Rua Rio de Janeiro, 300 CEP 16015-150 TELEFAX 18 3636.1100 e-mail: saude@aracatuba.sp.gov.br



O MUNICÍPIO DE ARAÇATUBA E A ASSOCIAÇÃO DAS SENHORAS CRISTÃS "BENEDITA FERNANDES" CELEBRAM ENTRE SI O CONVÊNIO A SEGUIR

CONVÊNIO SMSA Nº096/2018

Pelo presente instrumento, o MUNICÍPIOARAÇATUBA, Prefeitura Municipal de Aracatuba, pessoa jurídica de direito público interno inscrito no Cadastro Nacional das Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda sob o n.º45.511.847/0001-79, com sede à Rua Coelho Neto, n.º 73, Município de Araçatuba, representada por seu Exmo. Prefeito Municipal, o Sr. DILADOR BORGES DAMASCENO, brasileiro, casado, portador da cédula de identidade RG 9.758.697-3 - SSP/SP e do CPF/MF n.º 111.389.126-20 residente e domiciliado à Rua Aquidaban, nº 211, neste município de Araçatuba, por intermédio da Secretária Municipal de Saúde - SMSA, com sede na Rua Rio de Janeiro, nº 300, bairro Vila Mendonça, na cidade de Araçatuba, CEP: 16.010-150, neste ato representado pela Secretária Municipal de Saúde, a SraCARMEM SILVIA GUARIENTE, portadora do RG nº 13.902.849-3, inscrita no CPF/MF sob nº 066.253.878-19, daqui por diante denominado simplesmente como MUNICÍPIO e a ASSOCIAÇÃO DAS SENHORAS CRISTÃS "BENEDITA FERNANDES", entidade filantrópica, inscrita no Cadastro Nacional das Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda sob o n.º 43.762.442-0001-88, com sede na Rua Bastos Cordeiro, nº 1.051, Município de Araçatuba, neste ato representada por seu Diretor Presidente Sr. ANTÔNIO DOMINGOS DE CAMARGO, portador da cédula de identidade RG 6.381.193 SSP/SP e do CPF 704.847.168-91doravante simplesmente denominada ASSOCIAÇÃO, resolvem celebrar a presente pactuação, com fundamento no Art. 116 da Lei nº 8.666/93 e incisoIV do Art. 3º da Lei Federal nº 13.204/2015, sob as seguintes condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA DO OBJETO

Opresente convênio tem por objeto o serviço de atenção psicossocial para atendimento a pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, compatível com a modalidade CAPS AD II (Portaria MS/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002), das 8:00 às 18:00 horas, durante os cinco dias úteis da semana em demanda espontânea e/ou encaminhadas pela Rede de Saúde Municipal.

PARÁGRAFO ÚNICO – Os serviços conveniados serão prestados pelo estabelecimento CENTRO DE ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL CAPS AD, CNES nº6419054, situado à Rua Bastos Cordeiro, nº 1.051, Bairro Santana, Município de Araçatuba.

<u>CLÁUSULA SEGUNDA</u> <u>DAS ESPÉCIES DE SERVIÇOS DE ASSISTÊNCIA</u>

Para o cumprimento do objeto deste convênio, a **ASSOCIAÇÃO** se obriga a oferecer atendimento, conforme discriminado no item 4.5 do Art 4° Portaria MS/GM nº 336, de 19

T. Y

Rua Rio de Janeiro, 300 CEP 16015-150 TELEFAX 18 3636.1100 e-mail: saude@aracatuba.sp.gov.br



de fevereiro de 2002 e suas atualizações, bem como nas diretrizes emanadas da Secretaria Municipal de Saúde.

- I CAPS AD II serviço de atenção psicossocial para atendimento de pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, com capacidade operacional para atendimento em municípios com população superior a 70.000, com as seguintes características:
- a constituir-se em serviço ambulatorial de atenção diária, de referência para área de abrangência populacional definida pelo gestor local;
- b sob coordenação do gestor local, responsabilizar-se pela organização da demanda e da rede de instituições de atenção a usuários de álcool e drogas, no âmbito de seu território;
- c possuir capacidade técnica para desempenhar o papel de regulador da porta de entrada da rede assistencial local no âmbito de seu território e/ou do módulo assistencial, definido na Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS), de acordo com a determinação do gestor local;
- d coordenar, no âmbito de sua área de abrangência e por delegação do gestor local, a atividades de supervisão de serviços de atenção a usuários de drogas, em articulação com o Conselho Municipal de Entorpecentes;
- e supervisionar e capacitar as equipes de atenção básica, serviços e programas de saúde mental local no âmbito do seu território e/ou do módulo assistencial;
- f realizar, e manter atualizado, o cadastramento dos pacientes que utilizam medicamentos essenciais para a área de saúde mental regulamentados pela Portaria/GM/MS nº 1077 de 24 de agosto de 1999 e medicamentos excepcionais, regulamentados pela Portaria/ SAS/MS nº 341 de 22 de agosto de 2001, dentro de sua área assistencial;
- g funcionar de 8:00 às 18:00 horas, em 02 (dois) turnos, durante os cinco dias úteis da semana, podendo comportar um terceiro turno funcionando até às 21:00 horas.
- h manter de 02 (dois) a 04 (quatro) leitos para desintoxicação e repouso.
- II A assistência prestada ao paciente no caps ad ii para pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas inclui as seguintes atividades:
- a atendimento individual (medicamentoso, psicoterápico, de orientação, entre outros);
- b atendimento em grupos (psicoterapia, grupo operativo, atividades de suporte social, entre outras);
- c atendimento em oficinas terapêuticas executadas por profissional de nível superior ou nível médio:
- d visitas e atendimentos domiciliares:
- e atendimento à família;
- f atividades comunitárias enfocando a integração do dependente químico na comunidade e sua inserção familiar e social;
- g os pacientes assistidos em um turno (04 horas) receberão uma refeição diária; os assistidos em dois turnos (08 horas) receberão duas refeições diárias.
- h atendimento de desintoxicação.
- III Recursos humanos: a equipe técnica mínima para atuação no CAPS AD II para atendimento de 25 (vinte e cinco) pacientes por turno, tendo como limite máximo 45 (quarenta e cinco) pacientes/dia, será composta por:

Rua Rio de Janeiro, 300 CEP 16015-150 TELEFAX 18 3636.1100 e-mail: saude@aracatuba.sp.gov.br



- a 01 (um) médico psiquiatra;
- b 01 (um) enfermeiro com formação em saúde mental;
- c 01 (um) médico clínico, responsável pela triagem, avaliação e acompanhamento das intercorrências clínicas;
- d 04 (quatro) profissionais de nível superior entre as seguintes categorias profissionais: psicólogo, assistente social, enfermeiro, terapeuta ocupacional, pedagogo ou outro profissional necessário ao projeto terapêutico; e 06 (seis) profissionais de nível médio: técnico e/ou auxiliar de enfermagem, técnico administrativo, técnico educacional e artesão.

CLÁUSULA TERCEIRA DAS CONDIÇÕES GERAIS

Na execução do presente convênio, os partícipes deverão observar as seguintes condições gerais:

- I Gratuidade das ações e dos serviços de saúde executados no âmbito deste convênio;
- II Atendimento humanizado, de acordo com a Política Nacional de Humanização do SUS e Política de Saúde Mental Rede de Atenção Psicossocial;
- III A área de abrangência do atendimento do CAPS AD II compreende os doze municípios da Região Central da DRS 2.

CLÁUSULA QUARTA DOS ENCARGOS ESPECÍFICOS

São encargos dos partícipes:

I – Da **ASSOCIAÇÃO**:

Cumprir todas as condições especificadas no item 4.5 do Art 4°, Portaria MS/GM n° 336, de 19 de fevereiro de 2002 e suas atualizações, bem como nas diretrizes emanadas da Secretaria Municipal de Saúde.

II – Do **MUNICÍPIO**:

- a) Transferir os recursos previstos nesteconvênio à **ASSOCIAÇÃO**, conforme cronograma de desembolso;
- b) Controlar, fiscalizar e avaliar as ações e os serviços contratados.

CLÁUSULA QUINTA OBRIGAÇÕES DA ASSOCIAÇÃO

- I Submeter-se à regulação instituída pelo gestor;
- II Apresentar, sempre que solicitado, relatórios de atividades que demonstrem, quantitativa e qualitativamente, o atendimento do objeto;
- III Submeter-se as regras e normativas do**MUNICÍPIO**;
- IV Obrigar-se a apresentar o faturamento ambulatorial emcumprimento àsnormas e ao cronograma de entrega definido pelo **MUNICÍPIO**;

Rua Rio de Janeiro, 300 CEP 16015-150 TELEFAX 18 3636.1100 e-mail: saude@aracatuba.sp.gov.br



V – É de responsabilidade exclusiva e integral da Associação a contratação e o pagamento da remuneração dos profissionais necessários para a execução do Convênio, incluindo os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o **MUNICÍPIO**:

VI - A **ASSOCIAÇÃO** responsabilizar-se-á por cobrança indevida, feita ao paciente ou seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução desta parceria;

V- Atualização do CNES - Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde;

VI – Providenciar Licenças , atestados necessários para o funcionamento da unidade de saúde mantendo-as em validade;

VII – Manter atualizado o prontuário do paciente conforme normas legais;

VIII – Respeitar os direitos das pessoas com transtornos mentais e os direitos do usuários do SUS;

IX - Organizar o cuidado na perspectiva de redes de atenção.

CLÁUSULA SEXTA DA PREÇO

O valor anual do presente convênio é de até R\$ 876. 560,16 (Oitocentos e setenta e seis mil, quinhentos e sessenta reais e dezesseis centavos), sendo efetuados repasses mensais no valor de até R\$ 73.046,68 (SETENTA E TRÊS MIL QUARENTA E SEIS REAIS E SESSENTA E OITO CENTAVOS):

Fonte 1 – R\$ 33.266,68 (Trinta e três mil, duzentos e sessenta e seis reais e sessenta e oito centavos)

Fonte 5 - R\$ 39.780,00 (Trinta e nove mil, setecentos e oitenta reais).

PARÁGRAFO PRIMEIRO - O valor estipulado acima é composto pelo incentivo financeiro transferido mensalmente na modalidade Fundo a Fundo pelo Ministério da Saúde e recursos próprio do tesouro municipal.

PARÁGRAFO SEGUNDO –O pagamento da parcelas mensal será realizado até o 5º dia útilde cada mês.

PARÁGRAFO TERCEIRO - A atualização do valor deste convênio será reajustada na mesma proporção , índices e épocas dos reajustes concedidos pelo Ministério de Saúde.

<u>CLÁUSULA SÉTIMA</u> DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes com a execução deste convênio, correrão por conta de verbas próprias do orçamento vigente, suplementadas se necessário e terá a seguinte classificação orçamentária :

Rua Rio de Janeiro, 300 CEP 16015-150 TELEFAX 18 3636.1100 e-mail: saude@aracatuba.sp.gov.br



022002 Departamento de Assistência Especializada, 10.302.0033-2.109 Funcional Programática, 3.3.90.39.11 - Outros Serviços de Terceiro Pessoa Jurídica SIA-SUA (Serv. Med. Hosp.), Fonte 01, Cod. Aplicação 310.0000, Ficha 1038.

022002 Departamento de Assistência Especializada, 10.302.0033-2.109 Funcional Programática, 3.3.90.39.11 - Outros Serviços de Terceiro Pessoa Jurídica SIA-SUA (Serv. Med. Hosp. Lab.), Fonte 05, Cod. Aplicação 302.0001, Ficha 1039.

PARÁGRAFO ÚNICO – Nos exercícios financeiros futuros as despesas correrão à conta das respectivas dotações, no orçamento da Secretaria Municipal de Saúde.

CLÁUSULA OITAVA DA PRESTAÇÃO DE CONTAS E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

A prestação de contas, bem como o pagamento pela execução dos serviços conveniados, observarão:

I -A **ASSOCIAÇÃO** apresentará ao **MUNICÍPIO**, os documentos referentes aos serviços conveniados efetivamente prestados, obedecendo, para tanto, o procedimento e os prazos estabelecidos pelo**MUNICÍPIO**;

II -As contas rejeitadas pela conferência técnica e administrativa, serão devolvidas à **ASSOCIAÇÃO** para as correções cabíveis, devendo ser reapresentadas no prazo estabelecido pelo **MUNICÍPIO**.

<u>CLÁUSULA NONA</u> DO CONTROLE, AVALIAÇÃO, VISTORIA E FISCALIZAÇÃO

A execução do presente convênio será avaliada pelo**MUNICÍPIO**, mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste convênio, e de quaisquer outros dados necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados.

A fiscalização do convênio será de responsabilidade da Direção da Divisão de Saúde Mental – Departamento de Atenção Especializada- Secretaria Municipal de Saúde.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - A **ASSOCIAÇÃO** facilitará, ao**MUNICÍPIO**, o acompanhamento e a fiscalização permanente dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos servidores do **MUNICÍPIO** designados para tal fim.

PARÁGRAFO SEGUNDO - Em qualquer hipótese é assegurado à ASSOCIAÇÃO amplo direito de defesa, nos termos das normas gerais da lei federal de licitações e contratos administrativos.

<u>CLÁUSULA DÉCIMA</u> <u>DA DENÚNCIA</u>

Rua Rio de Janeiro, 300 CEP 16015-150 TELEFAX 18 3636.1100 e-mail: saude@aracatuba.sp.gov.br



Qualquer um dos partícipes poderá denunciar o presente convênio, com comunicação do fato, por escrito, com antecedência mínima de 60 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 90 dias para o encerramento deste convênio.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA DA ALTERAÇÃO

As alterações para exclusão ou inclusão de serviços, far-se-ão por simples aditamentos.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO

O prazo de vigência do presente **CONVÊNIO** será de até 12 (doze) meses, contados a partir da sua assinatura, podendo ser prorrogado conforme disposto no artigo 57 da Lei Federal 8.666/93, a critério da administração, por iguais e sucessivos períodos até o limite legal, que fica condicionado à aprovação das dotações próprias para as referidas despesas no orçamento do Tesouro do Município.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA DO FORO

Fica eleito o foro da Comarca de Araçatuba, excluindo qualquer outro por mais privilegiado que seja, para dirimir dúvidas não resolvidas amigavelmente.

Assim, justas e acertadas, assinam o presente convênio em 02 (duas) vias de igual teor e forma, perante duas testemunhas a tudo cientes que também o assinam.

Prefeitura Municipal de Araçatuba, 29 de junho de 2018.

DILADOR BORGES DAMASCENO

-PREFEITO MUNICIPAL-

ANTÔNIO DOMINGO DE CAMARGO DIRETOR PRESIDENTE - ASSOCIAÇÃO DAS

SENHORAS CRISTÃS BENEDITA FERNANDES

CARMEM SÍLVIA GUARIENTE - SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE -

TESTEMUINHAS:

manicie hute 25: 18.890.500 Wielele 2 ottorom 47.167.640-8

Rua Rio de Janeiro, 300 CEP 16015-150 TELEFAX 18 3636.1100 e-mail: saude@aracatuba.sp.gov.br



TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO

CONTRATANTE: MUNICÍPIO DE ARAÇATUBA

CONTRATADA: ASSOCIAÇÃO DAS SENHOTAS CRISTÃS "BENEDITA FERNANDES"

CONVÊNIO SMSA Nº096/2018

OBJETO: serviço de atenção psicossocial para atendimento a pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, compatível com a modalidade CAPS AD II (Portaria MS/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002), das 8 às 18h, durante os cinco dias úteis da semana em demanda espontânea e/ou encaminhadas pela Rede de Saúde Municipal

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

Outrossim, declaramos estar cientes, doravante, de que todos os despachos e decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, de conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar n° 709, de 14 de janeiro de 1993, precedidos de mensagem eletrônica aos interessados.

Araçatuba, 29 de junho de 2018.

DILADOR BORGES DAMASCENO - PREFEITO MUNICIPAL -

ANTÔNIO DOMINGOS DE CAMARGO
- DIRETOR PRESIDENTE –
ASSOCIAÇÃO DAS SENHORAS CRISTÃS
"BENEDITA FERNANDES"

Je.

Rua Rio de Janeiro, 300 CEP 16015-150 TELEFAX 18 3636.1100 e-mail: saude@aracatuba.sp.gov.br



CADASTRO DOS SIGNATÁRIOS DO TERMO ADITIVO

ÓRGÃO: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CONTRATANTE: MUNICÍPIO DE ARAÇATUBA

CONTRATADA: ASSOCIAÇÃO DAS SENHORAS CRISTÃS "BENEDITA FERNANDES"

CONVÊNIO SMSA Nº096/2018

OBJETO:serviço de atenção psicossocial para atendimento a pacientes com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, compatível com a modalidade CAPS AD II (Portaria MS/GM nº 336, de 19 de fevereiro de 2002), das 8 às 18h, durante os cinco dias úteis da semana em demanda espontânea e/ou encaminhadas pela Rede de Saúde Municipal

Nome	DILADOR BORGES DAMASCENO
Cargo	Prefeito Municipal
RG/CPF n.°	9.758.697-3 // 111.389.126-20
Endereço Residencial (*)	Rua Aquidaban, 211 - Vila Mendonça, Araçatuba-SP.
Endereço Comercial	Rua Coelho Neto, 73 - Vila São Paulo, Araçatuba-SP.
Telefones	(18) 3607-6500
Email Pessoal	dilador@gmail.com
Email Institucional	dilador@aracatuba.sp.gov.br

Nome	CARMEM SÍLVIA GUARIENTE
Cargo	Secretária Municipal de Saúde.
RG/CPF n.º	13.902.849-3 // 066.253.878-19
Endereço Residencial (*)	Rua Prudente de Moraes n.º 765 - Centro, Guararapes-SP.
Endereço Comercial	Rua Rio de Janeiro n.º 300 - Vila Mendonça, Araçatuba-SP.
Telefones	(18) 3636-1145
Email Pessoal	cs.guariente@gmail.com
Email institucional	saude@aracatuba.sp.gov.br

Nome	ANTÔNIO DOMINGOS DE CAMARGO
Cargo	Diretor Presidente
RG/CPF n.º	RG 6.381.193 SSP/SP
Endereço Residencial (*)	Rua José Lourenço, 311, Araçatuba
Endereço Comercial	Rua Bastos Cordeiro, 1.051, Araçatuba
Telefone	
Email Pessoal	
Email institucional	gerenciaadm.hm@ascbeneditafernandes.com.br

(*) Não deve ser o endereço do Órgão/Poder. Deve ser o endereço onde poderá ser encontrado, caso não esteja mais exercendo o mandato ou cargo.

(Aditamento aprovado pela Resolução 06/06 - D.O.E. de 17/08/06)

-n & L