinas de entrega da produção do MUNICÍPIO;
11. Submeter-se aos critérios de autorização e regulação estabelecidos por esta SMS;
12. Obrigar-se a apresentar, sempre que solicitado, relatórios que demonstrem, quantitativa e qualitativamente, o cumprimento das diretrizes

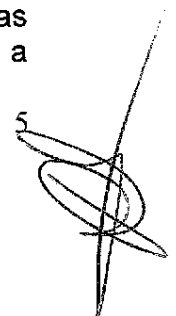
*R*

4  
*[Handwritten signature]*

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE  
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

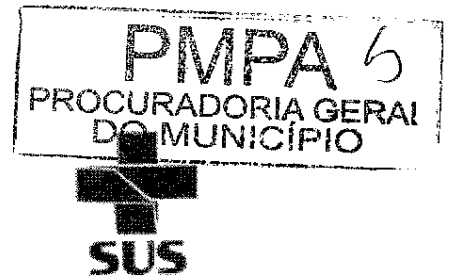
previstas no Plano de Trabalho - Documento Descritivo Assistencial, bem como os Relatórios de Prestação de Contas;

13. Submeter-se ao Controle Nacional de Auditoria (SNA), no âmbito do SUS, apresentando toda documentação necessária, desde que solicitado;
14. Garantir o acesso dos conselhos de saúde aos serviços contratados no exercício do seu poder de fiscalização ressalvadas as situações em que puderem redundar em exposição dos usuários do serviços a situações degradantes, constrangedoras, ou de quebra do sigilo assistencial não consentido;
15. Responsabilizar-se civil e criminalmente por todos os atos de seus funcionários que, por imprudência, dolo ou má fé venham a causar dano ou prejuízo ao MUNICÍPIO ou a terceiros;
16. Ser responsável pela continuidade do tratamento dos pacientes, 24 horas por dias de segunda-feira a domingo, inclusive nos dias de feriados.
17. Garantir quadro de recursos humanos qualificados e compatíveis aos serviços objeto da parceria, de modo que a prestação se dê de forma contínua e ininterrupta.
18. Manter afixado em lugar visível sua condição de entidade integrante do SUS e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição.
19. Não efetuar qualquer tipo de cobrança aos usuários.
20. Manter registro atualizado de todos os atendimentos efetuados, disponibilizando a qualquer momento ao MUNICÍPIO e auditorias do SUS as fichas e prontuários dos usuários do SUS, que deverão estar em conformidade com as Resoluções dos Conselhos de Classe pertinentes, assim como todos os demais documentos que comprovem a confiabilidade e segurança dos serviços prestados.
21. Garantir as condições técnicas e operacionais para a manutenção das licenças e alvarás nas repartições competentes, necessárias à execução dos serviços objeto do presente contrato.
22. Garantir a desinfecção, esterilização e antissepsia, em perfeitas condições com as normas técnicas vigentes, bem como assegurar o uso adequado dos equipamentos, garantindo o funcionamento das instalações hidráulicas, elétricas e em geral, para a correta prestação dos serviços objeto da parceria.
23. Não negar atendimento aos usuários, no que se refere aos serviços objeto da parceria.
24. Permitir, a qualquer tempo, o acesso de técnicos da SMS às suas instalações com a finalidade de acompanhar, fiscalizar ou auditar a execução da parceria.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



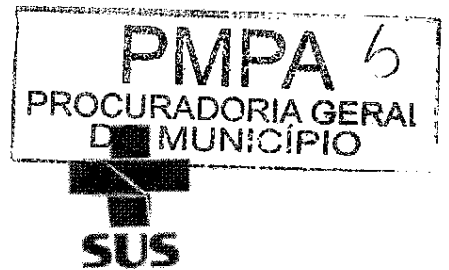
25. Manter, durante a vigência da parceria todas as condições exigidas no Edital de Chamada Pública 03/2018.
26. Comunicar imediata ao MUNICÍPIO de qualquer mudança de responsável técnico.
27. Não utilizar nem permitir que terceiros realizem projetos de pesquisa científica envolvendo usuários do SUS sem aprovação do Comitê de Ética da SMS e autorização do MUNICÍPIO.
28. Atender, no prazo indicado, as ordens judiciais, comunicadas diretamente ou via SMS, com retorno da resolutividade ao gestor e à autoridade judicial competente.
29. Garantir confidencialidade dos dados e informações dos usuários do SUS.
30. Adotar a Tabela SUS – Procedimentos para tratamento de Transtornos Mentais e Comportamentais no registro dos serviços, bem como incluir novos procedimentos que forem implantados, conforme descrição do Plano de Trabalho.
31. Responsabilizar-se exclusivamente pelo gerenciamento administrativo e financeiro dos recursos recebidos, inclusive no que diz respeito às despesas de custeio, de investimento e de pessoal;
32. Responsabilizar-se exclusivamente pelo pagamento dos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais relacionados à execução do objeto, previsto no termo de colaboração, não implicando responsabilidade solidária ou subsidiária da administração pública, a inadimplência da organização da sociedade civil em relação ao referido pagamento, os ônus incidentes sobre o objeto da parceria ou os danos decorrentes de restrição à sua execução;
33. Fica expressamente vedada a utilização dos recursos em finalidade diversa da estabelecida neste instrumento;
34. Qualquer importância acrescentada à conta específica somente poderá ser utilizada no objeto deste Termo de Colaboração, devendo constar da prestação de contas do mesmo;
35. Facilitar a realização de auditorias contábeis nos registros, documentos, instalações, atividades e serviços desta, referentes à aplicação dos recursos oriundos do presente Termo de Colaboração.
36. Divulgar na internet e em locais visíveis de suas sedes sociais e dos estabelecimentos em que exerça suas ações os dados da parceria celebrada com a administração pública, devendo incluir, no mínimo (Art. 11 da Lei 13.019/2014):

12

6



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



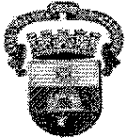
- a) Data de assinatura e identificação do instrumento de parceria e do órgão da administração pública responsável;
- b) Nome da organização da sociedade civil e seu número de inscrição no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica - CNPJ da Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB;
- c) Descrição do objeto da parceria;
- d) Valor total da parceria;
- e) Situação da prestação de contas da parceria, que deverá informar a data prevista para a sua apresentação, a data em que foi apresentada, o prazo para a sua análise e o resultado conclusivo;
- f) Quando vinculados à execução do objeto e pagos com recursos da parceria, o valor total da remuneração da equipe de trabalho, as funções que seus integrantes desempenham e a remuneração prevista para o respectivo exercício.

## II – DO MUNICÍPIO:

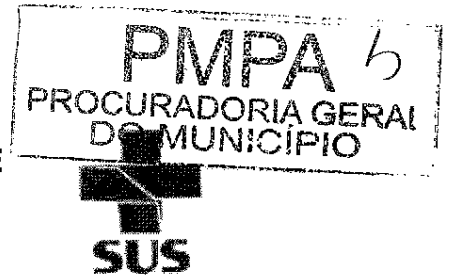
1. Repassar mensalmente as verbas previstas neste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, ficando vinculados, no entanto, os repasses, à disponibilidade de recursos financeiros repassados ao Fundo Municipal de Saúde, mensalmente, pelo Ministério da Saúde e Secretária Estadual da Saúde.
2. Manter atualizado o Plano de Trabalho - Documento Descritivo Assistencial, que acompanha este instrumento na forma indissociável;
3. Controlar, fiscalizar e avaliar as ações e os serviços objeto da parceria;
4. Analisar os relatórios elaborados pelo **COLABORADOR**, comparando-se as metas dos descritivos, com os resultados alcançados e os recursos financeiros repassados;
5. Nomear, em ato do Secretário Municipal da Saúde, os membros componentes da Comissão de Acompanhamento do **TERMO DE COLABORAÇÃO (CAC)**, descrita na Cláusula Oitava.
6. Estabelecer, implantar e manter, em adequado funcionamento, os mecanismos reguladores de acesso, assim como os mecanismos controladores dos processos de execução das ações e serviços previstos no plano operativo.
7. Prestar esclarecimentos e informações ao **COLABORADOR** que visem orientá-la na correta prestação dos serviços pactuados, dirimindo as

B

7



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



questões omissas neste instrumento assim como lhe dar ciência de qualquer alteração no presente termo de colaboração.

8. Disponibilizar as condições para integração com os sistemas informatizados.

9. Prestar ao **COLABORADOR** todos os esclarecimentos necessários à execução dos serviços.

10. Assumir ou transferir a responsabilidade pela execução do objeto, no caso de paralisação, de modo a evitar sua descontinuidade.

### CLÁUSULA V: RECURSOS FINANCEIROS E DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

5.1 O valor mensal estimado de repasse do Fundo Municipal de Saúde para a execução do presente **TERMO DE COLABORAÇÃO** para cada um dos dez SRTs importa em R\$ 56.779,10 (cinquenta e seis mil, setecentos e setenta e nove reais e dez centavos), o que implica o valor total de R\$ 567.791,00 (quinhentos e sessenta e sete mil, setecentos e noventa e um reais) quando da operação de todos os serviços que o **MUNICÍPIO** poderá contratar, conforme oferta constante da proposta no Chamamento Público 03/2018.

5.2 Não obstante, conforme item 1.4, no ato da celebração deste **TERMO DE COLABORAÇÃO** 3 SRTs receberão ordem de início de implantação, a saber: SRT 4 – Centro, SRT 5 - Partenon/Lomba do Pinheiro e SRT 7 - Leste/Nordeste.

5.2.1 Para cada um dos SRTs a serem implantados, o **COLABORADOR** receberá, conforme item 7.1, o valor de R\$ 20.000,00, a título de “implantação do SRT”, implantação essa que terá a coordenação da área técnica da SMS.

5.3 Ao final da implantação, esta SMS ordenará o início de execução dos serviços de cada um dos 3 SRTs e o valor mensal estimado de repasse do Fundo Municipal de Saúde para esses 3 SRTs importa a soma de R\$ 170.337,30 (cento e setenta mil, trezentos e trinta e sete reais e trinta centavos) mensais.

5.4 O valor será depositado em conta bancária específica para a execução de cada um dos SRTs do presente **TERMO DE COLABORAÇÃO**:

5.4.1 SRT 4 – Centro: Banco \_\_\_\_\_, Agência nº \_\_\_\_\_, Conta Bancária nº \_\_\_\_\_;

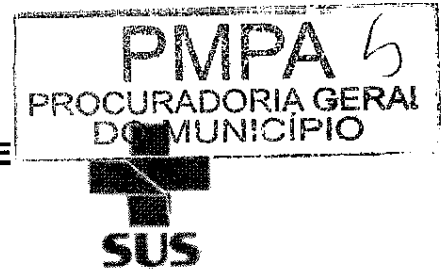
5.4.2 SRT 5 - Partenon/Lomba do Pinheiro: Banco \_\_\_\_\_, Agência nº \_\_\_\_\_, Conta Bancária nº \_\_\_\_\_;

8





PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



- 5.4.3 SRT 7 – Leste/Nordeste: Banco \_\_\_\_\_, Agência nº \_\_\_\_\_, Conta Bancária nº \_\_\_\_\_.
- 5.5 O COLABORADOR disporá de até 60 dias, a contar da data da assinatura do presente termo de colaboração, para apresentar a inscrição no CNPJ e a conta bancária específica de cada de cada SRT cuja ordem de implantação for efetivada.

Parágrafo Primeiro: A formalização se dará por ofício do COLABORADOR à Secretaria Municipal de Saúde.

Parágrafo Segundo: O repasse de valores só será efetivado quando da referida formalização da conta bancária específica pelo COLABORADOR, assegurados os direitos a crédito desde a data da assinatura do presente TERMO DE COLABORAÇÃO.

- 5.6 Tendo em vista o Plano de Trabalho – Documento Descritivo Assistencial perfazer o montante supracitado, todo e qualquer excedente financeiro necessário à execução da operação e cumprimento das metas descritas no Plano de Trabalho – Documento Descritivo Assistencial deverá ser assumido, exclusivamente, pelo COLABORADOR.
- 5.7 Os valores a serem repassados pelo COLABORADOR deverão ser confirmados mensalmente pela área técnica responsável da SMS e serão transferidos no montante previsto no Trabalho – Documento Descritivo Assistencial deste TERMO DE COLABORAÇÃO.
- 5.8 Eventuais alterações nos valores a serem repassados pelo MUNICÍPIO, por qualquer razão, como desconto definido pela Comissão de Acompanhamento do TERMO DE COLABORAÇÃO (tratado na cláusula oitava), em virtude não cumprimento de meta ou outras hipóteses que venham ocorrer, deverão ser notificadas previamente pelo MUNICÍPIO ao COLABORADOR.
- 5.9 A despesa decorrente do presente TERMO DE COLABORAÇÃO correrá por conta da dotação orçamentária nº. 1804-4020-335043990000-4841 do orçamento vigente e, nos próximos exercícios, a conta de dotação correspondente.

#### CLÁUSULA VI - DO MÉTODO DE PAGAMENTO

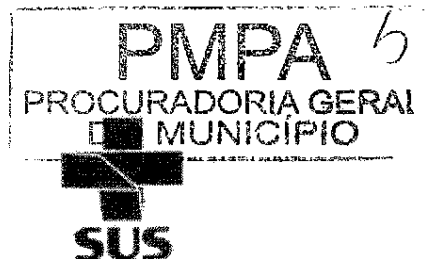
- 6.1 A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE pagará mensalmente ao COLABORADOR a contraprestação mensal definida no TERMO DE COLABORAÇÃO pelas atividades efetivamente executadas, descontados os valores apontados pela Comissão de Monitoramento e Avaliação do TERMO

*[Handwritten mark]*

*[Handwritten signature]*  
9



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

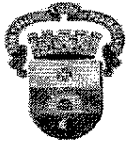


as metas pactuadas não foram atingidas na avaliação quadrimestral, não serão aplicadas as condições previstas no item 6.3 do TERMO DE COLABORAÇÃO, exigido do COLABORADOR a apresentação de justificativas e informações relativas à execução do cronograma de implantação.

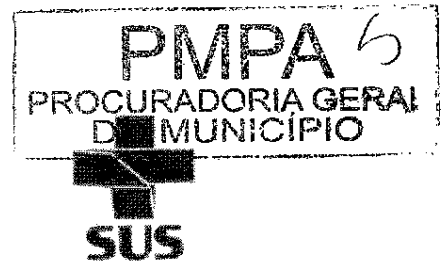
- 6.6 Para fins de pagamento, a INSTITUIÇÃO SELECIONADA fica obrigada a apresentar os documentos comprobatórios dos atendimentos e informações necessárias ao cumprimento dos serviços celebrados no termo de colaboração. Deve garantir também o preenchimento obrigatório, adequado e atualizado do RAAS, BPA-C e BPA-I pelo serviço de referência ao qual o SRT está vinculado (CAPS e/ou ESMA), que são inseridos mensalmente no sistema SIA/SUS, possibilitando à Secretaria Municipal de Saúde monitorar o serviço através da elaboração de relatórios quantitativos e qualitativos dos atendimentos realizados nos SRT;
- 6.7 A qualquer tempo a Secretaria Municipal de Saúde poderá realizar auditoria para verificar a veracidade das informações inseridas nos sistemas de informação;
- 6.8 A não apresentação de qualquer um dos documentos solicitados nesta cláusula implicará em glosa total da conta, até a apresentação dos mesmos;
- 6.9 É vedado, expressamente, o pagamento de qualquer sobretaxa ou do cometimento a terceiros (associação de servidores e outros), da atribuição de proceder ao credenciamento e/ou intermediação do pagamento dos serviços prestados.
- 6.10 As metas quantitativas poderão ser re-avaliadas anualmente, caso não haja demanda suficiente para a produção estabelecida.

#### CLÁUSULA VII – RECURSO FINANCEIRO PARA IMPLANTAÇÃO

- 7.1. A infraestrutura necessária (móveis, eletrodomésticos, refrigeração, louça e demais equipamentos) para implantação do SRT é de responsabilidade do **MUNICÍPIO** nos seguintes valores, conforme Portarias Ministeriais n.º 245/2005 e n.º 130/2012:
- 7.1.1. R\$ 20.000,00 para cada SRT com 10 vagas.
- 7.2. Caso o custo da implantação exceda ao incentivo repassado pelo MS a diferença não será custeada pelo **MUNICÍPIO**.
- 7.3. O prazo para implantação do serviço é de 3 meses a partir do repasse do recurso.
- 7.4. A implantação de cada um dos SRTs deverá seguir as Orientações gerais sobre ambientação – ANEXO II.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



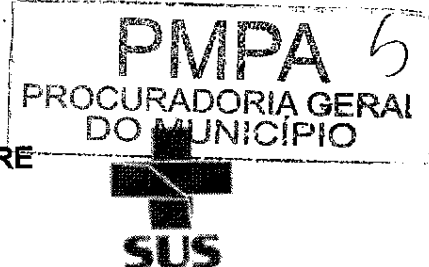
7.5. Os SRTS poderão ser iniciados em momentos distintos uns dos outros, conforme item 15.1 deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

**CLÁUSULA VIII: INSTRUMENTOS DE CONTROLE**

- 8.1. O **COLABORADOR** deverá atingir as metas qualitativas e quantitativas previstas no Plano de Trabalho - Documento Descritivo Assistencial cuja avaliação será realizada sistematicamente, com emissão de relatório quadrimestral de avaliação pelo Núcleo de Relacionamento com o Prestador Ambulatorial (indicadores quantitativos) ou Coordenação de Saúde Mental (indicadores qualitativos).
- 8.2. O **TERMO DE COLABORAÇÃO** contará com uma Comissão de Monitoramento e Avaliação (**CAC**) que será constituída por representantes do **COLABORADOR**, do **CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE** e da **SMS**, devendo reunir-se uma vez a cada quatro meses.
- 8.3. A **CAC** deverá emitir um Relatório quadrimestral sobre a execução do **TERMO DE COLABORAÇÃO** e, indicando, se for o caso, eventuais valores a serem descontados em virtude de não cumprimento das metas estabelecidas no Plano de Trabalho - Documento Descritivo Assistencial.
- 8.3.1. A partir da assinatura deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**, o **MUNICÍPIO** solicitará o envio por escrito, em até 10 (dez) dias corridos, da lista de representantes de cada instituição, assim distribuídos:
- I. Da **COLABORADOR**: um representante e um suplente;
  - II. Do **CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**: um representante e um suplente;
  - III. Da **SMS**: até três representantes e três suplente.
- 8.3.2. A **CAC** será instituída por ato formal da **SMS**, publicado no Diário Oficial do Município de Porto Alegre ("DOPA") em até 10 (dez) dias corridos, contados do esgotamento do prazo estipulado no item 8.3.1.
- 8.3.3. Será igualmente designado, por ato publicado em meio oficial de comunicação, um gestor da parceria, com poderes de controle e fiscalização.
- 8.3.4. As alterações de representação deverão ser comunicadas pelo ente representado por ofício, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias da data da próxima reunião, à **SMS**, que procederá à publicação da alteração no DOPA em até 10 (dez) dias corridos da comunicação.
- 8.3.5. A ausência, sem a prévia justificativa escrita, em duas reuniões consecutivas, implicará a exclusão do representante, com subsequente



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



comunicação à **SMS**, que procederá à notificação do ente representado para proceder a nova indicação, em até 10 (dez) dias corridos.

- 8.4. A atribuição da **CAC** será a de acompanhar a execução do presente **TERMO DE COLABORAÇÃO**, principalmente no tocante ao cumprimento das metas estabelecidas no Plano de Trabalho - Documento Descritivo Assistencial e avaliação da qualidade da atenção à saúde dos usuários e aos custos.
- 8.5. O **COLABORADOR** fica obrigado a fornecer à **CAC** os Relatórios necessários à prestação de contas, previstos no Edital de Chamamento Público 03/2018, e as informações respectivas ao cumprimento das metas quantitativas e qualitativas presentes no Plano de Trabalho - Documento Descritivo Assistencial.
- 8.6. A existência da **CAC** não impede nem substitui as atividades próprias das ações de Controle e Avaliação da **SMS** e ações do Sistema Nacional de Auditoria (Federal, Estadual e Municipal).
- 8.7. Sem prejuízo da fiscalização pela administração pública e pelos órgãos de controle, a execução da parceria será acompanhada e fiscalizada pelos conselhos de políticas públicas das áreas correspondentes de atuação existentes em cada esfera de governo.
- 8.8. É livre acesso dos agentes da administração pública, do controle interno e do Tribunal de Contas correspondente aos processos, aos documentos e às informações relacionadas a termos de colaboração ou a termos de fomento, bem como aos locais de execução do respectivo objeto, conforme inciso XV do art. 42 da Lei 13.019/2014.
- 8.9. Através da **CAC**, a administração pública realizará, sempre que possível, pesquisa de satisfação com os beneficiários do plano de trabalho e utilizará os resultados como subsídio na avaliação da parceria celebrada e do cumprimento dos objetivos pactuados, bem como na reorientação e no ajuste das metas e atividades definidas, conforme prevê o § 2º do Art. 58 da Lei 13.019/2014.
- 8.10. Cada um dos SRTs contidos neste **TERMO DE COLABORAÇÃO** terá uma análise independente, conforme apresentado no item 6.1.1

#### CLÁUSULA IX: DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

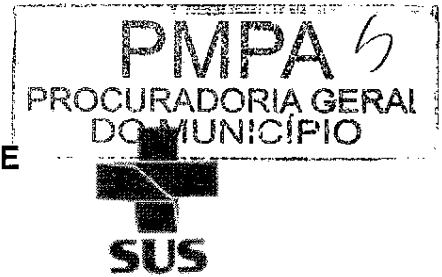
- 9.1. O **COLABORADOR** terá até 60 (sessenta) dias, após o final de cada competência fiscal para encaminhar a prestação de contas à Secretaria Municipal de Saúde – SMS, sob a luz do art. 49 do decreto municipal 19775/2017 e do Cap. IV da Lei 13019/2014 (art. 63 a 72).

e

13



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**



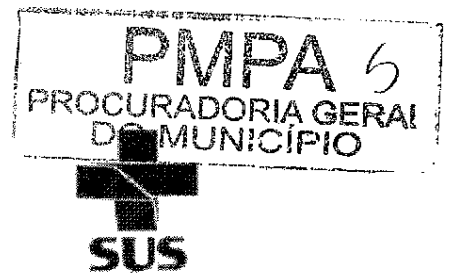
- 9.2. As faturas, recibos, notas fiscais e quaisquer outros documentos comprobatórios de despesas deverão ser emitidos em nome do COLABORADOR.
- 9.3. Não serão aceitos documentos comprobatórios que contenham rasuras ou borrões em qualquer de seus campos e cujas despesas forem efetivadas fora do prazo estabelecido.
- 9.4. A documentação para comprovação de eventuais serviços de terceiros deverá ser mediante Nota Fiscal de Serviços ou Recibo de Pagamento de Autônomos, desde que observado o recolhimento dos impostos incidentes.
- 9.5. Sempre que requisitado, as despesas deverão ser comprovadas com o envio de cópia digitalizada dos documentos relativos as despesas realizadas, cujos originais devem permanecer arquivados junto ao COLABORADOR, para conferência da CGAFO/SMS.
- 9.6. Deverão integrar a prestação de contas os seguintes documentos, devidamente preenchidos, conforme modelos fornecidos:
- 9.6.1. Declaração do Presidente ou responsável legal pela entidade;
  - 9.6.2. Declaração do Conselho Fiscal ou órgão equivalente da entidade;
  - 9.6.3. Balancete Financeiro;
  - 9.6.4. Demonstrativo de despesas;
  - 9.6.5. Conciliação Bancária;
  - 9.6.6. Inventário Patrimonial, no caso de aquisição de equipamentos e materiais permanentes.
- 9.7. Os relatórios de prestação de contas apresentados quadrimestralmente deverão ser apresentados por competência mensal.
- 9.8. Os documentos relativos aos Fundos previstos deverão ser apresentados em relatórios de forma individualizada, acompanhando os demais documentos da prestação de contas.
- 9.9. Serão anexados à prestação de contas do período os extratos bancários correspondentes à respectiva movimentação bancária.
- 9.10. A prestação de contas da parceria observará regras específicas de acordo com o montante de recursos públicos envolvidos, nos termos das disposições e procedimentos estabelecidos conforme previsto no plano de trabalho.
- 9.11. A prestação de contas e todos os atos que dela decorram dar-se-ão em processo administrativo eletrônico, permitindo a visualização por qualquer interessado.

10

14



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



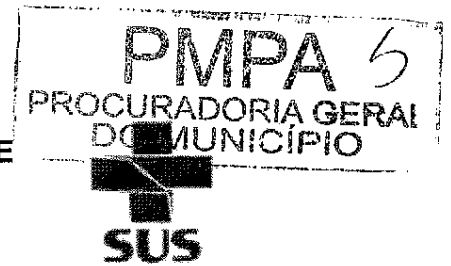
- 9.12. Durante o prazo de 10 (dez) anos, contado do dia útil subsequente ao da prestação de contas, a entidade deve manter em seu arquivo os documentos originais que compõem a prestação de contas.
- 9.13. A prestação de contas será avaliada pelo setor competente da SMS, que verificará cumprimento dos depósitos dos fundos de provisão, a regularidade dos encargos trabalhistas e previdenciários, bem como a aplicação dos recursos conforme regras editadas pelo município.
- 9.14. A identificação reiterada de sobras de caixa resultante da execução de custos inferiores ao estimado poderá ensejar o aditamento do termo visando redução do repasse mensal do TERMO DE COLABORAÇÃO ou ampliação dos serviços ofertados.
- 9.15. Caso houver descumprimento dos itens desta Cláusula Nona, o colaborador será notificado mediante ofício emitido pelo SMS e terá 05 (cinco) dias úteis, a contar da data do recebimento da notificação para agendar visita à SMS, quando se fizer necessário, ajustes na prestação de contas. Após o vencimento do prazo, não cumprindo com o disposto acima, o COLABORADOR, com problemas na prestação de contas, será considerada inadimplente e estará sujeita às sanções administrativas pertinentes.
- 9.16. O descumprimento das determinações identificados na prestação de contas ensejará a suspensão dos pagamentos até a regularização dos apontamentos.
- 9.17. A ausência da prestação de contas, no prazo e formas estabelecidos, ou a prática de irregularidades na aplicação dos recursos, sujeita o colaborador ao ressarcimento de valores, além de responsabilidade na esfera civil, se for o caso.

#### CLÁUSULA X: DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÕES

- 10.1 O COLABORADOR se obriga a encaminhar ao MUNICÍPIO, através do e-mail [nrpa@sms.prefpoa.com.br](mailto:nrpa@sms.prefpoa.com.br), nos prazos estabelecidos, os seguintes documentos e informações abaixo relacionados:
- I. Ao Núcleo de Relacionamento ao Prestador/SMS: Relatório Quadrimestral dos indicadores de desempenho constantes no Plano de Trabalho - Documento Descritivo Assistencial, até o 45º (quadragésimo quinto) dia subsequente ao término do quadrimestre, conforme definido pela CAC;
  - II. À equipe de Convênios/SMS: Relatórios Quadrimestrais de Prestação de Contas denominados Balancete Financeiro, Conciliação Bancária e Demonstrativo de Despesas, devendo disponibilizar o acesso aos documentos contábeis e notas fiscais sempre que solicitado pela CAC - os relatórios de prestação de contas devem ser disponibilizados até o 60º



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



(sexagésimo) dia subsequente ao término do quadrimestre, seguindo o recorte do exercício fiscal;

- III. À equipe de Processamento/SMS: Atualização mensal do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), bem como informações de produção, Formulário de Indicadores de Atenção à Saúde – ou outro sistema de informações que venha a ser implementado no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), conforme cronograma estabelecido pelo Ministério da Saúde.

### CLÁUSULA XI: ALTERAÇÕES

11.1. O presente **TERMO DE COLABORAÇÃO** poderá ser alterado mediante pactuação entre os partícipes e a respectiva celebração de termo aditivo.

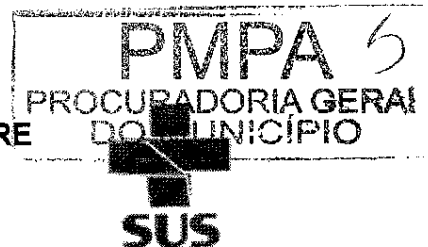
### CLÁUSULA XII: RESCISÃO

12.1 O presente **TERMO DE COLABORAÇÃO** poderá ser rescindido total ou parcialmente pelo **MUNICÍPIO**, sem prejuízo do cumprimento de todas as disposições do termo de colaboração ocorridas até a rescisão - quando ocorrer o descumprimento de suas cláusulas ou condições, em especial:

- I. Pelo não cumprimento ou cumprimento irregular de qualquer das obrigações estabelecidas no **TERMO DE COLABORAÇÃO** (incluindo as obrigações estabelecidas neste edital), especificações, prazos e outras irregularidades;
- II. Pelo fornecimento intencional de informações incompletas, intempestivas ou fora dos critérios definidos pelo **MUNICÍPIO**;
- III. Pela ocorrência de fatos que venham a impedir ou dificultar o acompanhamento, avaliação e auditoria pelos órgãos competentes da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** ou do **MINISTÉRIO DA SAÚDE** das atividades previstas no Plano de Trabalho - Documento Descritivo Assistencial;
- IV. Pela não entrega dos relatórios quadrimestrais;
- V. Pela não observância, reincidente e sustentada por pelo menos 90 (noventa) dias dos procedimentos referentes à manutenção, alimentação e exportação dos arquivos dos sistemas de informações em saúde, em especial o CNES, o SIA, o SIH, o CIHA, os Indicadores de Atenção à Saúde e aqueles compulsoriamente instituídos por ato normativo do **MINISTÉRIO DA SAÚDE**, **SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE** ou **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE** de Porto Alegre.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



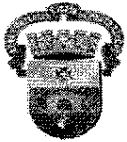
- VI. Pela subcontratação, transferência ou cedência, total ou parcial do objeto do **TERMO DE COLABORAÇÃO** a terceiros, sem prévia autorização do **MUNICÍPIO**;
  - VII. Pela falência, recuperação judicial ou recuperação extrajudicial do **COLABORADOR**;
  - VIII. Pela paralisação ou execução lenta dos serviços, sem justa causa;
  - IX. Pela demonstração de incapacidade, desaparelhamento, imperícia técnica ou má-fé;
  - X. Pelo atraso ou não conclusão do serviço nos prazos determinados, sem justificativa;
  - XI. Pelo cometimento de reiteradas irregularidades na execução das atividades contidas no **TERMO DE COLABORAÇÃO**;
  - XII. Pelo não recolhimento de tributos em geral e encargos trabalhistas, sociais e previdenciários relativos aos seus funcionários; e
  - XIII. Pelo desatendimento às determinações emanadas da **SMS**, relativamente à execução das atividades de responsabilidade do **COLABORADOR**;
- 11.2. O presente **TERMO DE COLABORAÇÃO** também poderá ser rescindido total ou parcialmente pelo **COLABORADOR**, sem que seja necessário respeitar os prazos estabelecidos no item 14.1, quando houver atraso superior a 90 (noventa) dias dos pagamentos devidos pelo **MUNICÍPIO**, salvo em caso de calamidade pública, grave perturbação da ordem interna ou guerra, assegurado ao **COLABORADOR** o direito de optar pela suspensão do cumprimento de suas obrigações até que seja normalizada a situação.
- 11.3. No caso de rescisão sem que haja culpa do **COLABORADOR**, este será ressarcido pelos prejuízos regularmente comprovados que houver sofrido, tendo ainda direito aos pagamentos devidos pela execução do **TERMO DE COLABORAÇÃO** até a data da rescisão, bem como os custos da desmobilização.

### CLAUSULA XIII: PENALIDADES

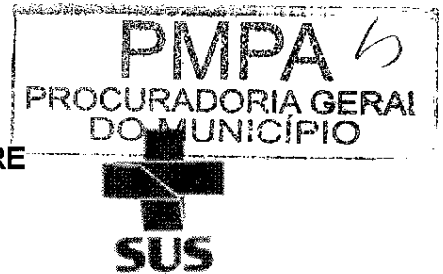
- 13.1. A **OSC SELECIONADA**, ao deixar de cumprir qualquer das obrigações assumidas, ficará sujeito às penalidades previstas no artigo 73 da Lei 13.019/2014.
- 13.2. Pela execução da parceria em desacordo com o **TERMO DE COLABORAÇÃO**, a **SMS** poderá, garantindo defesa prévia, aplicar à **OSC SELECIONADA** as seguintes sanções:
  - I. Advertência;

17





**PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**



- II. Suspensão temporária de participação em chamamento público e impedimento de celebrar parceria ou contrato com órgãos e entidades da esfera de governo da Administração Pública sancionadora, por prazo não superior a 02 (dois) anos;
- III. Declaração de inidoneidade para participar de chamamento público ou celebrar parceria ou contrato com órgãos e entidades de todas as esferas de governo, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, que será concedida sempre que a organização da sociedade civil ressarcir a administração pública pelos prejuízos resultantes e após decorrido o prazo da sanção aplicada com base no inciso anterior.

**CLAUSULA XIV: DENÚNCIA**

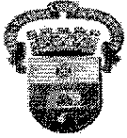
- 14.1 Qualquer um dos partícipes poderá denunciar o presente TERMO DE COLABORAÇÃO, com comunicação do fato, por escrito, com antecedência mínima de 120 dias, devendo ser respeitado o andamento de atividades que não puderem ser interrompidas neste prazo ou que possam causar prejuízos à saúde da população, quando então será respeitado o prazo de 180 dias para o seu encerramento, beneficiando-se das vantagens somente em relação aos serviços e/ou atividades executados.

**CLAUSULA XV: VIGÊNCIA**

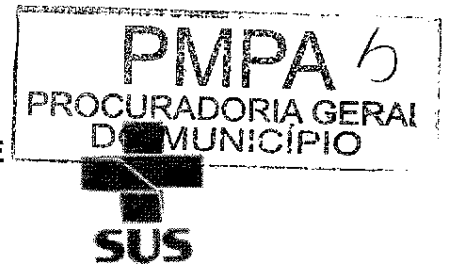
- 15.1. Os serviços contidos neste TERMO DE COLABORAÇÃO vigorarão pelo prazo de CINCO anos, a contar da publicação do extrato da parceria no Diário Oficial do Município, podendo, desta forma, que cada um dos SRTs possa ter seu início em momentos distintos uns dos outros.
- 15.2. Efetivamente, conforme item 1.4, no ato da celebração deste TERMO DE COLABORAÇÃO 3 SRTs receberão ordem de início de implantação (SRT 4 – Centro, SRT 5 - Partenon/Lomba do Pinheiro e SRT 7 - Leste/Nordeste).

**CLAUSULA XVI: FORO**

- 16.1 Para dirimir as dúvidas decorrentes da execução da presente parceria, é obrigatória a prévia tentativa de solução administrativa, com a participação de órgão encarregado de assessoramento jurídico integrante da estrutura da administração pública.
- 16.2 Fica eleito o foro da Comarca de Porto Alegre, Estado do Rio Grande do Sul, para dirimir questões sobre a execução do presente TERMO DE



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**



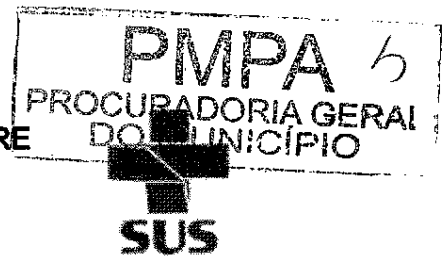
COLABORAÇÃO que não puderem ser resolvidas de comum acordo pelos partícipes.

E, por estarem, assim, justos e acordados, os partícipes firmam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, para os devidos efeitos legais.

*Natan Katz*  
**NATAN KATZ**

**Secretário Municipal de Saúde**

*Ricardo Cabreira da Silva*  
**RICARDO CABREIRA DA SILVA**  
**INSTITUTO RENASCER**



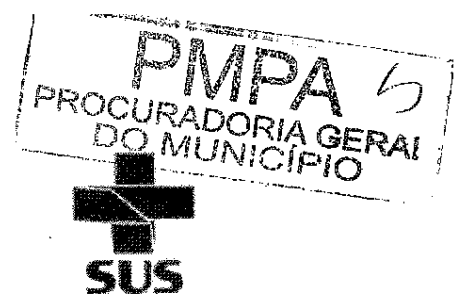
## ANEXO I – Plano de Trabalho – Documento Descritivo Assistencial

### 1. DO FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS

- 1.1. Os serviços devem obedecer aos requisitos da Resolução RDC/ANVISA nº 50 de 21 de fevereiro de 2002, ou outra que venha a substituí-la, quanto às normas específicas referentes à área de engenharia, arquitetura e vigilância sanitária em vigor, com vistas a garantir as condições físicas adequadas ao atendimento dos usuários do SUS.
- 1.2. Os serviços devem também, sempre que aplicável, obedecer a Resolução RDC/ANVISA no. 63 de 25 de Novembro de 2011 que dispõe sobre os Requisitos de Boas Práticas de Funcionamento para os Serviços de Saúde.
- 1.3. Os colaboradores são responsáveis pela continuidade do tratamento dos pacientes, inclusive nos finais de semana e dias de feriados;
- 1.4. Os serviços deverão ser executados de forma alinhada à Política Nacional, Estadual e Municipal de Saúde Mental;
- 1.5. A Secretaria Municipal de Saúde realizará visitas técnicas a qualquer tempo, sem aviso prévio, o que não impede nem substitui as atividades próprias de outras esferas do Sistema Nacional de Auditoria (Federal e Estadual) e dos controles públicos externos;
- 1.6. A execução do Termo de Colaboração será avaliada pelos órgãos competentes do SUS, mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas no termo de colaboração, e de quaisquer outros dados necessários ao controle e avaliação dos serviços;
- 1.7. As regras de controle, avaliação e auditorias utilizadas para o termo de colaboração são as vigentes no Sistema Único de Saúde (SUS);
- 1.8. O colaborador deverá implantar sistema de prontuário eletrônico de forma a permitir a integração com os demais componentes da Rede de Atenção à Saúde, que deverão ser disponibilizados ao Município sempre que solicitado, pelo prazo determinado em legislação vigente;
- 1.9. O colaborador deverá adotar a Tabela SUS – Procedimentos para tratamento de Transtornos Mentais e Comportamentais na execução dos serviços.
- 1.10. A produção deve ser informada mensalmente através do Registro de Ações Ambulatoriais em Saúde (RAAS) pelo serviço de referência ao qual



**PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**



o SRT está vinculado pelo procedimento 03.01.08.004 - 6 Acompanhamento de paciente em Saúde Mental (Residência Terapêutica).

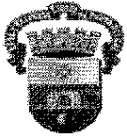
- 1.11. O conjunto do serviço prestado deverá ser comprovado através de relatório mensal, informando: (a) Nome dos usuários ingressantes; (b) Nome de usuários em acompanhamento para ingresso; (c) Nome de usuários em processo de saída do SRT; (d) Consultas na atenção primária em saúde/mês, por usuário; (e) Consultas na atenção especializada/mês, por usuário;

## **2. DOS RECURSOS HUMANOS E EQUIPE MÍNIMA**

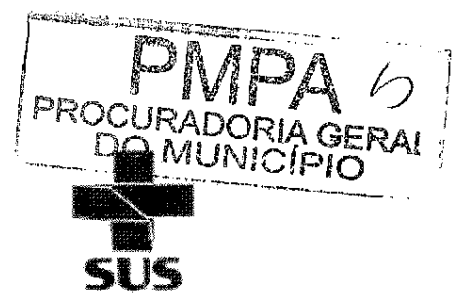
- 2.1. A carga horária dos profissionais para cada tipo de SRT deve observar a Portaria no. 3.588, de 21 de dezembro de 2017, que altera as Portarias de Consolidação no. 3 e no. 6, de 28 de setembro de 2011. Além do quantitativo profissional mínimo disposto nas portarias, este edital estabelece parâmetros quanto ao quantitativo mínimo em horas semanais de algumas categorias profissionais conforme disposto abaixo:
- 2.1.1. A equipe deve ser composta por 5 (cinco) cuidadores em regime de escala e 1 (um) profissional técnico de enfermagem diário. Esta equipe deve trabalhar em consonância com a equipe técnica do serviço de referência.
- 2.1.2. A equipe deve contar com um mínimo de 10 horas de enfermeiro(a) para realização de supervisão institucional do técnico de enfermagem e dos cuidadores quanto aos cuidados de saúde.
- 2.1.3. A equipe deve contar com um mínimo de 20 horas de psicólogo(a) ou de terapeuta ocupacional com objetivo de realizar e promover atividades de estímulo à autonomia dos usuários dentro e fora do SRT, conforme consta na "Ficha de Acompanhamento Mensal dos Usuários".

## **3. DA METAS QUALI-QUANTITATIVAS**

- 3.1. A quantidade e qualidade dos serviços será monitorada quadrimestralmente através de dois instrumentos: a ficha de acompanhamento mensal dos usuários e o *World Health Organization Disability Assessment Schedule* (WHODAS 2.0).
- 3.1.1. A ficha de acompanhamento mensal dos usuários tem a intenção de monitorar as atividades que estão sendo realizadas com cada usuário e garantir que o serviço de saúde esteja motivado para promover a autonomia dos usuários dentro e fora do SRT. Ela deve ser preenchida mensalmente pela equipe assistente do SRT. Cabe



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



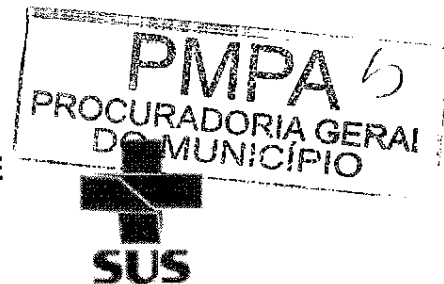
ressaltar que a ficha de acompanhamento mensal não prescinde da necessidade de que cada procedimento tenha ata e registro na equipe.

- 3.2. A WHODAS 2.0 (versão de 36 itens, proxy) é um instrumento genérico de avaliação desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde para fornecer um método padronizado de mensuração da saúde e deficiência. Foi desenvolvido a partir de um conjunto abrangente de itens da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF). O WHODAS 2.0 deve ser aplicado na admissão do usuário e a cada 8 meses pela equipe assistente do SRT, e ser disponibilizado com igual frequência para a Secretaria Municipal de Saúde.
- 3.3. Os instrumentos poderão ser atualizados anualmente com intuito de refletir aprimoramento nos métodos de avaliação que estão sendo desenvolvidos na Secretaria Municipal de Saúde.
- 3.4. A WHODAS 2.0 será utilizada para definir a meta individual de atividades que devem ser realizadas pelos usuários na ficha de acompanhamento mensal. Quanto maior o nível de prejuízo na funcionalidade menor a exigência de atividades de reabilitação psicossocial a serem cumpridas por parte do colaborador, conforme o quadro abaixo.
- 3.5. A secretaria se reserva o direito de reavaliar o usuário e os escores do WHODAS 2.0 se houver dúvida quanto à funcionalidade do usuário.

<b>Metas de atividades a serem realizadas com cada usuário de acordo com a funcionalidade medida através da WHODAS 2.0</b>	
<b>Usuários com WHODAS &gt;60</b>	Mínimo de <b>30% de participação média</b> no quadrimestre a partir da ficha de acompanhamento mensal
<b>Usuários com WHODAS 50 a 59</b>	Mínimo de <b>40% de participação média</b> no quadrimestre a partir da ficha de acompanhamento mensal
<b>Usuários com WHODAS 40 a 49</b>	Mínimo de <b>50% de participação média</b> no quadrimestre a partir da ficha de acompanhamento mensal
<b>Usuários com WHODAS &lt; 39</b>	Mínimo de <b>60% de participação média</b> no quadrimestre a partir da ficha de acompanhamento mensal



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



- 3.6. A cada quadrimestre as quatro últimas fichas serão analisadas pela Secretaria Municipal de Saúde, que irá quantificar a proporção de usuários que cumpriram as metas individuais de atividades no SRT

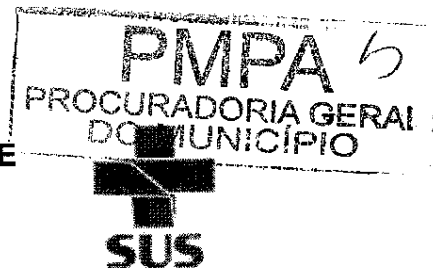
Proporção de usuários que atingiram meta individual na ficha de acompanhamento mensal	
Proporção	Valor pago referente a proporção das metas quali-quantitativas
80 a 100% dos usuários	100%
50 a 79% dos usuários	80%
30 a 49% dos usuários	40%
0 a 29% dos usuários	0%

#### 4. DAS BONIFICAÇÕES

- 4.1. Está prevista bonificação para o SRT que conseguir emancipar usuários para reintegração familiar, programa de moradia assistida ou moradia regular no período de 12 meses, nos valores dispostos na tabela abaixo.
- 4.2. A avaliação do número de emancipados será realizada a cada intervalo de 12 meses a partir da assinatura do termo de colaboração.
- 4.3. O bônus deve ser utilizado para qualificação do projeto terapêutico desenvolvido no SRT.
- 4.4. O valor do bônus anual em parcela única corresponderá a 10% do valor mensal firmado no termo de colaboração no caso de emancipação de 1 (um) usuário ou de 20% do valor mensal firmado no termo de colaboração no caso de emancipação de 2 (dois) usuários ou mais.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Meta	Bônus
Emancipação <sup>3</sup> de 1 (um) usuário com reintegração familiar, programa de moradia assistida ou moradia regular no período de 12 meses	Bônus anual em parcela única correspondendo a 10% do valor mensal firmado no termo de colaboração que deve ser utilizado para qualificação do projeto terapêutico desenvolvido no SRT <sup>1,2</sup>
Emancipação <sup>3</sup> de 2 (dois) usuários ou mais com reintegração familiar, programa de moradia assistida ou moradia regular no período de 12 meses	Bônus anual em parcela única correspondendo a 20% do valor mensal firmado no termo de colaboração que deve ser utilizado para qualificação do projeto terapêutico desenvolvido no SRT <sup>1,2</sup>

**Observação:**

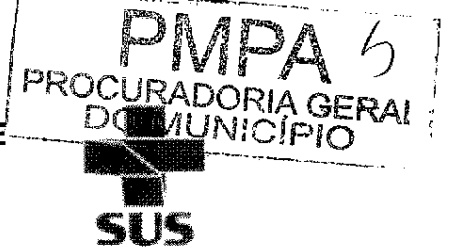
<sup>1</sup> A aplicação do recurso deve ser comprovada mediante planilha de utilização de recurso e aprovada pela Secretaria Municipal de Saúde;

<sup>2</sup> A comprovação e a avaliação das condições da emancipação do usuário deve ser submetida para análise da Coordenação de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde.

<sup>3</sup> Para que se caracterize emancipação o usuário deve-se manter por no mínimo 6 meses em reintegração familiar, programa de moradia assistida ou moradia regular.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Ficha de acompanhamento mensal dos usuários

Ficha de acompanhamento mensal dos usuários							Frequência mínima	% Participação	Justificativa
Serviço Residencial Terapêutico									
A ser preenchido mensalmente para cada usuário									
Nome da pessoa: _____									
Cartão SUS _____									
Data da avaliação: ____ / ____ / ____									
Escore na última avaliação do WHODAS _____ pontos									
Mês de referência: _____ (Mês) de _____ (Ano)									
Número de semanas do mês: ( ) 4 ( ) 5									
	Semanas					Frequência mínima	% Participação	Justificativa	
	S1	S2	S3	S4	S5*				
<b>Atividades de estímulo à autonomia dentro do SRT</b>									
1. Oficina de culinária	( )	( )	( )	( )	( )	Semanal			
2. Grupo de manejo das medicações	( )					Mensal			
3. Atividades físicas e/ou de expressão corporal	( )	( )	( )	( )	( )	Semanal			
4. Assembleia	( )	( )	( )	( )	( )	Semanal			
<b>Atividades de lazer dentro do SRT</b>									
5. Cinema, arte, cultura	( )	( )	( )	( )	( )	Semanal			
6. Jogos, atividades recreativas	( )	( )	( )	( )	( )	Semanal			
7. Comemoração de datas festivas	( )					Mensal			
<b>Estímulo à autonomia na realização das atividades da vida diária</b>									
8. Ida ao banco	( )					Mensal			
9. Compras (supermercado, farmácia, lojas, etc.)	( )	( )	( )	( )	( )	Semanal			
10. Uso do transporte público	( )	( )	( )	( )	( )	Semanal			
<b>Acompanhamento em CAPS e Equipes Especializadas (ESMA)</b>									
11. Consulta médica	( )					Mensal			
12. Participação em outras atividades no CAPS/ESMA	( )	( )				Quinzenal			
<b>Atividades fora do SRT</b>									
13. Visitas a pessoas importantes para fortalecimento de vínculos afetivos (família, amigos, outros)	( )					Mensal			
14. Atividades culturais e de lazer fora do SRT	( )					Mensal			
15. Inserção em atividades educativas e/ou de geração de renda	( )	( )	( )	( )	( )	Semanal			
<b>Média mensal</b>								_____ %	

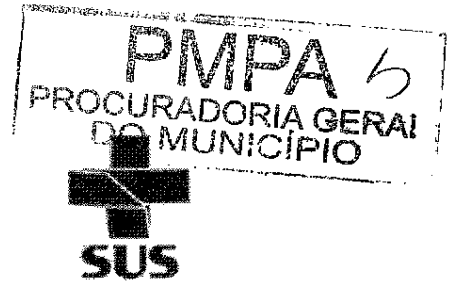
20

25





PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



### Instrumento WHODAS 2.0

Instruções completas sobre o instrumento podem ser encontradas no link abaixo.  
[http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43974/9788562599514\\_por.pdf?sequence=19](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43974/9788562599514_por.pdf?sequence=19)



## WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION  
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

### Versão com 36 Itens, administrada ao proxy

Este questionário pergunta sobre dificuldades decorrentes de condições de saúde vivenciadas pela pessoa por quem você está respondendo em sua posição de amigo, parente ou cuidador. Condições de saúde incluem doenças ou enfermidades, outros problemas de saúde de curta ou longa duração, lesões, problemas mentais ou emocionais, e problemas com álcool ou drogas.

Pense nos últimos 30 dias e, com o conhecimento que você tem, responda a essas questões pensando em quanta dificuldade seu amigo, parente ou pessoa que é cuidada por você teve enquanto fazia as seguintes atividades. (Nota: o questionário usa o termo "parente" com significado de "amigo", "parente" ou "pessoa que é cuidada"). Para cada questão, por favor, marque somente uma resposta.

H4*	Eu sou o(a) _____ (escolha uma) dessa pessoa.	1	Marido ou esposa	5	Outro parente
		2	Pai ou mãe	6	Amigo(a)
		3	Filho ou filha	7	Cuidador(a) profissional
		4	Irmano ou irmã	8	Outro (especifique)

\* Questões H1-H3 aparecerão no final do questionário.

Por favor, continue na próxima página...

①

26



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



## WHODAS 2.0

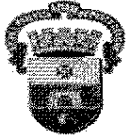
WORLD HEALTH ORGANIZATION  
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

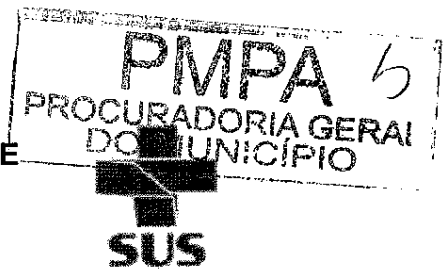
Proxy

Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade o seu parente teve em:						
<b>Compreensão e comunicação</b>						
D1.1	Concentrar-se para fazer alguma coisa durante dez minutos?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D1.2	Lembrar-se de fazer coisas importantes?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D1.3	Analisar e encontrar soluções para problemas do dia-a-dia?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D1.4	Aprender uma nova tarefa, por exemplo, como chegar a um lugar desconhecido?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D1.5	Compreender de forma geral o que as pessoas dizem?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D1.6	Comear e manter uma conversa?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
<b>Mobilidade</b>						
D2.1	Ficar em pé por longos períodos como 30 minutos?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D2.2	Levantar-se a partir da posição sentada?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D2.3	Movimentar-se dentro da casa dele(a)?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D2.4	Sair da casa dele(a)?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D2.5	Andar por longas distâncias como por 1 quilômetro.	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer

Por favor continue na próxima página...



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



## WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION  
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Proxy

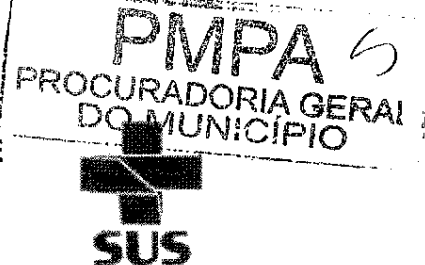
Por causa da condição de saúde dele(a), nos últimos 30 dias, quanta dificuldade seu parente teve em:

Auto-cuidado						
D3.1	Lavar o corpo inteiro?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D3.2	Vestir-se?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D3.3	Comer?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D3.4	Ficar sozinho(a) sem a ajuda de outras pessoas por alguns dias?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
Relações interpessoais						
D4.1	Lidar com pessoas que ele(a) não conhece?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D4.2	Manter uma amizade?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D4.3	Relacionar-se com pessoas que são próximas a ele(a)?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D4.4	Fazer novas amizades?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D4.5	Ter atividades sexuais?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
Atividades da vida						
D5.1	Cuidar das responsabilidades domésticas dele(a)?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D5.2	Fazer bem as tarefas domésticas mais importantes dele(a)?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D5.3	Fazer todas as tarefas domésticas que ele(a) precisava?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D5.4	Fazer as tarefas domésticas na velocidade necessária?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer

Se seu parente trabalha (remunerado, não-remunerado, autônomo) ou vai à escola, complete as questões D5.5-D5.8, abaixo. Caso contrário, pule para D6.1, perto do início da próxima página.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



## WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION  
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36

Proxy

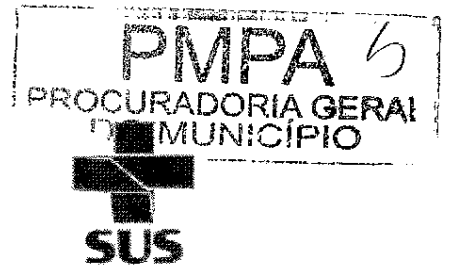
Nos últimos 30 dias, quanta dificuldade seu parente teve em:						
D5.5	Atividades diárias do trabalho/escola dele(a)?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D5.6	Realizar bem as atividades mais importantes do trabalho/escola?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D5.7	Fazer todo o trabalho que ele(a) precisava?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D5.8	Fazer todo o trabalho na velocidade necessária?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer

Participação social nos últimos 30 dias:						
D6.1	Quanta dificuldade seu parente teve ao participar em atividades comunitárias (por exemplo, festividades, atividades religiosas ou outra atividade) do mesmo modo que qualquer outra pessoa?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D6.2	Quanta dificuldade seu parente teve por causa de barreiras ou obstáculos no mundo à volta dele (a)?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D6.3	Quanta dificuldade seu parente teve para viver com dignidade por causa das atitudes e ações dos outros?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D6.4	Quanto tempo seu parente gastou com a condição de saúde dele(a) ou suas consequências?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D6.5	Quanto seu parente tem sido emocionalmente afetado(a) pelas condições de saúde dele(a)?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D6.6	Quanto a saúde dele(a) tem prejudicado financeiramente ele(a) ou outros parentes?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D6.7	Quanta dificuldade você ou o resto da família dele(a) teve por causa do problema de saúde dele(a)?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D6.8	Quanta dificuldade seu parente teve para fazer as coisas por si mesmo(a) para relaxamento ou lazer?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer

Por favor, continue na próxima página...



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



**WHODAS 2.0**

WORLD HEALTH ORGANIZATION  
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36  
Proxy

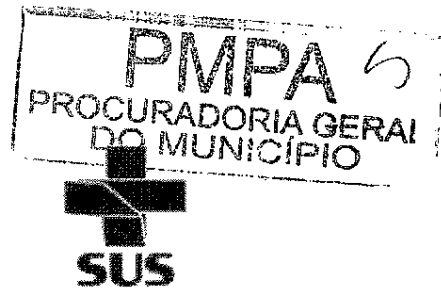
H1	Em geral, nos últimos 30 dias, <u>por quantos dias</u> essas dificuldades estiveram presentes?	<i>Anote o número de dias</i>
H2	Nos últimos 30 dias, por quantos dias seu parente esteve <u>completamente incapaz</u> de executar as atividades usuais ou de trabalho dele(a) por causa de qualquer condição de saúde?	<i>Anote o número de dias</i>
H3	Nos últimos 30 dias, sem contar os dias que seu parente esteve totalmente incapaz, por quantos dias seu parente <u>diminuiu</u> ou <u>reduziu</u> as atividades usuais ou de trabalho dele(a) por causa de alguma condição de saúde?	<i>Anote o número de dias</i>

*Isto completa o questionário. Obrigado por sua participação.*

30



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



## WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION  
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

Cartão resposta nº1

### Condições de saúde:

- Doenças, enfermidades ou outros problemas de saúde
- Lesões
- Problemas mentais ou emocionais
- Problemas com álcool
- Problemas com drogas

### Ter dificuldade com atividades significa:

- Esforço aumentado
- Desconforto ou dor
- Lentidão
- Alterações no modo de você fazer a atividade

Pense somente nos últimos 30 dias.

A

31



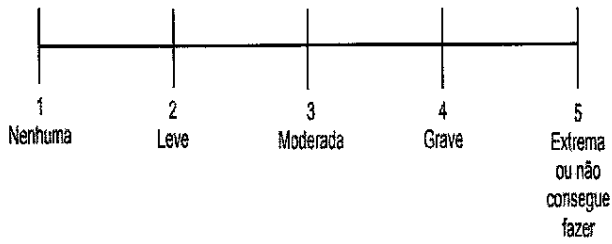
PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



**WHODAS 2.0**

WORLD HEALTH ORGANIZATION  
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

Cartão resposta nº2



*re*



### Pontuação do WHODAS

**Para os itens:**

D1.1 / D1.2 / D1.3 / D1.4 / D2.1 / D2.4 / D2.5 / D3.2 / D4.4 / D5.4 / D6.2 / D6.4 /  
D6.5 / D6.7 / D5.10 / D5.11 / D5.9

Nenhuma = 0 pontos

Leve = 1 ponto

Moderada = 2 pontos

Grave = 3 pontos

Extrema ou não consegue fazer = 4 pontos

**Para os itens:**

D1.5 / D1.6 / D2.2 / D2.3 / D3.1 / D3.3 / D3.4 / D4.1 / D4.2 / D4.3 / D4.5 / D5.2 /  
D5.3 / D5.5 / D6.1 / D6.3 / D6.6 / D6.8 / D5.8

Nenhuma = 0 pontos

Leve = 1 ponto

Moderada = 1 ponto

Grave = 2 pontos

Extrema ou não consegue fazer = 2 pontos

#### Cálculo do escore final

**Para usuários com trabalho remunerado**

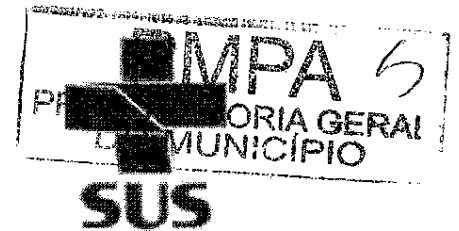
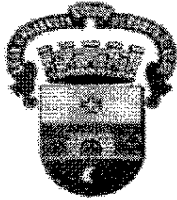
**WHODAS\_32**=(D1.1+D1.2+D1.3+D1.4+D1.5+D1.6+D2.1+D2.2+D2.3+D2.4+D2.5+  
D3.1+D3.2+D3.3+D3.4+D4.1+D4.2+D4.3+D4.4+D4.5+D5.2+D5.3+D5.4+D5.5+D6.  
1+D6.2+D6.3+D6.4+D6.5+D6.6+D6.7+D6.8)\*100/92

**Para usuários sem trabalho remunerado**

**WHODAS\_36**=(D1.1+D1.2+D1.3+D1.4+D1.5+D1.6+D2.1+D2.2+D2.3+D2.4+D2.5+  
D3.1+D3.2+D3.3+D3.4+D4.1+D4.2+D4.3+D4.4+D4.5+D5.2+D5.3+D5.4+D5.5+D5.  
8+D5.9+D5.10+D5.11+D6.1+D6.2+D6.3+D6.4 +D6.5+D6.6+D6.7+D6.8)\*100/106

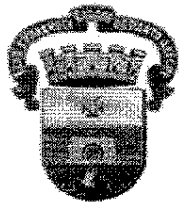
re





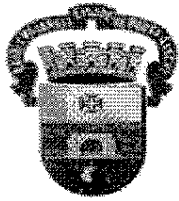
## ANEXO II – Orientações Gerais sobre Ambientação

- 1 **AMBIENTAÇÃO** - Os SRTs devem contar com os seguintes ambientes:
  - 1.1 **Espaço de Acolhimento de usuários, familiares e visitantes:** sala para recebimento de visitas do morador e/ou seus familiares/acompanhantes. Diferente de uma sala trata-se de espaço acessível, acolhedor, com sofás, poltronas, cadeiras para comportar as pessoas que chegam ao SRT. Sala para reuniões, assembléia de moradores, atividades coletivas. É importante que a disposição dos móveis seja flexível permitindo a formação de rodas, mini grupos, fileiras, espaço livre, etc. Poderá contar com equipamentos de projeção, tv, dvd, armário para recursos terapêuticos
  - 1.2 **Quarto com acomodações individuais e espaço para guarda roupas e pertences do morador:** cada quarto deve comportar no máximo duas pessoas. Ter espaço suficiente para armários individuais e outros objetos pessoais. Deve ter privacidade, fechamento simples e devem garantir a apropriação e subjetivação dos espaços.
  - 1.3 **Banheiros com chuveiros adaptados para pessoas com deficiência:** o número de sanitários e chuveiros deverá ser um para cada seis moradores. Deve conter no mínimo 01 sanitário e espaço para banho adaptados às pessoas com deficiência.
  - 1.4 **Sala administrativa (Escritório):** sala para reuniões de gestão do SRT, considerando o que implica a gestão cotidiana de uma casa. Poderá ser usada como sala de apoio à equipe de cuidadores. O espaço deverá ser suficiente para contemplar mesas, cadeiras e armários. É importante que esta sala se constitua de fato como local de apoio, de acesso livre aos moradores, e não interfira no ambiente de casa/residência.
  - 1.5 **Sala de estar:** espaço acolhedor, com sofás, cadeiras e poltronas, para a convivência e lazer dos usuários. É importante que esse ambiente seja agradável constituído como um dos locais de compartilhar cenas cotidianas entre os que habitam o SRT.
  - 1.6 **Almoxarifado:** espaço com prateleiras e/ou armários para armazenamento de materiais necessários (alimentos não perecíveis, material de limpeza, etc.). Pode ser anexa à lavanderia. Com acesso aos moradores a fim de que partilhem o cuidado do SRT.
  - 1.7 **Refeitório:** o refeitório deverá permanecer aberto durante todo o dia, não sendo para uso exclusivo no horário das refeições. Poderá ter uma mesa grande ou mesas pequenas para o número previsto de usuários, organizadas de forma a propiciar um local agradável para as refeições como momentos de convivência e de trocas.
  - 1.8 **Copa/Cozinha:** poderá ser para preparo de todas das refeições ou para a manipulação de alguns alimentos, assim como para realização de ações

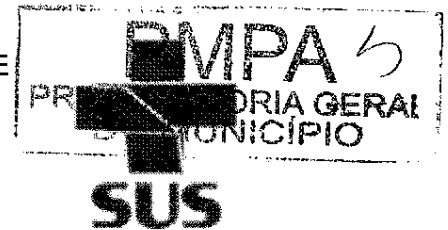


com os moradores.

- 1.9 **Banheiro com vestiário para os cuidadores:** banheiro pequeno com espaço para vestiário. É recomendável que o banheiro comum seja compartilhado por usuários e profissionais da equipe. Entretanto, caso o gestor opte por inserir um banheiro apenas para funcionários.
- 1.10 **Lavanderia:** é uma área de serviço, em que haja espaço para colocar roupa para secar e para a máquina de lavar, com acesso para os moradores.
- 1.11 **Abrigo externo de resíduos sólidos:** área para descarte de lixo doméstico.
- 1.12 **Espaço de convivência:** área aberta, espaço de encontros de usuários, familiares e cuidadores, assim como de visitantes, profissionais ou pessoas das instituições do território, que promova a circulação de pessoas, a troca de experiência, "bate-papos", realização de saraus e outros momentos culturais. Este deve ser um ambiente atrativo e agradável que permita encontros informais. É importante destacar que o espaço de convivência não é equivalente a corredores. Pode ser um gramado, uma varanda, semelhante a uma praça pública, com bancos, jardins, redes, de acordo com os contextos socioculturais
- 1.13 **Área externa para embarque e desembarque de ambulância:** espaço externo suficiente para entrada e saída de ambulâncias.
- 1.14 **Sala de aplicação de medicamentos (sala de medicação):** bancada para preparo de medicação, pia, armários para armazenamento de medicamentos e mesa com computador. É interessante que a porta seja do tipo guichê, possibilitando assim maior interação entre os cuidadores que estão na sala e os usuários e familiares. É desejável que seja próximo aos quartos.
- 1.15 **Quarto de plantão (Sala de repouso profissional):** ambiente com beliche, cadeiras confortáveis e armários individuais para que os profissionais possam guardar seus objetos de uso pessoal.
- 1.16 **Disponibilidade de carro por pelo menos 3 turnos na semana:** com vistas a realização de atividades de reinserção social previstas na ficha de acompanhamento.

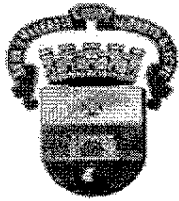


PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Nome resumido ambiente	Quantidade	Área unit. mínima (aproximada) obrigatória (m²)	Área total (m²)
Espaço de Acolhimento de usuários, familiares e visitantes	1	36	36
Quarto com acomodações individuais e espaço para guarda roupas e pertences do morador	5	18	90
Banheiros com chuveiros, adaptado para pessoa com deficiência	2	4,8	9,6
Sala Administrativa (Escritório)	1	9	9
Sala de estar	1	30	30
Almoxarifado	1	3	3
Refeitório	1	18	18
Copa/Cozinha	1	16	16
Banheiro (vestiário) para cuidadores	2	12	24
Sala de aplicação de medicamentos	1	5	5
Quarto de plantão (Sala de repouso profissional)	1	18	18
<b>ÁREA INTERNA DOS AMBIENTES</b>			<b>258,6</b>
Área externa de convivência	1	24	24
Área externa para embarque e desembarque de ambulância	1	21	21
Lavanderia	1	7	7
Abrigo externo de resíduos sólidos	1	4	4
<b>ÁREA EXTERNA DOS AMBIENTES</b>			<b>56</b>
<b>ÁREA TOTAL</b>			<b>314,6</b>

10



### ANEXO III – Previsão de Despesas

Valor mensal de repasse para cada SRT – R\$ 56.779,10 (cinquenta e seis mil, setecentos e setenta e nove reais e dez centavos).

ITENS	VALOR ESTIMADOS
<b>Pessoal</b>	35.847,74
Custo com RH	35.847,74
<b>Material de Consumo</b>	5.650,00
Gases Medicinais	500,00
Gêneros de Alimentação	3.000,00
Material de Cama, Mesa e Banho	600,00
Material de Copa e Cozinha	550,00
Material de Expediente	500,00
Material de Limpeza	500,00
<b>Serviços de Terceiros</b>	7.500,00
Outros Serviços de Terceiros - Pessoa Jurídica	2.500,00
Serviço de Manutenção e Conservação de Bens Móveis e Outras Naturezas	1.000,00
Serviço de Manutenção e Conservação de Máquinas e Equipamentos	1.000,00
Serviços de Apoio Administrativo, Técnico e Operacional	2.000,00
Serviços Médico-Hospitalares	1.000,00
<b>Despesas Gerais</b>	5.077,60
Despesas Financeiras	100,00
Indenizações e Restituições	4.077,60
Serviço de Água e Esgoto	200,00
Serviços de Energia Elétrica	500,00
Serviços de Telecomunicações - (Telefonia Fixa - Ramais)	200,00
<b>Depreciação</b>	2.703,76
Equipamentos	1.351,88
Imóvel	1.351,88
<b>VALOR TOTAL DA PROPOSTA FINANCEIRA MENSAL</b>	<b>56.779,10</b>

10