

**CHAMADA PÚBLICA PARA SELEÇÃO DE INSTITUIÇÃO QUE PRESTA SERVIÇOS DE  
EQUOTERAPIA PARA O ATENDIMENTO DE PESSOAS COM DEFICIÊNCIA FÍSICA E/OU  
INTELLECTUAL Nº 02/2018- CPCS-SMS. G**

PROCESSO: 6018.2018/0042713-6

ABERTURA: data da publicação no Diário Oficial da Cidade

ENCERRAMENTO: 15 dias após a data da publicação no Diário Oficial da Cidade

**JUSTIFICATIVA:**

A Política Nacional de Atenção a Saúde da Pessoa com Deficiência tem como seus propósitos gerais um amplo leque de possibilidades, que vai da prevenção de agravos à proteção da saúde, passando pela reabilitação, e visa proteger a saúde da pessoa com deficiência, reabilitar em sua capacidade funcional e o desempenho humano, contribuindo para sua inclusão em todas as esferas da vida social e prevenção dos agravos. Suas principais diretrizes a serem implementadas solidariamente nas três esferas de gestão, incluindo as parcerias interinstitucionais necessárias, são: a promoção da qualidade de vida; a prevenção de deficiências; a atenção integral à saúde; a melhoria dos mecanismos de informação; a capacitação de recursos humanos e a organização e funcionamento dos serviços.

Com relação à EQUOTERAPIA, consideramos:

- a importância de implementar recursos terapêuticos que possibilitem a agilidade e otimização do processo de reabilitação da pessoa com deficiência física e/ou intelectual, de modo a contribuir para a sua independência e participação nas esferas da vida social;
- que, de acordo com a Organização das Nações Unidas - ONU (1996), a reabilitação é um processo que visa proporcionar as pessoas com deficiência condições de alcançar e manter uma situação funcional adequada do ponto de vista físico, sensorial, intelectual, psíquico ou social, através de meios que o auxiliem a modificar sua própria vida e torna-lo mais independente, abrangendo medidas com o objetivo de proporcionar e restabelecer funções, compensar a perda ou a falta de uma função ou uma limitação funcional. Abarca, portanto, uma ampla variedade de medidas e atividades, desde a reabilitação básica e geral até as atividades de orientação específica;
- que, segundo a Organização PAN-AMERICANA DE SAÚDE – OPAS (1995), a reabilitação como serviço “é um conjunto de ações de atenção à saúde e, portanto, um componente imprescindível da promoção, da proteção e da assistência às pessoas na manutenção de sua saúde e bem estar, bem como de sua família e da comunidade”;
- que tem o seu reconhecimento como método terapêutico aprovado pelo CFM - Conselho Federal de Medicina através do Parecer 06/97 de 09.04.1997 e pelo COFFITO – Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, RESOLUÇÃO Nº. 348/2008 de 27.03.2008 – utiliza o cavalo (hippoterapia) dentro de uma abordagem interdisciplinar nas áreas de saúde e educação, como recurso cinésio-terapêutico e cinético-ocupacional, em consonância com a classificação internacional de funcionalidade (CIF), buscando o desenvolvimento biopsicossocial de pessoas com deficiência e/ou necessidades especiais;
- o interesse crescente dos usuários do município de São Paulo para o atendimento em EQUOTERAPIA, sendo reconhecido cientificamente no campo da reabilitação e reeducação;
- que se constitui em um método terapêutico/educacional que desenvolve o controle postural do praticante pelo estímulo à via dos substratos de controle motor, contribui para o

desenvolvimento da força, tônus muscular, flexibilidade, relaxamento, conscientização do próprio corpo, reações de ajuste, aperfeiçoamento da coordenação motora e do equilíbrio;

- que, ainda, tem por finalidade melhorar a socialização, autoconfiança e auto-estima, proporcionando, desta forma, benefícios físicos, psíquicos, educacionais, sociais e de cidadania.

O município de São Paulo, representado pela Secretaria Municipal de Saúde, torna público a abertura da Chamada Pública para seleção de Instituição que presta Serviços de EQUOTERAPIA para o atendimento de pessoas com deficiência física e/ou intelectual nº .../2018- CPCS-SMS. G

## **1. DO OBJETO**

**1.1** A presente CHAMADA PUBLICA tem por objeto a seleção de Instituição privada, sem fins lucrativos, interessada e capacitada a oferecer assistência na área da saúde às pessoas com deficiência física e/ou intelectual que necessitam de reabilitação na modalidade de EQUOTERAPIA por acompanhamento de equipe multiprofissional.

## **2. DA ELEGIBILIDADE DAS INSTITUIÇÕES PARTICIPANTES**

**2.1** Ser instituição privada sem fins lucrativos que desenvolve atividade de saúde localizada no município de São Paulo;

**2.2** Possuir registro atualizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES).

**2.3** Possuir equipe multiprofissional de reabilitação, com: pelo menos 02 (dois) fisioterapeutas; 01 (um) terapeuta ocupacional; 01 (um) psicólogo, que possuam Curso de Capacitação Básica em Equoterapia ou experiência mínima de 01 (um) ano na modalidade terapêutica; 01 (um) instrutor de equitação e 01 (um) condutor auxiliar-guia para cada animal.

**2.4** Apresentar as inscrições destes profissionais nos respectivos conselhos de classe, bem como cópia do certificado do curso de capacitação e/ou experiência mínima de 01 (um) ano na modalidade.

**2.5** Atender rigorosamente aos critérios para inclusão do paciente:

- a) ser munícipe de São Paulo e necessite de tratamento especializado em EQUOTERAPIA nas fases de hipnoterapia e educação/reeducação;
- b) ter relatório médico constando diagnóstico e atestando que não existe contraindicação para realização da EQUOTERAPIA;
- c) ser avaliado e encaminhado pelos Centros Especializados em Reabilitação (CERs) e Núcleos Integrados de Reabilitação (NIRs) do município de São Paulo;
- d) ter idade a partir de 03 (três) anos;
- e) ter deficiência física e/ou intelectual;
- f) dar atendimento prioritário a crianças com deficiência múltipla;
- g) do agendamento: a Instituição deverá disponibilizar as vagas de agendamento para avaliação exclusivamente no SISTEMA SIGA-SAÚDE de acordo com as disposições da Portaria nº 349/2015-SMS.G, incluindo o registro da confirmação de presença, atendimento ou não atendimento, quando for o caso e demais orientações e diretrizes da Coordenadoria de Regulação;
  - i) Frequência: O atendimento ao usuário será realizado em sessão de 45 minutos;
  - ii) Faltas:
    - o paciente que faltar em 02 (duas) sessões consecutivas em um intervalo de 30 dias, ou 03 (três) faltas intercaladas em um espaço de 60 dias, será desligado e a sua vaga será disponibilizada à SECRETARIA;
    - nos casos com necessidade de afastamento de 30 dias ou mais será necessário relatório/atestado médico comprovando a justificativa da ausência/afastamento.
- h) registrar em prontuário todas as ações desenvolvidas com os usuários e familiares;

- i) desenvolver projeto terapêutico individualizado;
- j) realizar reavaliações a cada 03 (três) meses, com registro em prontuário;
- l) realizar discussões de casos, quando necessário, com os CERs ou NIRs.
- m) no momento de alta ou fim do período de 12 meses de atendimento, enviar para as Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS) um relatório com a evolução funcional de cada pessoa atendida.
- n) contraindicações: poderá ser contraindicada cardiopatias graves; distúrbios cardiopáticos com marca passo/enfartos repetidos; epilepsia e convulsões não controladas; escoliose acima de 30º; hemofilia; hérnia de disco/espondilolistese; hidrocefalia com válvula; hidrocele; hipertensão não controlada; instabilidade atlanto-axial; luxação ou subluxação de quadril; luxação ou subluxação de ombro; osteoporose moderada/grave; pacientes acima de 80 kg.

### **3. DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO**

**3.1.** As entidades interessadas deverão entregar diretamente na Divisão de Controle da Assistência Complementar (DCAC) o envelope (**ANEXO I**) lacrado e identificado, contendo Ofício dirigido ao Secretário Municipal da Saúde subscrito por responsável legal da Instituição e a documentação que comprove a capacidade técnica, regularidade fiscal e trabalhista por meio de cópias (ou protocolos), listando todos os documentos entregues, abaixo discriminados:

- 3.1.1 Prova de Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ).
- 3.1.2 Contrato ou Estatuto Social devidamente registrado e com as alterações posteriores, se houver.
- 3.1.3. Ata de Eleição da atual diretoria, quando se tratar de Estatuto Social.
- 3.1.4. Registro Geral (RG) e Cadastro de Pessoa Física (CPF) do responsável legal pela Instituição.
- 3.1.5 Certidão de Crimes Eleitorais <http://www.tse.jus.br/eleitor/certidoes/certidao-de-crimes-eleitorais> e, (Do Responsável )
- 3.1.6 Certidão de Quitação Eleitoral <http://www.tse.jus.br/eleitor/certidoes/quitacao-eleitoral> (Do Responsável)
- 3.1.7 Certificado de Regularidade do Fundo de Garantia – CRF.
- 3.1.8 Certidão Conjunta Negativa de débitos relativos aos tributos federais e à dívida ativa da União, expedido pelo Ministério da Fazenda.
- 3.1.9 Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas - CNDT
- 3.1.10 Cadastro Informativo Municipal – CADIN.
- 3.1.11 Certidão Negativa de Tributos Mobiliários da PMSP ou documento que comprove a sua isenção.
- 3.1.12 Certificado de Entidade Beneficente de Assistência Social – CEBAS, se houver.
- 3.1.13 Alvará Sanitário expedido pela Vigilância Sanitária.
- 3.1.14 Cadastro Nacional Estabelecimento de Saúde – CNES.
- 3.1.15. Comprovante do tempo de atuação em EQUOTERAPIA.
- 3.1.16. Documentação do responsável técnico para execução dos serviços de EQUOTERAPIA:
  - a) Documento de Identidade.
  - b) Cadastro de Pessoa Física (CPF).
  - c) Registro no Conselho Profissional da Categoria.
  - d) "Curriculun Vitae" que comprove experiência na área.

3.1.17 Declaração de todos os sócios e/ou diretores, que não ocupam Cargo ou Função de Chefia ou Assessoramento na área pública de saúde, em qualquer nível e no âmbito do município de São Paulo (**ANEXO II**)

3.1.18 Declaração de todos os sócios e/ou diretores em cumprimento ao Art. 7º do Decreto nº 3.1.19 de 04 de junho de 2012, nos moldes do (**ANEXO III**).

3.1.20 Declaração firmada pelo responsável legal da Instituição, conforme modelo (**ANEXO IV**)

3.1.21 Declaração que não emprega menor de idade (**ANEXO V**)

3.1.22 Declaração de inexistência de impedimento legal para contratar com a administração pública (**ANEXO VI**)

3.1.23 Qualificação Econômico-Financeira contendo:

a) Balanço patrimonial e demonstrações contábeis do último exercício social, já exigíveis e apresentados na forma da lei, que comprovem a boa situação financeira da empresa, vedada sua substituição por balanço ou balancetes provisórios, podendo ser atualizados por índices oficiais quando encerrados há mais de três meses da data de apresentação da proposta. Os balanços e demonstrações devem conter os registros no órgão competente e estar devidamente assinados pelo administrador da empresa e pelo profissional habilitado junto ao Conselho Regional de Contabilidade – CRC, e vir acompanhados dos termos de abertura e de encerramento.

b) A empresa deverá apresentar análise econômica financeira nos termos do ANEXO VII, restando consignado que não será habilitada a instituição que obtiver índices de liquidez corrente, liquidez e solvência geral menor que 1,00.

3.1.23.1 A empresa que não tiver alcançado os índices exigidos no subitem anterior será habilitada desde que possua capital social equivalente a 5% (cinco por cento) do valor médio estimado de contratação:

3.1.23.2 Somente as Instituições que ainda não tenham completado seu primeiro exercício fiscal poderão comprovar a sua capacidade econômico-financeira por meio de balancetes mensais, conforme o disposto na Lei federal 8.541/92.

3.1.23.3 Instituições optantes pelo “Simples Nacional”:

i. De acordo com a Lei Complementar nº 123/06, art.26 §4ªA: a escrituração fiscal digital ou obrigação equivalente não poderá ser exigida de microempresa ou empresa de pequeno porte optante pelo Simples Nacional.

ii. De acordo com o art. 13ª da Resolução CGSN nº 28 de 21 de janeiro de 2008/99 a microempresa ou empresa de pequeno porte optante pelo Simples Nacional poderá opcionalmente adotar Contabilidade Simplificada para os registros e controles de operações realizadas.

iii. De acordo com o inciso I do artigo 527, do Decreto 3.000/99 a microempresa ou empresa de pequeno porte optante pelo Simples Nacional deverá manter escrituração contábil nos termos da legislação comercial.

iv. Deverão apresentar balanço e demonstrações contábeis do último exercício.

c) Certidão negativa de falência, recuperação judicial e extrajudicial, expedida pelo distribuidor da sede da pessoa jurídica.

**3.1.24.** Cópia da apólice de seguro para cobertura de eventual acidente que possa vir a ocorrer com o paciente durante as atividades de EQUOTERAPIA, que deverá ser apresentado no ato da contratação.

**3.1.25.** Apresentação de PLANO DE TRABALHO contendo:

a) Breve histórico da Instituição

b) Justificativa

c) Objetivos do projeto

- d) Objetivos específicos
- e) Recursos humanos
- f) Beneficiários diretos
- g) Abrangência geográfica
- h) Metodologia
- i) Metas
- j) Dinâmica de trabalho
- k) Descrição do Projeto Terapêutico Individualizado.
- l) Número de sessões, dias da semana e horário de atendimento oferecidos.
- m) Descrição do fluxo de encaminhamento e serviços de referência em casos de acidentados.
- n) Proposta do valor da sessão com duração de 45 minutos.

**3.1.26** Comprovante de conta corrente no Banco do Brasil( copia de folha de cheque ou extrato de conta corrente ou declaração do gerente da agencia contendo nome, CNPJ, nº conta e agencia)

#### **4. DA FONTE DE RECURSO**

O valor global do objeto desta chamada pública é de R\$ 250.000,00 (duzentos e cinquenta mil reais), Fonte00, oriundos de crédito adicional suplementar, prevista no Orçamento Fundo Municipal de Saúde, onerando a dotação orçamentária nº ..... - Ações Voltadas para Políticas Públicas - para descongelamento e anulação, repassados em parcela única.

#### **5. DO PREÇO DE REFERÊNCIA**

O valor da sessão indicado foi apurado para efeito de estimar-se o valor do objeto do presente a partir do Preço de Referência praticado no Edital de Credenciamento nº 001/2010, publicado no DOC Nº 8 de 13/01/11 - p.15, e que foi ajustado para no máximo de R\$ 74,55 (setenta e quatro reais, cinquenta e cinco centavos) por sessão de no mínimo 45 minutos de duração.

#### **6. DO PERÍODO DE VIGÊNCIA**

O valor global disponível para o custeio desse programa será de até R\$ 250.000,00 (duzentos e cinquenta mil reais), repassados em parcela única, e a prestação de serviço será de acordo com o previsto no PLANO DE TRABALHO aprovado pela Área Técnica de Saúde da Pessoa com Deficiência, em até 60 meses contados a partir da data de assinatura do Termo ou até que se esgote o recurso.

**7. DA PRESTAÇÃO DE CONTAS:** A conveniada encaminhará mensalmente ao Departamento de Contratos Assistenciais Complementares (DCAC) o documento constante do ANEXO UNICO do Termo de Convenio, após medição dos atendimentos pelo DCAC o anexo será encaminhado à Coordenação de Regulação para que seja atestado o "a contento" da prestação de contas.

#### **8. DOS PARTICIPANTES**

As Instituições interessadas em participar da presente CHAMADA PUBLICA deverão entregar a documentação discriminada no item 3 à partir da data de publicação, na Secretaria Municipal da Saúde/CPCS/DCAC situada na Rua General Jardim, 36, 6º andar, das 09 às 17 horas, pelo prazo de 15 dias corridos.

#### **9. DA AVALIAÇÃO TÉCNICA, DA HABILITAÇÃO E JULGAMENTO.**

A Comissão Examinadora analisará o conjunto da documentação entregue por todos os estabelecimentos interessados, no prazo de 03 (três) dias úteis a contar da data final de entrega dos documentos.

**9.1** Serão habilitadas as Instituições que cumprirem todos os requisitos constantes do item 3 - **DA DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO.**

**9.2** As Instituições que não atenderem aos requisitos serão consideradas inabilitadas.

**9.3** A relação das Instituições habilitadas e inabilitadas será publicada no Diário Oficial da Cidade de São Paulo, e no sítio da prefeitura: <http://www.capital.sp.gov.br/portalmmsp/homec.jsp>.

**9.4** A Instituição que for considerada inabilitada terá o prazo de 05 (cinco) dias úteis contados a partir da data de publicação no Diário Oficial da Cidade de São Paulo, para recorrer quanto a sua inabilitação, conforme o estabelecido no Item I da alínea a, do Art.109º, da Lei Federal 8666/93 e suas alterações posteriores. Os prazos somente começam a correr a partir do primeiro dia útil após a publicação no Diário Oficial da Cidade.

**9.5** Os recursos deverão ser dirigidos ao Presidente da Comissão e protocolizados em dias úteis, das 09h00 às 17h00, no Departamento de Contratos Assistenciais Complementares – DCAC/SMS.G, Rua General Jardim nº 36, 6º andar, Vila Buarque, Capital, por meio de ofício acondicionado em envelope lacrado.

**9.6.** A Instituição requerente deverá apontar, argumentar e comprovar, de forma clara e objetiva, as razões que a levam ao pedido.

**9.7.** Não serão reconhecidos os recursos interpostos após os respectivos prazos legais.

**9.8.** O recurso será julgado pela Comissão e o resultado será publicado no Diário Oficial do Município de São Paulo.

**9.9** Decorridos todos os prazos, será declarada **VENCEDORA** pela Comissão Examinadora a Instituição que apresentar o menor preço, ou seja, apresentar o maior desconto sobre o valor máximo estimado de R\$ 74,55 (setenta e quatro reais, cinquenta e cinco centavos) por sessão de 45 minutos de duração.

**9.10** Na situação de empate entre instituições que apresentarem o mesmo valor por sessão será selecionada a que tiver comprovado maior tempo de atuação em equoterapia, conforme item 3.1.15.

**9.11** Permanecendo o empate, será realizado sorteio, pela Comissão Examinadora, entre todas as Instituições habilitadas e empatadas.

**9.12** A Instituição **VENCEDORA** será publicada no Diário Oficial da Cidade de São Paulo, e no sítio da prefeitura: <http://www.capital.sp.gov.br/portalmmsp/homec.jsp>.

**9.13** A Instituição que não for considerada **VENCEDORA** terá o prazo de 05 (cinco) dias úteis contados a partir da data de publicação no Diário Oficial da Cidade de São Paulo, para recorrer quanto a sua condição, conforme o estabelecido no Item I da alínea a, do Art.109º, da Lei Federal 8666/93 e suas alterações posteriores. Os prazos somente começam a correr a partir do primeiro dia útil após a publicação no Diário Oficial da Cidade.

**9.14** A homologação do resultado final da Instituição declarada **VENCEDORA**, pela autoridade competente, será publicada no Diário Oficial da Cidade de São Paulo, e no sítio da prefeitura: <http://www.capital.sp.gov.br/portalmmsp/homec.jsp>, estando esta selecionada para a realização do convênio.

## **10. DO PRAZO RECURSAL DA CHAMADA PUBLICA**

**10.1.** A entidade considerada inabilitada ou não vencedora terá o prazo de 05 (cinco) dias úteis para apresentar recurso, contados da data da publicação, no Diário Oficial da Cidade de São Paulo e/ou sítio oficial da Prefeitura, conforme especificado nos itens anteriores.

**10.2.** O recurso será julgado pela Comissão, e o resultado será publicado no Diário Oficial da Cidade de São Paulo e no sítio oficial da Prefeitura: <http://www.capital.sp.gov.br/portalmmsp/homec.jsp>.

## **11. DA IMPUGNAÇÃO DA CHAMADA PÚBLICA:**

**11.1.** Qualquer pessoa, física ou jurídica é parte legítima para solicitar esclarecimentos ou providências em relação a esta CHAMADA PÚBLICA ou, ainda, para impugna-lo, desde que o faça em até 05 (cinco) dias úteis após a data de sua publicação.

**11.2.** As impugnações ou pedidos de esclarecimentos sobre a CHAMADA PÚBLICA deverão ser dirigidos ao Presidente da Comissão e protocolados em dias úteis, das 09h00 às 17h00, no Departamento de Contratos Assistenciais Complementares – DCAC/SMS. G, Rua General Jardim nº 36, 6º andar, Vila Buarque, Capital.

**11.3.** O Presidente da Comissão deverá decidir sobre a impugnação no prazo de 03 (três) dias úteis, contados a partir da protocolização do requerimento.

**11.4.** O acolhimento ao pedido de impugnação implicará na suspensão da presente devendo ser designada nova data para a publicação de nova CHAMADA PÚBLICA.

**11.5.** A solicitação de impugnação deverá, obrigatoriamente, estar acompanhada de apresentação de CPF ou RG, em se tratando de pessoa física, e de CNPJ, em se tratando de pessoa jurídica (por documento original ou cópia), bem como do respectivo ato constitutivo e procuração, na hipótese de procurador, que comprove que o signatário, efetivamente, representa e possui poderes de representação da impugnante.

## **12. DA HOMOLOGAÇÃO**

Atendidas as exigências da CHAMADA PÚBLICA e estando regular o processo, o resultado da VENCEDORA será homologado.

## **13. DA CELEBRAÇÃO DO CONVÊNIO (ANEXO VIII)**

**13.1.** A SECRETARIA celebrará convênio de prestação de serviço com apenas uma instituição habilitada e declarada vencedora.

## **14. DOS IMPEDIMENTOS**

Não poderá participar do processo da CHAMADA PÚBLICA:

**14.1** A entidade que estiver em processo de insolvência ou dissolução.

**14.2** A entidade que estiver cumprindo penalidade de suspensão temporária do direito de contratar com a Administração Municipal.

**14.3** A entidade que tenha sido suspensa ou declarada inidônea para licitar ou contratar com a Administração por qualquer órgão da Administração Direta e Indireta Federal, Estadual ou Municipal.

**14.4** A entidade registrada no CADIN MUNICIPAL, instituído pela Lei. 14.094, de 06 de dezembro de 2005.

**14.5** A entidade que tenha como dirigente membro do Poder ou do Ministério Público, servidor ou dirigente de órgão da administração pública municipal, estendendo-se a vedação aos respectivos cônjuges, ou companheiros, bem como parentes em linha reta, colateral ou por afinidade, até segundo grau.

**14.6** A entidade que tenha tido as contas rejeitadas pela Administração Pública nos últimos 5 anos, exceto se for sanada a irregularidade que motivou a rejeição e quitados os débitos eventualmente imputados, se for reconsiderada ou revista a decisão pela rejeição ou se a prestação das contas estiver pendente de decisão sobre recurso com efeito suspensivo.

## **15. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:**

**15.1.** A presente CHAMADA PÚBLICA terá validade por 15 (quinze) dias a partir da publicação, podendo ser prorrogado por igual período.

**15.2.** Convocada para assinatura do Convênio, a selecionada não poderá se furtar de prestar os serviços, ficando esclarecido que a desistência posterior acarretará as sanções previstas no Capítulo IV da Lei Federal 8.666/93.

**15.3.** Fica reservada à Secretaria Municipal da Saúde a faculdade de revogar a presente CHAMADA PÚBLICA, de acordo com a conveniência e oportunidade da Administração, sem assistir às entidades direito a indenização, assegurado o direito do contraditório e ampla defesa.

**15.4.** Será motivo de rescisão do convênio, a qualquer tempo, a Instituição que não mantiver as condições exigidas para habilitação durante o curso do convênio, bem como rejeitar qualquer paciente, sem apresentar as razões objetivas que justifiquem a conduta adotada, ou ainda, que incida nas causas de rescisão contratual descritas na cláusula décima segunda do Termo de Convênio que constitui o anexo VIII deste Edital.

**15.5.** Fica eleito o foro da Capital, por mais privilegiado que outro seja, para dirimir as questões que não puderem ser, amigavelmente, resolvidas pelas partes.

**PRESIDENTE DA COMISSÃO**



**(ANEXO I)**

MODELO DE ENVELOPE

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO PAULO/CPCS/DCAC

CHAMADA PÚBLICA PARA SELEÇÃO DE INSTITUIÇÃO QUE PRESTA SERVIÇOS DE EQUOTERAPIA

RUA GENERAL JARDIM, Nº 36, 6º ANDAR - VILA BUARQUE, SÃO PAULO, SP CEP-01226-010

NOME DA INSTITUIÇÃO

## ANEXO II

### papel timbrado da Instituição interessada DECLARAÇÃO

(A ser preenchida por todos os sócios e/ou diretores)

Nos termos do Artigo 9º, III da Lei 8.666 e do Artigo 179, XVII da Lei 8.989/79 – Estatuto dos Servidores Públicos do Município de São Paulo eu, (nome completo)....., portador do RG....., CPF ..... brasileiro(a), residente à ..... na qualidade de proprietário(a) / Presidente / Diretor / sócio(a) da (nome da empresa) ..... CNPJ..... com sede à Rua..... CEP.....São Paulo, declaro que não sou dirigente ou membro do Poder ou Ministério Público e não ocupo cargo público ou função pública de chefia ou assessoramento na área pública municipal, e que não possuo em meu quadro social / societário servidor(es) público(s) municipal(ais) (independente da posição ocupada por este(s) nos quadros do funcionalismo municipal).

Estou ciente que a vedação estende-se aos respectivos cônjuges, ou companheiros, bem como parentes em linha reta, colateral ou por afinidade, até segundo grau

Data

Assinatura

Nome completo

## ANEXO III

papel timbrado da Instituição interessada

### 1. IDENTIFICAÇÃO DA ENTIDADE SEM FINS LUCRATIVOS:

NOME: \_\_\_\_\_

CNPJ : \_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

### 3. DECLARAÇÃO:

DECLARO ter conhecimento das hipóteses de inelegibilidade previstas na Lei Complementar nº 64, de 18 de maio de 1990, alterada pela Lei Complementar nº 135, de 4 de junho de 2010, que são descritas no artigo 1º do Decreto nº 53.177, de 04 de junho de 2012, e que

( ) **não incorro** em nenhuma das hipóteses.

( ) **incorro** nas hipóteses descrita(s) no(s) inciso(s) \_\_\_\_\_ do referido artigo.

( ) **tenho dúvidas** se incorro ou não na(s) hipótese(s) de inelegibilidade prevista(s) no(s) inciso(s) \_\_\_\_\_ do referido artigo, e, por essa razão, apresento os documentos, certidões e informações complementares que entendo necessários à verificação das hipóteses de inelegibilidade.

DECLARO, ainda, sob as penas da Lei, em especial aquelas previstas na Lei Federal nº 7.115, de 29 de agosto de 1983 e no art. 299 do Código Penal (Falsidade Ideológica), que as informações aqui prestadas são verdadeiras.

São Paulo, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura do declarante

### 2. IDENTIFICAÇÃO DO (A) DIRETOR (A) DA ENTIDADE:

NOME: \_\_\_\_\_

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

CARGO/FUNÇÃO/EMPREGO : \_\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_

## ANEXO IV

(papel timbrado da Instituição interessada)

### DECLARAÇÃO

Pelo presente instrumento, (nome da instituição), CNPJ....., com sede na .....por meio do seu responsável legal, tendo em vista a CHAMADA PUBLICA PARA SELEÇÃO DE INSTITUIÇÃO QUE PRESTA SERVIÇOS DE EQUOTERAPIA para o atendimento de pessoas com deficiência física e/ou intelectual nº .../2018- CPCS-SMS. G, declara, sob as penas da lei, que:

- 1) Tem disponibilidade de prestar atendimento, conforme as regras do Sistema Único de Saúde, obedecendo às disposições éticas e técnicas dos respectivos Conselhos Profissionais Regionais e seguindo as normas fixadas pela Secretaria Municipal de Saúde do município de São Paulo.
- 2) Tem capacidade de oferecer, no mínimo, 200(duzentos) sessões/mês para pacientes com deficiência física e/ou intelectual acima dos 03(três) anos de idade para ambos os sexos.
- 3) Possui a seguinte estrutura física:
  - a) sala de espera para os responsáveis e praticantes;
  - b) instalações sanitárias adaptadas às pessoas com deficiência e para uso comum;
  - c) cavalos e material de apoio necessário ao adequado desenvolvimento das atividades;
  - d) equipamentos e locais adequados para montar e apejar os praticantes (se possível, com rampa);
  - e) local adequado para as sessões de EQUOTERAPIA em dias de chuva, frio, sol muito forte, etc. Pode ser picadeiro coberto, galpão ou local com dimensões mínimas de: 20x40m;
  - f) piso dos picadeiros: areia, grama, ou terra batida, evitando - se solos acidentados, pedras, desníveis muito acentuados, etc;
  - g) os locais ao ar livre devem ser: cercados, ter limites claros e porteiras para evitar a saída indesejada e outras situações difíceis com os animais;
  - h) baias em quantidades suficientes para o número de cavalos, garantindo a higienização e o bem-estar dos animais;
  - i) local adequado para guardar os materiais de montaria e de lida com os cavalos;
  - j) local para armazenar serragem, feno, ração, esterco, medicamentos veterinários, etc.;
  - k) manter atualizados os atestados médicos veterinários que atestem a saúde dos animais;
- 4) Manterá arquivo de prontuários dos pacientes com todas as anotações pertinentes quanto: avaliação inicial, avaliações de seguimento, evoluções, intercorrências, resultados atingidos, relatório de alta entre outros.
- 5) Manterá lista de presença mensal para cada paciente, que deverá estar assinada pelo mesmo ou seu acompanhante na data de seu atendimento.
- 6) Se compromete a desenvolver as ações de EQUOTERAPIA de forma articulada e integrada à rede organizada e hierarquizada de serviços de reabilitação municipais e, para tanto, deverão ser otimizadas as ações de reabilitação e potencialidades de cada nível de assistência de forma a assegurar uma linha de cuidado que sejam receptivas às necessidades específicas dos diferentes usuários com respostas resolutivas e eficazes.
- 7) Disponibilizará as vagas contratadas exclusivamente às pessoas com deficiência física e/ou intelectual encaminhadas pela Coordenação de Regulação dos Procedimentos Eletivos.

Nestes termos,

São Paulo, (data)

Nome completo, cargo ou função e assinatura do responsável.

**ANEXO V**

(papel timbrado da Instituição interessada)

(\*) Modelo constante do Decreto nº 4.358, de 05/09/02.

**MODELO DE DECLARAÇÃO DE CUMPRIMENTO DO ART. 7º, INC. XXXIII, DA CONSTITUIÇÃO FEDERAL.**

Pelo presente instrumento, a empresa....., CNPJ nº ....., com sede na ....., neste ato representada pelo(a) senhor(a)....., portador da Cédula de Identidade nº ....., expedida pela SSP/\_\_\_, e CPF nº ....., (cargo), **DECLARA**, para fins do disposto no inciso V, do art. 27 da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, acrescido pela Lei nº 9.854, de 27 de outubro de 1999 e, inciso VII do Art. 33 do Decreto nº 57.575 de 29/12/2016 que não emprega menor de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e não emprega menor de (16) dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz.

São Paulo, de ..... de 2.....

-----  
**Representante Legal**

**(ANEXO VI)**

(papel timbrado da Instituição interessada)

**Declaração de inexistência de impedimento legal para licitar ou contratar com a administração pública**

À

**Secretaria Municipal de Saúde**

Eu,....., RG nº ....., CPF nº ....., responsável legal da Empresa ....., pessoa jurídica de direito privado, devidamente inscrita no CNPJ/MF sob nº ....., com sede na Rua ..... DECLARO para os devidos fins de direito e sob as penalidades cabíveis, a inexistência de impedimento legal para licitar ou contratar com a Administração Pública em nível federal, estadual ou municipal, e estar ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

**Data**

---

**Assinatura**

**Nome completo**

**(ANEXO VII)**

## ANÁLISE ECONÔMICA - FINANCEIRA

A situação financeira das licitantes será aferida por meio dos índices de: liquidez corrente - LC, liquidez geral - LG e solvência geral - SG.

$$LC = \frac{\text{Ativo Circulante}}{\text{Passivo Circulante}}$$

$$LG = \frac{\text{Ativo Circulante (+) Realizável a Longo Prazo}}{\text{Passivo Circulante (+) Exigível a Longo Prazo}}$$

$$SG = \frac{\text{Ativo Total}}{\text{Passivo Circulante (+) Exigível a Longo Prazo}}$$

Os índices calculados, obrigatoriamente, acompanharão as demonstrações contábeis, sendo consideradas habilitadas as empresas que apresentarem os seguintes resultados:

Liquidez corrente - índice maior ou igual a 1,00

Liquidez geral - índice maior ou igual a 1,00

Solvência geral - índice maior ou igual a 1,00

(ANEXO VIII)

CONVENIO Nº ...../SMS. G/2018

PROCESSO SEI:

CONVENENTE: PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO por meio de sua SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE/FUNDO MUNICIPAL DA SAÚDE

CONVENIADA .....

OBJETO DO CONVENIO Prestação de assistência à saúde para atender a demanda submetida à regulação da Coordenação de Regulação.

DOTAÇÃO 84..... Fonte 00

O MUNICÍPIO DE SÃO PAULO, por meio de sua SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE/FUNDO MUNICIPAL DA SAÚDE, com sede na Rua General Jardim, nº 36, inscrita no CNPJ sob o nº 13.864.377/0001-30, neste ato representado por ....., Secretário Municipal da Saúde, doravante designada simplesmente por CONVENENTE, e a ..... com sede em São Paulo, na Rua ..... nº ....., CEP: ....., inscrita no CNPJ sob o nº ....., CNES nº..... com seu Estatuto Social registrado no .....Oficial de Registro de Títulos e Documentos e Civil de Pessoas Jurídicas da Capital ....., com registro no .....neste ato representado por ....., portador da cédula de identidade RG ..... inscrito no CPF/MF sob o nº ..... adiante designada como CONVENIADA, e considerando o disposto no art. 199, § 1º, da Constituição da República, art. 215, § 1º, da Lei Orgânica do Município, e artigos 4º, § 2º e 24 a 26, a Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, em especial o disposto no art. 9º sobre a Direção Única do SUS que deve ser exercida em cada esfera de governo sendo que, no âmbito dos Municípios, por sua Secretaria da Saúde ou órgão competente e a Lei Municipal nº 13.317/02 resolvem celebrar o presente convenio, consoante Despacho Autorizatório exarado às fls....., publicado no DOC/SP de .../...../....., consubstanciado no presente instrumento cujas cláusulas seguem abaixo.

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

Constitui objeto do presente Convênio a implementação da assistência em EQUOTERAPIA para atendimento da pessoa com deficiência física e/ou intelectual, munícipes da cidade de São Paulo, nos diferentes ciclos de vida, a partir dos 03 (três) anos de idade, para ambos os sexos, com trabalho voltado para inclusão social e reabilitação, conforme o **PLANO DE TRABALHO** anexado a este Termo, que é parte integrante para todos os fins.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DA ESPÉCIE DA ASSISTÊNCIA**

Havendo necessidade de convergência de interesse entre os Partícipes, qualquer alteração do presente Convênio, inclusive, **PLANO DE TRABALHO**, poderá ser objeto de Termo Aditivo na forma da lei vigente.

A **CONVENIADA** deverá apresentar um novo **PLANO DE TRABALHO**, devidamente justificado, que será submetido à análise da Área Técnica da Pessoa com Deficiência e uma vez pactuado entre as Partes, será objeto de Termo Aditivo na forma da legislação vigente.



### **CLÁUSULA TERCEIRA - DAS CONDIÇÕES GERAIS**

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

- I. O acesso ao SUS se faz preferencialmente pelas unidades de saúde **exclusivamente pelo Sistema SIGA - SAUDE da CONVENENTE.**
- II. O encaminhamento e o atendimento do usuário, de acordo com as regras estabelecidas para a referência e contra referência do Sistema Único de Saúde – SUS se dará sem prejuízo da observância das ações da Coordenação de Regulação dos Procedimentos Eletivos deste Município.
- III. A gratuidade das ações e dos serviços de saúde ao usuário executados no âmbito deste projeto.
- IV. A **CONVENIADA** colocará à disposição do SUS a sua capacidade instalada necessária para o atendimento do volume assistencial definido no Projeto.
- V. A observância integral dos protocolos técnicos de atendimento e regulamentos estabelecidos pelo Ministério da Saúde e respectivos gestores do SUS.
- VI. Quando necessária, a elaboração e implementação de protocolos técnicos de atendimento e de encaminhamento para as ações de saúde se dará em conjunto com a **CONVENENTE.**
- VII. A educação permanente de recursos humanos.
- VIII. O aprimoramento da atenção à saúde.

### **CLÁUSULA QUARTA – DA GARANTIA DA ASSISTÊNCIA**

Para o cumprimento do objeto deste projeto, a **CONVENIADA** obriga-se a oferecer ao paciente os recursos necessários a seu atendimento, previstos no **PLANO DE TRABALHO**, destacando-se os seguintes quesitos:

- I. Recursos Humanos - compostos por equipe multidisciplinar.
- II. Instalações Físicas de acordo com a legislação vigente.
- III. Materiais e Equipamentos.
- IV. Registrar em prontuário único todas as informações referentes ao atendimento prestado.
- V. O prontuário único deve conter registros de todos os profissionais envolvidos diretamente na assistência ao paciente.

### **CLAUSULA QUINTA – DOS ENCARGOS ESPECÍFICOS**

#### **I – Da CONVENIADA:**

- a) cumprir todas as metas e condições especificadas no **PLANO DE TRABALHO**, parte integrante deste Convenio.

#### **II - Da CONVENENTE:**

- a) transferir o recurso previsto à **CONVENIADA** conforme Cláusula Oitava deste ajuste;
- b) controlar e avaliar as ações e os serviços financiados;
- c) estabelecer mecanismos de controle da oferta e demanda de ações e serviços de saúde;
- d) analisar os atendimentos e relatórios encaminhados pela **CONVENIADA**, comparando-se as metas do **PLANO DE TRABALHO** com os resultados alcançados e os recursos financeiros repassados.

### **CLÁUSULA SEXTA - DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONVENIADA**

- I. O custo da desmobilização, incluindo aquele relativo à dispensa do pessoal e terceiros contratados pela **CONVENIADA** para execução do objeto deste projeto é de responsabilidade da mesma, não cabendo indenização a qualquer título a ser paga pela **CONVENENTE.**
- II. A **CONVENIADA** será responsável pela indenização de danos causados a pacientes, aos órgãos do SUS e a terceiros, decorrentes de ação ou omissão voluntária, de negligência, imperícia ou imprudência praticadas por seus empregados, profissional ou preposta, ficando-lhe assegurado o direito de defesa.
- III. A fiscalização e o acompanhamento da execução deste programa por órgãos do SUS não excluem nem reduzem a responsabilidade da **CONVENIADA.**
- IV. A responsabilidade de que trata esta cláusula estende-se a casos de danos decorrentes de defeitos relativos à prestação dos serviços nos estritos termos do art. 14 da Lei Federal nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 (Código de Defesa do Consumidor).

## CLÁUSULA SETIMA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONVENIADA

- I. Prestar os serviços, objeto deste Convênio de acordo com as diretrizes técnicas fixadas por **CONVENENTE** /Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência.
- II. Dispor as instalações físicas necessárias à execução do objeto deste Convênio, observando sempre critérios de eficiência, eficácia e efetividade.
- III. Dispor os recursos materiais e humanos necessários para o bom desenvolvimento das ações contidas no **PLANO DE TRABALHO** e à execução do objeto deste Termo.
- IV. Responsabilizar-se para que não ocorra prejuízo de continuidade na prestação dos serviços.
- V. Identificar nos registros de atendimento do paciente o número do Cartão Nacional de Saúde – CNS.
- VI. Seguir a política de regulação do Sistema Único de Saúde - SUS, observando suas normas, fluxos e protocolos predefinidos e dispondo a agenda dos procedimentos no SISTEMA SIGA-SAÚDE da **CONVENENTE**, bem como a confirmação de presença e registro de atendimento, entre outras funcionalidades.
- VII. Apresentar além dos documentos e dos relatórios das atividades já referidos, outros, sempre que solicitados pela **CONVENENTE**.
- VIII. Comunicar de imediato a **CONVENENTE** a ocorrência de qualquer fato relevante para a execução do presente Convênio.
- IX. Disponibilizar, para fins de acompanhamento da execução dos serviços, avaliação e/ou auditoria, à equipe técnica da **CONVENENTE**, acesso às dependências onde o serviço é prestado e à documentação dos pacientes.
- X. Manter atualizado o registro de dados do Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúde – CNES.
- XI. Manter atualizados e conservar os prontuários, conforme legislação vigente, deixando-os à disposição da **CONVENENTE**.
- XII. Garantir a confidencialidade de dados e informações sobre os pacientes e não utilizar nem permitir que terceiros utilizem pacientes para fins de experimentação.
- XIII. Atender os pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo a qualidade na prestação de serviços, cumprindo as diretrizes da Política Nacional de Humanização.
- XIV. Respeitar a decisão do paciente, ou de seu representante legal, de consentir ou recusar prestação dos serviços de saúde, salvo em casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.
- XV. Notificar a **CONVENENTE** eventual alteração de seus atos constitutivos ou de sua diretoria, enviando no prazo de 60 (sessenta) dias, contados da data de registro da alteração, cópia autenticada dos respectivos documentos.
- XVI. Executar as ações necessárias à consecução do objeto deste Convênio de acordo com as políticas, objetivos da **CONVENENTE** e **PLANO DE TRABALHO**.
- XVII. Elaborar em conjunto com a **CONVENENTE** o cronograma definido no **PLANO DE TRABALHO**.
- XVIII. Participar de reuniões de organização e avaliação das atividades quando solicitada.
- XIX. Encaminhar mensalmente Juntamente com a solicitação mensal de pagamento, relatórios/planilhas relacionando e quantificando os pacientes atendidos.
- XX. Desenvolver Projeto Terapêutico Individualizado de reabilitação.
- XXI. Realizar reavaliações a cada 03 (três) meses com registro em prontuário.
- XXII. Realizar discussões dos casos, quando necessário, com os NIRs que referenciaram as pessoas para atendimento.
- XXIII. Apresentar mensalmente à Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) onde está localizada, para que esta possa acompanhar, supervisionar e avaliar os serviços prestados, se necessário, em conjunto com a Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência as relações nominais abaixo:
  - a) Planilha contendo a Relação nominal de pessoas atendidas em cada fase da equoterapia, discriminando: idade, deficiência, tipo de serviço e data de início de atendimento.
  - b) Planilha contendo a Relação nominal de casos novos, discriminando: idade, deficiência, tipo de serviço e NIR de referência.

- c) Ao final de 12 meses de atendimento, apresentar relatório com a evolução funcional de cada pessoa atendida para a CRS.

#### **CLÁUSULA OITAVA - DA VEDAÇÃO DA SUBCONTRATAÇÃO**

Fica proibida a subcontratação total ou parcial do objeto do presente Convênio.

#### **CLÁUSULA NONA – DOS PROFISSIONAIS ENVOLVIDOS NA EXECUÇÃO DO OBJETO**

Os profissionais envolvidos na consecução do objeto deste Convênio manterão seus vínculos de trabalho preexistentes, sem que haja qualquer previsão de remuneração extraordinária por parte da **CONVENENTE**.

- I. A **CONVENENTE** não reembolsará a **CONVENIADA** por eventuais custos de ampliação de sua equipe técnica, em função da execução do presente Convênio.
- II. É de responsabilidade exclusiva e integral da **CONVENIADA**, no que tange a seus profissionais, os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a **CONVENENTE** ou para os órgãos da Prefeitura Municipal de São Paulo, não implicando ainda em qualquer vínculo empregatício, nem exclusividade de colaboração entre a **CONVENENTE** e a **CONVENIADA**.

#### **CLÁUSULA DECIMA – DOS RECURSOS FINANCEIROS E DOTAÇÃO**

O repasse financeiro se dará em parcela única no valor de R\$ ..... (.....) e onerará a Dotação Orçamentária nº....., e será creditado em conta corrente do Banco do Brasil.

#### **CLÁUSULA DECIMA PRIMEIRA- DA EXECUÇÃO DO PROJETO**

As atividades em assistência em EQUOTERAPIA serão desenvolvidas conforme previsto no **PLANO DE TRABALHO**, no prazo máximo de 60(sessenta) meses, contados a partir da data da assinatura do presente Convênio ou até que se esgote o recurso.

A conveniada encaminhará mensalmente ao Departamento de Contratos Assistenciais Complementares (DCAC) o **ANEXO UNICO**, parte integrante deste Termo. Após medição dos atendimentos pelo DCAC o ANEXO será encaminhado à Coordenação de Regulação para que seja atestado o "a contento" da prestação de contas.

Em havendo necessidade de alteração do PLANO DE TRABALHO, a CONVENIADA deverá apresentar um novo PLANO DE TRABALHO devidamente justificado, que deverá ser aprovado pela CONVENENTE/Área Técnica da Saúde da Pessoa com Deficiência

#### **CLÁUSULA DECIMA SEGUNDA– DO PRAZO DE VIGÊNCIA, DA EXTINÇÃO E DA RESCISÃO DESTES CONVÊNIO**

O presente Convênio é celebrado pelo período de 12 meses, a partir da data da assinatura, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos, até no máximo de 60 meses.

Qualquer um dos Partícipes, ao longo da sua vigência, poderá denunciá-lo mediante notificação prévia com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, período no qual todas as atividades ainda pendentes deverão ser concluídas.

- I. Em caso de descumprimento da **CONVENIADA** de qualquer das cláusulas pactuadas, o presente Convênio poderá ser rescindido mediante notificação prévia com 30 (trinta) dias de antecedência.
- II. Na hipótese de extinção do presente Convênio, seja por natural advento do termo final do prazo ajustado, seja por denúncia de um dos partícipes, a **CONVENIADA** obriga-se a repassar a **CONVENENTE** todas as informações disponíveis sobre o objeto deste ajuste.
- III. Em caso de rescisão e/ou da **CONVENIADA** não ter executado o valor integral repassado previsto no objeto do Convênio, a mesma deverá restituir à Prefeitura Municipal de São Paulo, por meio da **CONVENENTE**, proporcionalmente ao percentual não realizado.

- IV. Será motivo de rescisão do convenio, a qualquer tempo, a Instituição que não mantiver as condições exigidas para habilitação durante o curso do convenio, bem como rejeitar qualquer paciente, sem apresentar as razões objetivas que justifiquem a conduta adotada.

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DISPOSIÇÕES GERAIS**

- I. O extrato do presente convênio será publicado no Diário Oficial do Município, no prazo máximo de 20 dias, contados de sua assinatura.
- II. Aplicam-se, ao presente convênio, as normas da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, no que couber; ficando eleito o foro de São Paulo, para dirimir eventuais dúvidas decorrentes deste ajuste. E por estarem justas e contratadas, as partes firmam o presente Convênio em 1 (uma) via na presença de 02 (duas) testemunhas, abaixo assinadas.

São Paulo, ..... de .....de 2018

.....  
Secretaria Municipal da Saúde

.....  
CONVENIADA

Testemunhas:





