

PROC. ADM: 19.0.000008551-3

LIVRO: 1134-D

FOLHAS: 019

REGISTRO: 69046

TERMO DE COLABORAÇÃO

TERMO DE COLABORAÇÃO que entre si fazem o **MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE** e o **PACTO/POA**, para execução de atividades de tratamento e reabilitação de pessoas usuárias de substâncias psicoativas, visando a sua reintegração à vida social e comunitária.

Aos 10 dias do mês de MAIO do ano de 2019, o **MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE**, CNPJ nº 92.963.560/0001-60, neste ato representado pelo Secretário Municipal de Saúde PABLO DE LANNOY STÜRMER, conforme delegação de competência estabelecida no Decreto nº. 19.932/2018, doravante denominado de **MUNICÍPIO**, e, de outro lado, o **PROGRAMA DE AUXÍLIO COMUNITÁRIO AO TOXICÔMANO DE PORTO ALEGRE – PACTO POA**, pessoa jurídica de direito privado, organização da sociedade civil sem fins econômicos e lucrativos, sediada na R. Dr. Telmo Vergara, nº. 293 bairro Partenon desta capital, inscrita no CNPJ nº 97.134.480/0001-15, presente neste ato por seu representante legal RUI CARLOS SINDERMANN doravante denominado **COLABORADOR**, de acordo com a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988 (artigos 196 a 200), Lei Nº 8.080/90, Lei Nº 13.019 de 31 de julho de 2014; Decreto Municipal Nº 19.775/2017; 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 2017; Resolução Nº 01, de 9 de março de 2018; RDC Nº 29, de 30 de junho de 2011; RDC Nº 11, de 13 de março de 2014; RDC nº 63, de 25 de novembro de 2011 ANVISA; Portaria Nº 1.482, de 25 e outubro de 2016; Portaria Nº 1.646, de 2 de outubro de 2015; Nota Técnica nº 055/2013 - GRECS/GGTES/ANVISA; Resolução nº 1, de 19 de agosto de 2015; Portaria nº 131, de 26 de janeiro de 2012; Portaria RS/SES nº 591 de 19 de dezembro de 2013; e demais legislações aplicáveis, 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 o tratamento e reabilitação de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas, visando a promoção de sua reintegração à vida social e comunitária, através de Comunidades Terapêuticas no Município de Porto Alegre PROGRAMA DE AUXÍLIO COMUNITÁRIO AO TOXICÔMANO DE PORTO ALEGRE – PACTO POA, localizado na

região Partenon/Lomba do Pinheiro, sito na R. Dr. Telmo Vergara, nº. 293 bairro Partenon, em mútua cooperação, conforme Plano de Trabalho - Documento Descritivo Assistencial (ANEXO I) e o EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA nº 04/2018 que fazem parte integrante deste termo como se transcritos fossem.

1.2. Os objetos específicos deste Termo de Colaboração compreendem a oferta de vagas masculinas:

- a) 12 vagas masculinas (12 a 17 anos);
- b) 52 vagas masculinas (18 a 59 anos).

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 da CHAMADA PÚBLICA Nº 04/2018, 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 na CHAMADA PÚBLICA Nº 04/2018 são parte integrante deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.
- 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 Nº 19.775/2017, 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;
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 **PARTÍCIPES**:

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 de Chamada Pública 04/2018 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 venham a ser implementados 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 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; bem como, o 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, inclusive aos locais de execução do respectivo objeto.
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 à CONTRATANTE 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 TERMO DE COLABORAÇÃO.
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 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, bem como aos locais de execução do respectivo objeto com a finalidade de acompanhar, fiscalizar ou auditar a execução da parceria.



25. Manter, durante a vigência da parceria todas as condições exigidas no Edital de Chamada Pública 04/2018.
26. Comunicar imediatamente ao MUNICÍPIO 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. Manter estrutura adequada para a execução das atividades, conforme escopo definido no Edital de Chamada Pública 04/2018 e seus anexos.
32. 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;
33. 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;
34. Fica o Colaborador obrigado a manter e movimentar os recursos em conta bancária específica, conforme disciplina o Art. 51, da Lei 13019/2014, ficando expressamente vedada a utilização dos recursos em finalidade diversa da estabelecida neste instrumento;
35. Qualquer importância acrescentada à conta específica somente poderá ser utilizada no objeto deste Termo de Colaboração, devendo constar da prestação de contas do mesmo;
36. 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.
37. 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):
 - 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;



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

6

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. Elaborar e atualizar 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 Monitoramento e Avaliação do **TERMO DE COLABORAÇÃO**, 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 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 de repasse do Fundo Municipal de Saúde para a execução do presente **TERMO DE COLABORAÇÃO** importa em até R\$ 109.320,00 (cento e nove mil trezentos e vinte reais), proporcional à taxa de ocupação das vagas, conforme oferta constante da proposta da CHAMADA PÚBLICA e será depositado em conta bancária específica para a execução do presente TERMO.



5.1.1 Conforme apresentado na proposta encaminhada na Chamada pública, o valor pago será de acordo com a efetiva utilização das vagas através da regulação desta **SMS**, sendo:

- a) 12 vagas masculinas (12 a 17 anos) no valor de R\$ 3.000,00 (três mil reais) por usuário;
- b) 52 vagas masculinas (18 a 59 anos) no valor de R\$ 1.410,00 (mil quatrocentos e dez reais) por usuário.

5.1.1.1 Havendo demanda e disponibilidade poderá haver remanejo de vaga entre os tipos, desde que a vaga aumentada tenha custo igual ou inferior ao da vaga diminuída.

5.1.2 A efetiva utilização das vagas será atestada pela área técnica responsável através do Anexo IX que será preenchido pelo **COLABORADOR**. O valor bruto de cada vaga, para fins de pagamento, considerará a taxa de ocupação "PRO-RATA" em cada uma das 64 (sessenta e quatro) vagas.

5.1.3 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**.

5.1.4 O Anexo II apresentado na proposta de Chamamento Público constitui rol exemplificativo das despesas atribuíveis à execução do objeto. Sendo que os valores apresentados para cada categoria de despesa não constituem limites mínimo ou máximo para a execução da despesa, podendo inclusive serem realizadas despesas não previstas desde que vinculadas ao objeto da Parceria e com autorização da Administração Pública.

5.1.5 Os recursos oriundos do **TERMO DE COLABORAÇÃO** serão depositados em conta bancária específica da Parceria, em nome da entidade.

Parágrafo Primeiro: O repasse dos valores só será efetivado na conta bancária específica da Parceria.

5.2 Os valores a serem repassados para o **COLABORADOR** deverão ser confirmados, com base em relatório de atividades apresentado pelo prestador (anexos VII, VIII e IX), mensalmente, pela área técnica responsável da **SMS**, e serão transferidos até o montante previsto no Plano de Trabalho – Documento Descritivo Assistencial deste **TERMO DE COLABORAÇÃO**.

5.3 Eventuais alterações nos valores a serem repassados pelo **MUNICÍPIO**, por qualquer razão, como desconto definido pela Comissão de Monitoramento e Avaliação do **TERMO DE COLABORAÇÃO** (tratado na cláusula oitava), em virtude do não cumprimento de meta ou outras hipóteses que venham a ocorrer, deverão ser notificadas previamente pelo **MUNICÍPIO** ao **COLABORADOR**.



5.4 A despesa decorrente do presente **TERMO DE COLABORAÇÃO** correrá por conta da dotação orçamentária nº. 1804.4020.335043.4841 e 1804.4020.335043.4220 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 repassará ao **COLABORADOR**, até o 5º dia útil de cada mês, contraprestação definida no TERMO DE COLABORAÇÃO conforme cláusula 5.1, podendo ser descontados os valores apontados pela Comissão de Monitoramento e Avaliação referentes às metas quantitativas e qualitativas não cumpridas no quadrimestre imediatamente anterior.

6.2. O valor mensal de cada vaga, para fins de pagamento, está vinculado à taxa de ocupação conforme cláusula 5.1.2.

6.3. 20% do valor da vaga está vinculado ao cumprimento das metas qualitativas avaliadas quadrimestralmente, conforme segue:

6.3.1. Um total de 20% (vinte por cento) do valor total TERMO DE COLABORAÇÃO será repassado de forma condicionada ao cumprimento das **metas qualitativas**, especificadas no Documento Descritivo, definido por meio das seguintes faixas:

- cumprimento de 80% ou mais do total das metas qualitativas pactuadas corresponde ao pagamento do percentual referido no item 6.3
- cumprimento entre 70% e 79% em todas as metas qualitativas pactuadas corresponde a 80% do pagamento do percentual referido no item 6.3.
- cumprimento entre 60% e 69% das metas qualitativas pactuadas corresponde a 70% do percentual referido no item 6.3.
- cumprimento abaixo de 60% das metas qualitativas pactuadas corresponde ao pagamento proporcional ao percentual referido no item 6.3.

6.3.2. Para todos os serviços previstos neste Edital, no primeiro quadrimestre de execução das atividades assistenciais previstas no TERMO DE COLABORAÇÃO, caso seja identificado que as metas pactuadas não foram atingidas na avaliação quadrimestral, não serão aplicadas as condições previstas no item 6.3.1. do TERMO DE COLABORAÇÃO.

6.4. Os pagamentos, até a 1ª aferição da Comissão de Monitoramento e Avaliação, serão realizados conforme o valor teto mensal da Parceria que importa em R\$ 109.320,00.

6.4.1 As aferições da Comissão coincidirão com os prazos previstos para a Prestação de Contas.

6.5. O desconto referente a um quadrimestre será executado no quadrimestre subsequente, a qualquer tempo, conforme cálculo abaixo

$$\text{Desconto} = \text{VT} * [0,8 * (1-\text{TO}) + 0,2 * (1-\text{AQ})]$$

VT = Valor Teto da Parceria para cada tipo de vaga

TO = Taxa de Ocupação Média para cada tipo de vaga

AQ = Avaliação de Qualidade

6.5.1 O valor do desconto será calculado separadamente para cada tipo de vaga (adulto e adolescente).

6.6. Para fins de pagamento, o **COLABORADOR** ficará obrigado a apresentar mensalmente os Comprovantes de Despesas e Comprovantes de Pagamento em Plataforma Eletrônica de prestação de contas, conforme Lei Federal N° 13.019/2014.

6.7. A qualquer tempo a Secretaria Municipal de Saúde poderá realizar auditoria para verificar a veracidade das informações apresentadas.

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. O instrumento de avaliação das metas qualitativas poderá ser modificado anualmente, conforme avaliação da Coordenação de Atenção à Saúde Mental.

CLÁUSULA VII – RECURSO FINANCEIRO PARA IMPLANTAÇÃO

7.1. A infraestrutura necessária (imóvel, mobiliários, eletrodomésticos, refrigeração, louças e demais equipamentos) para o atendimento dos usuários na comunidade terapêutica é de responsabilidade do **COLABORADOR**, mediante o repasse do pagamento mensal pela SMS. Portanto, não há recurso destinado de forma particular para a implantação do serviço.

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 (indicadores quantitativos) ou Coordenação de Saúde Mental (indicadores qualitativos).

8.2. O **TERMO DE COLABORAÇÃO** contará com uma Comissão de Monitoramento e Avaliação 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 Comissão de Monitoramento e Avaliação 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 suplentes.

8.3.2. A Comissão de Monitoramento e Avaliação 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 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 Comissão de Monitoramento e Avaliação 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 Comissão de Monitoramento e Avaliação os Relatórios necessários à prestação de contas, previstos no Edital de Chamada Pública 04/2018, e as informações respectivas ao cumprimento das metas quantitativas e qualitativas presentes no Plano de Trabalho - Documento Descritivo Assistencial.

8.6. A existência da Comissão de Monitoramento e Avaliação 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 N° 13.019/2014.

8.9. Através da Comissão de Monitoramento e Avaliação, 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 N° 13.019/2014.

8.10. Cada um dos serviços objeto 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 30 (trinta) dias, após o final de cada quadrimestre para encaminhar a Prestação de Contas à Secretaria Municipal de Saúde – SMS, devendo a mesma ser finalizada em até 90 (noventa) dias, sob a luz do art. 49 do decreto municipal 19775/2017 e do Cap. IV da Lei N° 13.019/2014 (art. 63 a 72).

9.2 A PRESTAÇÃO DE CONTAS, conforme exigida pelo art. 49 do Decreto Municipal N° 19.775/2017, consistirá na apresentação de:

- a) Declaração;
- b) Relatório de Execução do Objeto;
- c) Relatório de Execução Financeira e;
- d) Documentos Complementares.

9.2.1 A Declaração deverá ser preenchida conforme Anexo XI.

9.2.2 O Relatório de Execução do Objeto demonstrará as seguintes informações:

- I. Alcance das metas referentes ao período de que trata a prestação de contas, juntamente com o comparativo de metas propostas com os resultados alcançados, a partir do cronograma acordado;
- II. A descrição das ações desenvolvidas para o cumprimento do objeto, com respectivo material comprobatório, tais como lista de presença (Anexo VII), Relação de Pacientes (Anexo VIII), Relatório de Ocupação das Vagas (anexo IX), fotos, vídeos ou outros suportes, devendo o eventual cumprimento parcial ser devidamente justificado;
- III. Justificativa na hipótese de não cumprimento ou não alcance das metas propostas.

9.2.2.1 Conforme item 5.2, os anexos VII, VIII e IX compõem o relatório de atividades que deverá ser encaminhado mensalmente para Coordenação de Atenção à Saúde Mental).

9.2.3 O Relatório de Execução Financeira deverá conter as seguintes informações:

- I. Balancete Financeiro (ANEXO III);
- II. Demonstrativo de Despesas (ANEXO IV);
- III. Conciliação Bancária (ANEXO V);



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



- IV. Comprovantes de Despesas (Nota Fiscal – Nfe, NFCe; Recibo; Contracheque; etc);
- V. Comprovantes de Pagamentos;
- VI. Extrato Bancário do período de todas as contas da parceria (Conta Corrente; Conta Poupança e/ou da Aplicação Financeira, se houver);
- VII. Inventário Patrimonial, no caso de aquisição de equipamentos e materiais permanentes (ANEXO VI);
- VIII. Memória de cálculo rateio de despesas, quando houver.

9.2.4 Os Documentos Complementares visam ao monitoramento e a avaliação da execução da parceria e do cumprimento das metas estabelecidas no Plano de Trabalho.

9.3. Os Comprovantes de Despesa, entregues conforme Cláusula 6.5, deverão ser emitidos em nome do **COLABORADOR**, bem como deverão indicar no campo de “informações complementares/adicionais” as seguintes informações: Termo de Parceria/Ano, Órgão/PMPA, Serviço/Objeto.

9.4. Não serão aceitos documentos comprobatórios que contenham rasuras ou borrões em qualquer de seus campos e cujas despesas forem efetivadas fora do prazo estabelecido.

9.5. Em casos excepcionais, quando se tratar de serviços de terceiros Pessoa Física, a documentação comprobatória deverá ser mediante Nota Fiscal de Serviços ou Recibo de Pagamento de Contribuinte Individual - RPCI, desde que observado o recolhimento dos impostos incidentes.

9.6. Os relatórios de prestação de contas e documentos complementares, se for o caso, apresentados quadrimestralmente, deverão detalhar as execuções mensais do período.

9.7. A prestação de contas e todos os atos que dela decorram dar-se-ão em processo administrativo eletrônico, permitindo a visualização por qualquer interessado.

9.8. 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.

9.9. A identificação reiterada, dois quadrimestres seguidos, de sobras de caixa significativa resultante da execução de custos inferiores ao estimado poderá ensejar o aditamento visando redução do repasse mensal do TERMO DE COLABORAÇÃO ou ampliação dos serviços ofertados.

9.10. Caso sejam identificadas inconsistências na Prestação de Contas, conforme notificada e oficiada pela SMS, o **COLABORADOR** deverá atender, impreterivelmente dentro dos prazos definidos na Cláusula 9.1. O descumprimento das determinações identificadas na prestação de contas ensejará a suspensão dos pagamentos até a regularização dos apontamentos.

9.11. 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.

9.12. Após o término de cada exercício, que compreende o período de 12 (doze) meses a contar da assinatura do presente Termo de Colaboração, o saldo bancário remanescente da conta específica, descontado dos valores provisionados se houver, deverá ser devolvido à Administração Pública, no prazo de 30 (trinta) após o fechamento da Prestação de Contas.

9.12.1 Caso haja valores provisionados, deverá ser apresentada memória de cálculo dos mesmos.

9.13. Sempre que na Prestação de Contas forem constatadas despesas não vinculadas/autorizadas ao objeto do presente Termo, deverá o prestador realizar a devolução deste valor à conta específica da Parceria no prazo de 15 (quinze) dias.

9.14. Ao término da vigência deste Termo de Colaboração, o recurso financeiro remanescente da conta específica deverá ser devolvido para a Administração Pública, apresentando o extrato bancário zerado quando da Prestação de Contas Final.

CLÁUSULA X: DOCUMENTAÇÃO E INFORMAÇÕES

10.1. O **COLABORADOR** se obriga a encaminhar ao **MUNICÍPIO**, nos prazos estabelecidos conforme a Cláusula 9.1, os seguintes documentos e informações abaixo relacionados:

- I. A Coordenação de Atenção à Saúde Mental através do e-mail (areamental@sms.prefpoa.com.br): Relatório de Execução do Objeto
- II. À Equipe de Recursos da Saúde ERS/SMS através do e-mail (ers_fms@portoalegre.rs.gov.br): Relatório de Execução Financeira
 - a) Via e-mail: Balancete Financeiro, Demonstrativo de Despesas, Conciliação Bancária, Inventário Patrimonial (no caso de aquisição de equipamentos e materiais permanentes), SEFIP completa;
 - b) Via Plataforma Eletrônica: Comprovantes de Despesas (Nota Fiscal – Nfe, NFCe; Recibo; Contracheque; etc), Comprovantes de Pagamentos, Extrato Bancário do período de todas as contas da parceria (Conta Corrente; Conta Poupança e/ou da Aplicação Financeira, se houver); Memória de rateio de despesas, quando houver.
- 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 **TERMO DE COLABORAÇÃO** poderá ser rescindido a qualquer tempo, com as respectivas condições, sanções e delimitações claras de responsabilidades que seguem a seguir expressas, sendo o prazo de publicidade desta intenção de 60 dias anteriores a data final.

12.2 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, especialmente pela utilização de recursos em desacordo com o Plano de Trabalho), 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 da Prestação de Contas;
- V. Pela não observância, recorrente 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.
- 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, desaparecimento, 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**;

12.3. 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.

12.4. 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 O **COLABORADOR**, 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 ao **COLABORADOR** as seguintes sanções:

- I. Advertência;
- II. Suspensão temporária de participação em chamada pública 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 chamada pública 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 O presente **TERMO DE COLABORAÇÃO** vigorará pelo prazo de 5 (cinco) anos a contar de sua assinatura.

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

16.3 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.

PABLO DE LANNOY STÜRMER
Secretário Municipal de Saúde

RUI CARLOS SINDERMANN
PACTO/POA

ANEXO I

Plano de Trabalho – Documento Descritivo Assistencial

1. DO FUNCIONAMENTO DOS SERVIÇOS

- 1.1. Todo serviço, para funcionar, deve estar devidamente licenciado pela autoridade sanitária competente do Município, atendendo aos requisitos da **Resolução RDC ANVISA nº 29**, de 30 de junho de 2011;
- 1.2. A CT deve possuir licença atualizada de acordo com a legislação sanitária local, afixada em local visível ao público.
- 1.3. Os colaboradores são responsáveis pela continuidade do tratamento dos usuários, inclusive nos finais de semana e dias de feriados;
- 1.4. Os serviços deverão ser executados na forma do ANEXO XII – e funcionar alinhados à Política Nacional, Estadual e Municipal de Saúde Mental;
- 1.5. A permanência dos usuários na CT deve ser voluntária;
- 1.6. 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;
- 1.7. 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;
- 1.8. As regras de controle, avaliação e auditorias utilizadas para o TERMO DE COLABORAÇÃO são as vigentes no Sistema Único de Saúde (SUS);
- 1.9. O colaborador deverá implantar sistema de prontuário eletrônico definido pela SMS 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.

2. DOS RECURSOS HUMANOS E EQUIPE MÍNIMA

- 2.1. As instituições devem manter recursos humanos em período integral, em número compatível com as atividades desenvolvidas (RDC ANVISA nº 29/2011);
- 2.2. As instituições devem proporcionar ações de capacitação à equipe, mantendo o registro das atividades realizadas (RDC ANVISA nº 29/2011);
- 2.3. Cada módulo de 15 (quinze) vagas para usuários residentes deverá contar com equipe técnica mínima composta por:
 - (a) 1 (um) coordenador, profissional de saúde de nível universitário com pós-graduação lato sensu (mínimo de 36 horas-aula) ou experiência comprovada de pelo menos 4 (quatro) anos na área de cuidados com pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, presente diariamente das 7 às 19 horas, em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados; e

- (b) No mínimo 2 (dois) profissionais de saúde de nível médio, com experiência na área de cuidados com pessoas com necessidades de saúde decorrentes do uso de álcool, crack e outras drogas, presentes nas 24 (vinte e quatro) horas do dia e em todos os dias da semana, inclusive finais de semana e feriados.

3. DAS METAS QUALITATIVAS

A qualidade dos serviços será monitorada quadrimestralmente através de instrumento estruturado elaborado para os fins deste Edital incluído abaixo. O instrumento poderá ser atualizado anualmente com intuito de refletir aprimoramento nos métodos de avaliação que estão sendo desenvolvidos na Secretaria Municipal de Saúde.



Anexo I



Instrumento de avaliação da qualidade de serviços prestados nas Comunidades Terapêuticas

Objetivo: Avaliar a qualidade dos serviços prestados Comunidades Terapêuticas, entendidos como dispositivos direcionados tratamento e reabilitação de pessoas com necessidades relacionadas ao consumo de álcool, crack e outras drogas.

Frequência de aplicação: Quadrimestral

Formato de aplicação do instrumento: visita do gestor incluindo:

- (a) entrevista com, no mínimo, 3 residentes;
- (b) amostragem de, no mínimo, 5 prontuários;
- (c) entrevista com o responsável técnico da Comunidade Terapêutica;
- (d) observação do avaliador.

Critérios de avaliação: escore no instrumento (número de pontos obtidos na avaliação dividido pelo total de pontos).

Total de pontos: 70 pontos

Pontos obtidos: _____ pontos / Total de pontos

Classificação de qualidade

Faixa A – 80% ou mais

Faixa B – De 70 a 79%

Faixa C – de 60 a 69%

Faixa D – 59% ou menos

Responsável Técnico: _____ Nível Superior: (✓) sim () não



Anexo I



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Perguntas para os residentes da Comunidade Terapêutica (no mínimo 3 residentes)

+ Pontue SIM, se pergunta positiva para QUALQUER um dos três residentes.

A comunidade terapêutica que você está frequentando:		
A1. Permite que você tenha acesso a algum meio de comunicação (TV, e-mail e/ou telefone)?	<input type="radio"/> 0 Não	<input type="radio"/> 1 Sim
A2. Permite que você contate a sua família de forma regular?	<input type="radio"/> 0 Não	<input type="radio"/> 1 Sim
A3. Respeita a sua religião, sem impor contra a sua vontade a sua participação em atividades religiosas?	<input type="radio"/> 0 Não	<input type="radio"/> 1 Sim
A4. Respeita a sua privacidade, sem revelar informações que você não gostaria de compartilhar com outros?	<input type="radio"/> 0 Não	<input type="radio"/> 1 Sim
A5. Estimula que você participe em atividades de lazer, cultura e esporte <i>dentro</i> da comunidade?	<input type="radio"/> 0 Não	<input type="radio"/> 1 Sim
A6. Estimula que você participe em atividades de lazer, cultura e esporte <i>fora</i> da comunidade?	<input type="radio"/> 0 Não	<input type="radio"/> 1 Sim
A7. Promove assembleias toda a semana com os moderadores e com a equipe?	<input type="radio"/> 0 Não	<input type="radio"/> 1 Sim
A8. Promove atividades individuais e em grupo toda a semana sobre uso de álcool e ou drogas?	<input type="radio"/> 0 Não	<input type="radio"/> 1 Sim
A9. Discute com você o seu plano de tratamento na comunidade e ajuda no planejamento depois da sua saída?	<input type="radio"/> 0 Não	<input type="radio"/> 1 Sim
A10. Nunca se utilizou de contenção, amarrações, trancas ou qualquer forma que limite a sua circulação?	<input type="radio"/> 0 Já utilizou métodos de contenção	<input type="radio"/> 1 Nunca utilizou métodos de contenção
SE HOUVER ALGUM SIM, descreva abaixo para quantos residentes a situação já ocorreu, o contexto em que ela ocorre ou qualquer outra observação complementar: _____		

Perguntas para o coordenador da Comunidade Terapêutica

A comunidade terapêutica que você coordena:			
B1. Realiza reuniões de equipe	<input type="radio"/> 0 Não realiza	<input type="radio"/> 1 Realiza mensalmente	<input type="radio"/> 2 Realiza semanalmente
B2. Disponibiliza atividades lúdico-terapêuticas	<input type="radio"/> 0 Não disponibiliza	<input type="radio"/> 1 Uma ou duas vezes por semana	<input type="radio"/> 2 Três vezes por semana ou mais
B3. Estimula prática de atividades físicas	<input type="radio"/> 0 Não estimula	<input type="radio"/> 1 Uma ou duas vezes por semana	<input type="radio"/> 2 Três vezes por semana ou mais
B4. Disponibiliza atividades didático-científicas sobre uso de álcool e outras drogas	<input type="radio"/> 0 Não disponibiliza	<input type="radio"/> 1 Uma ou duas vezes por semana	<input type="radio"/> 2 Três vezes por semana ou mais
B5. Disponibiliza atendimento médico e psiquiátrico/psicológico nos casos de com morbidade	<input type="radio"/> 0 Não disponibiliza	<input type="radio"/> 1 Disponibiliza de forma não sistemática	<input type="radio"/> 2 Disponibiliza semanalmente
B6. Realiza atendimento à família	<input type="radio"/> 0 Não realiza	<input type="radio"/> 1 Realiza de forma não sistemática	<input type="radio"/> 2 Realiza semanalmente
B7. Realiza atividades visando à reinserção social do residente	<input type="radio"/> 0 Não realiza	<input type="radio"/> 1 Realiza de forma não sistemática	<input type="radio"/> 2 Realiza de forma sistemática
B8. Realiza a alta qualificada referenciando o usuário ao CAPS AD do seu território de moradia, mesmo em casos de abandono/desistência	<input type="radio"/> 0 Não realiza	<input type="radio"/> 1 Realiza de forma não sistemática	<input type="radio"/> 2 Realiza de forma sistemática
B9. Residentes tem consciência que tratamento pode ser interrompido a qualquer momento?	<input type="radio"/> 0 Tratamento envolve involuntariedade	<input type="radio"/> 1 Voluntariedade do tratamento não é explícita	<input type="radio"/> 2 Voluntariedade do tratamento é explícita
B10. Participação no fórum AD (a cada dois meses)	<input type="radio"/> 0 Não participa	<input type="radio"/> 1 Participa 70% ou menos dos fóruns	<input type="radio"/> 1 Participa em 100% dos fóruns

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



Avaliação das Fichas Individuais de Registro

Quanto as fichas individuais de registro, a comunidade terapêutica que você visitou:			
C1. Possui ficha individual de registro periódicos dos atendimentos e intercorrências	<input type="radio"/> 0 Para 50% dos residentes ou menos	<input type="radio"/> 1 Para mais de 50% dos residentes	<input type="radio"/> 2 Para todos os residentes
C2. Apresenta Plano Terapêutico Individual (PTI) na ficha individual de cada residente	<input type="radio"/> 0 Não possui	<input type="radio"/> 1 Possui PTI com informações superficiais	<input type="radio"/> 2 Possui PTI com informações detalhadas
C3. Evidências de atividades lúdico-terapêuticas no último mês <i>(99 Não se aplica (não há registros))</i>	<input type="radio"/> 0 Para 50% dos residentes ou menos	<input type="radio"/> 1 Para mais de 50% dos residentes	<input type="radio"/> 2 Para todos os residentes
C4. Evidências de atividades físicas e desportivas no último mês <i>(99 Não se aplica (não há registros))</i>	<input type="radio"/> 0 Para 50% dos residentes ou menos	<input type="radio"/> 1 Para mais de 50% dos residentes	<input type="radio"/> 2 Para todos os residentes
C5. Evidências de atendimentos individuais no último mês <i>(99 Não se aplica (não há registros))</i>	<input type="radio"/> 0 Para 50% dos residentes ou menos	<input type="radio"/> 1 Para mais de 50% dos residentes	<input type="radio"/> 2 Para todos os residentes
C6. Evidências de atendimentos em grupo no último mês <i>(99 Não se aplica (não há registros))</i>	<input type="radio"/> 0 Para 50% dos residentes ou menos	<input type="radio"/> 1 Para mais de 50% dos residentes	<input type="radio"/> 2 Para todos os residentes
C7. Evidências de atividades que promovam conhecimento específico no último mês <i>(99 Não se aplica (não há registros))</i>	<input type="radio"/> 0 Para 50% dos residentes ou menos	<input type="radio"/> 1 Para mais de 50% dos residentes	<input type="radio"/> 2 Para todos os residentes
C8. Evidências de registro de atendimento médico em caso de pacientes com comorbidade <i>(77 Não se aplica (pacientes s/ comorbidade))</i> <i>(99 Não se aplica (não há registros))</i>	<input type="radio"/> 0 Para 50% dos residentes ou menos	<input type="radio"/> 1 Para mais de 50% dos residentes	<input type="radio"/> 2 Para todos os residentes
C9. Evidências de registro de atendimento à família <i>(99 Não se aplica (não há registros))</i>	<input type="radio"/> 0 Para 50% dos residentes ou menos	<input type="radio"/> 1 Para mais de 50% dos residentes	<input type="radio"/> 2 Para todos os residentes
C10. Evidências de atividades de estudos para alfabetização e profissionalização <i>(99 Não se aplica (não há registros))</i>	<input type="radio"/> 0 Para 50% dos residentes ou menos	<input type="radio"/> 1 Para mais de 50% dos residentes	<input type="radio"/> 2 Para todos os residentes
COMENTÁRIOS GERAIS SOBRE A QUALIDADE DAS FICHAS DE REGISTRO:			

Observações sobre a Comunidade Terapêutica pelo avaliador

A comunidade terapêutica que você visitou:				
Ambiência				
D1. Condições de conservação dos ambientes internos	<input type="radio"/> 0 Péssimas	<input type="radio"/> 1 Ruins	<input type="radio"/> 2 Boas	<input type="radio"/> 3 Muito boas
D2. Segurança dos ambientes internos	<input type="radio"/> 0 Péssimas	<input type="radio"/> 1 Ruins	<input type="radio"/> 2 Boas	<input type="radio"/> 3 Muito boas
D3. Organização dos ambientes internos	<input type="radio"/> 0 Péssimas	<input type="radio"/> 1 Ruins	<input type="radio"/> 2 Boas	<input type="radio"/> 3 Muito boas
D4. Conforto dos ambientes internos	<input type="radio"/> 0 Péssimas	<input type="radio"/> 1 Ruins	<input type="radio"/> 2 Boas	<input type="radio"/> 3 Muito boas
D5. Limpeza dos ambientes internos	<input type="radio"/> 0 Péssimas	<input type="radio"/> 1 Ruins	<input type="radio"/> 2 Boas	<input type="radio"/> 3 Muito boas
Outros atributos				
D6. Articulação com a RAPS	<input type="radio"/> 0 Péssimas	<input type="radio"/> 1 Ruins	<input type="radio"/> 2 Boas	<input type="radio"/> 3 Muito boas
D7. Compromisso com reabilitação psicossocial e cuidado após alta	<input type="radio"/> 0 Péssimas	<input type="radio"/> 1 Ruins	<input type="radio"/> 2 Boas	<input type="radio"/> 3 Muito boas
D8. Qualidade da relação da equipe da comunidade terapêutica com seus residentes	<input type="radio"/> 0 Péssimas	<input type="radio"/> 1 Ruins	<input type="radio"/> 2 Boas	<input type="radio"/> 3 Muito boas
D9. Qualidade da relação dos residentes entre si	<input type="radio"/> 0 Péssimas	<input type="radio"/> 1 Ruins	<input type="radio"/> 2 Boas	<input type="radio"/> 3 Muito boas
D10. Gestão do processo de trabalho na comunidade terapêutica	<input type="radio"/> 0 Péssimas	<input type="radio"/> 1 Ruins	<input type="radio"/> 2 Boas	<input type="radio"/> 3 Muito boas
COMENTÁRIOS GERAIS SOBRE A QUALIDADE DA COMUNIDADE TERAPEUTICA:				

ANEXO II

Previsão das Despesas*

A) 12 vagas para adolescentes

ITENS	Valores Estimados
Pessoal - RH	R\$ 14.200,00
Material de Consumo	
Gêneros de Alimentação	R\$ 8.000,00
Material de copa, cozinha e limpeza	R\$ 3.000,00
Material de Expediente	R\$ 300,00
Material de Consumo	
Serviço de Manutenção e conservação de bens móveis e outras naturezas	R\$ 1.200,00
Serviço de Manutenção de máquinas e equipamentos	R\$ 600,00
Serviços de apoio adm., técnico e operacional	R\$ 1.300,00
Outros Serviços - Pessoa Jurídica	R\$ 3.000,00
Despesas gerais	
Serviços de água e esgoto	R\$ 1.000,00
Serviços de energia elétrica	R\$ 1.300,00
Serviços de telecomunicações	R\$ 300,00
Depreciação	
Móveis	R\$ 1.000,00
Equipamentos	R\$ 500,00
VALOR TOTAL DA PROPOSTA FINANCEIRA MENSAL	R\$ 36.000,00

* Os itens de custeio e investimento contidos na previsão das despesas são meramente exemplificativos.



Anexo II



B) 52 vagas para adultos

ITENS	Valores Estimados
Pessoal - RH	R\$ 24.820,00
Material de Consumo	
Gêneros de Alimentação	R\$ 19.000,00
Material de copa, cozinha e limpeza	R\$ 8.000,00
Material de Expediente	R\$ 700,00
Material de Consumo	
Serviço de Manutenção e conservação de bens móveis e outras naturezas	R\$ 2.500,00
Serviço de Manutenção de máquinas e equipamentos	R\$ 1.300,00
Serviços de apoio adm., técnico e operacional	R\$ 3.300,00
Outros Serviços - Pessoa Jurídica	R\$ 5.000,00
Despesas gerais	
Serviços de água e esgoto	R\$ 2.200,00
Serviços de energia elétrica	R\$ 2.500,00
Serviços de telecomunicações	R\$ 800,00
Depreciação	
Móveis	R\$ 2.000,00
Equipamentos	R\$ 1.200,00
VALOR TOTAL DA PROPOSTA FINANCEIRA MENSAL	R\$ 73.320,00

* Os itens de custeio e investimento contidos na previsão das despesas são meramente exemplificativos.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PMPA
PROCURADORIA GERAL
DO MUNICÍPIO

24

ANEXO III

BALANCETE FINANCEIRO

INSTITUIÇÃO:
PERÍODO DE ANÁLISE:
OBJETO DA PARCERIA:

RECEITA	VALOR	DESPESA	VALOR
REPASSE FMS/ SMS	R\$	CONSUMO	
		DESPESAS DE PESSOAL	
		SERVIÇOS DE TERCEIROS	
		PERMANENTE	
		OUTROS	
TOTAL		TOTAL	

Local e Data: _____

Presidente/Diretor: _____
AssinaturaContador: _____
Assinatura


Anexo III



ANEXO VII

LISTA DE PRESENÇA



INSTITUIÇÃO:	
PERÍODO DE ANÁLISE:	
OBJETO DA PARCERIA:	
Nº Máximo de Vagas:	
Mês/ Competência:	
Nº da vaga:	Tipo da vaga*:
Código do paciente**:	
Local da acolhida:	
Nome da acolhida/ acolhido:	
Dia do mês	Assinatura
1	
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	
26	
27	
28	
29	
30	
31	
TOTAL DE DIAS OCUPADOS:	

* Tipo da vaga*: vaga regular; vaga com especificidade.
** Código paciente: conforme relação de pacientes apresetada pela Instituição.

Local e Data: _____

Presidente/Diretor: _____
AssinaturaContador: _____
Assinatura

Anexo VIII

PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PMPA
PROCURADORIA GERAL
DO MUNICÍPIO

ANEXO VIII

RELAÇÃO DE PACIENTES

INSTITUIÇÃO:
PERÍODO DE ANÁLISE:
OBJETO DA PARCERIA:
Nº Máximo de Vagas:

Mês/Competência:

Código paciente	Nome	Data e Nascimento	Idade	Cartão SUS	RG	CPF	Município de Origem	OD 10
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								

Local e Data: _____

Presidente/Diretor: _____

Assinatura

Contador: _____

Assinatura



Anexo VIII



PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

PMPA
PROCURADORIA GERAL
DO MUNICÍPIO

30

ANEXO IX

OCUPAÇÃO DAS VAGAS

INSTITUIÇÃO:
PERÍODO DE ANÁLISE:
OBJETO DA PARCERIA:
Nº Máximo de Vagas:

Mês/ Competência:

Nº da vaga	Tipo da vaga* (especificação/ idade)	Valor Teto da vaga	Código paciente**	Referência/ Origem***	Ocupação: Data inicial	Ocupação: Data final	Motivo saída	Quantidade de dias ocupados****	Taxa de ocupação da vaga (%)	Valor Bruto por vaga - conforme percentual de ocupação (não considera descontos das Metas, indicados pela Comissão)	
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
		TOTAL R\$	-							TOTAL R\$	-

* Tipo da vaga: vaga regular; vaga com especificidade.

** Código paciente: conforme relação de pacientes apresentada pela Instituição.

*** Referência/ Origem: Indica o serviço que regulou o paciente (ex. CAPSAD...; Internação Judicial, etc)

**** Quantidade de dias ocupados: para esse cálculo considera-se o mês comercial de 30 dias, independente do mês ter 28, 29 ou 31 dias.

Local e Data: _____

Presidente/Diretor: _____
AssinaturaContador: _____
Assinatura


Anexo IX



ANEXO X

Orientações Gerais sobre Ambientação

AMBIENTAÇÃO

De acordo com a RDC ANVISA nº 29/2011, a Comunidade Terapêutica deve possuir os seguintes ambientes:

I- Alojamento

- a) Quartos coletivos com acomodações individuais e espaço para guarda de roupas e de pertences com dimensionamento compatível com o número de residentes e com área que permita livre circulação; e
- b) Banheiro para residentes dotado de bacia, lavatório e chuveiro com dimensionamento compatível com o número de residentes;

II- Setor de reabilitação e convivência:

- a) Sala de atendimento individual;
- b) Sala de atendimento coletivo;
- c) Área para realização de oficinas de trabalho;
- d) Área para realização de atividades laborais; e
- e) Área para prática de atividades desportivas;

III- Setor administrativo:

- a) Sala de acolhimento de residentes, familiares e visitantes;
- b) Sala administrativa;
- c) Área para arquivo das fichas dos residentes; e
- d) Sanitários para funcionários (ambos os sexos);

IV- Setor de apoio logístico:

- a) cozinha coletiva;
- b) refeitório;
- c) lavanderia coletiva;



Anexo X

3

- d) almoxarifado;
- e) Área para depósito de material de limpeza; e
- f) Área para abrigo de resíduos sólidos.

Os ambientes de reabilitação e convivência podem ser compartilhados para as diversas atividades e usos.

Deverão ser adotadas medidas que promovam a acessibilidade a portadores de necessidades especiais.

Todas as portas dos ambientes de uso dos residentes devem ser instaladas com travamento simples, sem o uso de trancas ou chaves.

 Anexo X 

ANEXO XI
DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que a Entidade _____, CNPJ _____, localizada na _____, recebeu recurso no valor de R\$ _____, para a execução da Parceria (Termo - Registro nº _____/20____), no período de _____.

Outrossim, declaramos que as despesas apresentas foram pagas única e exclusivamente através da conta específica, estando vinculadas ao Objeto desta Parceria, perfazendo o montante de R\$ _____, conforme prestação de contas do referido período.

Não obstante, declaramos que os recursos foram aplicados em benefício do Sistema Único de Saúde (SUS).

Assinatura da Direção da Entidade/Representante Legal

O Conselho Fiscal, no uso de suas atribuições, está ciente e aprova as declarações acima.

Assinatura do Representante do Conselho Fiscal

_____, _____ de _____ de 20____.


Anexo XI

