

término do período de transição, inicia-se o controle e a fiscalização de cumprimento das respectivas metas para fins de impacto financeiro.

O período de transição se dará a partir do recebimento da ordem de início pela CONTRATADA, visa assegurar a regularidade e a continuidade dos serviços. Este período de transição terá duração de até 90 (noventa) dias.

## 22. DISPOSIÇÕES FINAIS

Fica expressamente vedada a cobrança por serviços de saúde ou outros complementares da assistência devida ao paciente.

Sem prejuízo do acompanhamento, da fiscalização e da normatividade suplementar exercidas pela CONTRATANTE sobre a execução dos serviços, a CONTRATADA reconhece a prerrogativa de controle e autoridade normativa genérica da direção nacional do SUS – Sistema Único de Saúde –, decorrente da Lei nº. 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde), ficando certo que a alteração decorrente de tais competências normativas será objeto de termo aditivo, ou de notificação dirigida à CONTRATADA.

É vedada a participação direta ou indireta de empresas ou capitais estrangeiros em obediência à Lei Federal nº. 8.080/90 e à Constituição Federal de 1988. 15.6.1. Tal vedação aplica-se a toda e quaisquer empresas constituídas ou em funcionamento, ainda que parcial ou minimamente, com a ingerência de capitais provenientes do exterior, ou qualquer outro meio de participação societária ou acionária cuja origem não seja originária do território brasileiro.

As manutenções nas instalações feitas deverão ser registradas em relatórios diários em modelo a ser definido pela equipe técnica de infraestrutura da CONTRATANTE. Este relatório deverá ser disponibilizado à CONTRATANTE.

Apresentar 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.

Apresentar certidões negativas de falência e recuperação judicial expedidas pelos distribuidores da sede.

Qualificação de Regularidade Fiscal: Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica; Certidão Negativa de Débito com a Fazenda Municipal; Certidão Negativa de Débito com a Fazenda Estadual; Certidão Negativa de Débito com a Fazenda Federal; Certidão Negativa de Débito com a INSS; Certidão Negativa de Débito com o FGTS.

ACARAÚ - CE, 15 de Março de 2024.

**ANA PAULA PRACIANO TEIXEIRA**  
Secretária de Saúde





AV. Des.Armando de Sousa Louzada  
N° 500 - SÍTIO BURITI | CEP: 62.580-000

Handwritten signature or mark in the top right corner.

### ANEXO I – SISTEMÁTICA DE PAGAMENTO

REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE MUNICIPAL - UNIDADES DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA

PERÍODO:

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

JANEIRO / 2024	FEVEREIRO / 2024	MARÇO / 2024	ABRIL / 2024	MAIO / 2024	JUNHO / 2024
R\$ 824.934,74	R\$ 824.934,74	R\$ 824.934,74	R\$ 824.934,74	R\$ 824.934,74	R\$ 824.934,74

JULHO / 2024	AGOSTO / 2024	SETEMBRO / 2024	OUTUBRA / 2024	NOVEMBRO / 2024	DEZEMBRO / 2024
R\$ 824.934,74	R\$ 824.934,74	R\$ 824.934,74	R\$ 824.934,74	R\$ 824.934,74	R\$ 824.934,74

TOTAL DESEMBOLSO
R\$ 9.899.216,88 (Nove milhões oitocentos e noventa e nove mil duzentos e dezesseis reais e oitenta e oito centavos).

Handwritten signature or mark at the bottom center.

## ANEXO II - RELAÇÃO DE EXAMES / SADT

### 1.1 SERVIÇOS DE APOIO DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO - SADT

A UPA oferecerá os serviços de SADT abaixo relacionados, na quantidade mensal estimada de 444 exames de Patologia clínica e 294 exames de imagem, obedecendo ao fluxo estabelecido pela SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.

O quadro abaixo apresenta a relação de exames de SADT que deverá ser realizado na UPA

#### RELAÇÃO DE EXAMES – SADT

EXAMES
ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA
DETERMINAÇÃO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)
DETERMINAÇÃO DE TEMPO E ATIVIDADE DA PROTROMBINA (TAP)
DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE DE HEMOSSSEDIMENTAÇÃO (VHS)
DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA (PCR)
DOSAGEM DE ÁCIDO ÚRICO
DOSAGEM DE AMILASE
DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACOES
DOSAGEM DE CALCIO
DOSAGEM DE CALCIO IONIZAVEL
DOSAGEM DE CREATININA
DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)
DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE FRACAO MB
DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA
DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA
DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)
DOSAGEM DE GLICOSE
DOSAGEM DE GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA (HCG, BETA HCG)
DOSAGEM DE HEMOGLOBINA
DOSAGEM DE LACTATO
DOSAGEM DE LIPASE
DOSAGEM DE MAGNESIO
DOSAGEM DE POTASSIO
DOSAGEM DE PROTEINA C REATIVA
DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS
DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRACOES
DOSAGEM DE SODIO
DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)
DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)
DOSAGEM DE TROPONINA
DOSAGEM DE UREIA
GASOMETRIA



GLICEMIA CAPILAR
HEMOCULTURA
HEMOGRAMA COMPLETO
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 (WESTERN BLOT)
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO E DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBE)
PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VIRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTICITOMEGALOVIRUS
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS DA HEPATITE A (HAV-IGG)
PESQUISA DE ANTICORPOS IGG E IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-TOTAL)
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM ANTICITOMEGALOVIRUS
PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA ANTIGENO CENTRAL DO VIRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBC-IGM)
PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)
PESQUISA DE SARS-COV-2 POR RT - PCR
TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS
TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS
TESTE RÁPIDO PARA DENGUE IGG/IGM
TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE SARS-COVID-2
TESTE RÁPIDO PARA FEBRE CHIKUNGUNYA IGM
LEUCOGRAMA
HEMATOCRITO
PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI- HIV 1, ANTI-HIV - 2 (TESTE RAPIDO)
PESQUISA DE ANTIGENO ANTIESTREPTOLISINA O (ASLO)
DETERMINAÇÃO DIRETA E REVERSA DE GRUPO (ABO)
PESQUISA DE FATOR Rh INCLUI O (D- FRACO)
SOROLOGIA PARA DENGUE (TESTE RAPIDO)

## ANEXO III – SISTEMÁTICA DE AVALIAÇÃO – INDICADORES

### 1) Desempenho Assistencial

#### Atendimento ao usuário

#### 1.1) Percentual de pacientes atendidos por médico

Objetivo: identificar necessidade e prioridade do paciente Meta:  $\geq 95\%$

Fórmula:  $\frac{\text{Número de atendimentos médicos} \times 100}{\text{Nº de pacientes acolhidos}}$

Numerador: número de atendimentos médicos Denominador: Total de pacientes acolhidos

#### 1.2) Índice de absenteísmo por categoria profissional.

Objetivo: Medir a disponibilidade da força de trabalho e dar um indicativo do nível de desatendimento dos funcionários, através da análise das faltas ao trabalho.

Meta: 3%

Fórmula:  $\frac{\text{Horas líquidas faltantes} \times 100}{\text{Horas líquidas disponível}}$

Numerador: Horas líquidas faltantes = total de horas faltantes (exceto licença de saúde com menos até 15 dias). Licenças de saúde acima de 15 dias, férias e licença maternidade deverão ter os profissionais substituídos pelo tempo necessário.

Denominador: Horas líquidas disponíveis = total de horas brutas mensal (jornada contratual), exceto o repouso remunerado.

### 2. Indicadores de Qualidade

#### 2.1) Taxa de Mortalidade Avaliada na unidade de Emergência.

Objetivo: Medir a taxa de óbitos ocorridos no setor de emergência.

Meta: 5%

Fórmula:  $\frac{\text{Número de óbitos} \times 100}{\text{Número de altas}}$

Numerador: Número de óbitos – total de pacientes que tiveram alta por óbito.

Denominador: Número total de pacientes que tiveram alta no período.



Excluem-se os que, chegando cadáver, não recebem nenhuma manobra de reanimação nem outros atos terapêuticos. Inclui todos os falecimentos por qualquer causa durante sua permanência no Serviço de Urgências e em suas dependências (incluindo os deslocamentos para radiologia, ou outros meios diagnósticos), assim como durante as transferências internas.

## 2.2) Tempo Médio de espera entre a classificação de risco do enfermeiro e o atendimento médico.

Objetivo: Acesso rápido ao atendimento médico priorizando o risco de vida

Meta: Pacientes classificado Vermelho: ≤ 15 minutos Pacientes classificado Amarelo: ideal 30 min Pacientes classificado Verde: 1 hora

Pacientes classificado Azul: até 24h ou redirecionado a rede de atenção primária.

## 2.3) Tempo de permanência na emergência

Objetivo: manter o fluxo de alocação de pacientes. Meta: Nenhum paciente mais de 24h.

Fórmula: 
$$\frac{\sum \text{Número de pacientes / dia}}{\text{Número de altas}}$$

Numerador: Nº de Pacientes/dia – total de leitos ocupados às 24 horas de cada dia.

Denominador: Número total de pacientes que tiveram alta no período analisado.

Todo paciente que necessitar permanecer mais de 24 horas deve ser inserido no Sistema de Regulação do Município em leito de internação, a UPA não é unidade hospitalar, portanto não interna. Caso algum paciente permaneça mais de 24h em observação, a justificativa deve ser apontada.

## 2.4) Tempo médio de início de antibiótico em decorrência de Sepsis

Objetivo: medir a taxa de adesão de infusão do antibiótico no tempo adequado, nos pacientes portadores de SEPSE

Meta: ≤ 2 horas

**Fórmula:** 
$$\frac{\text{Total de antibióticos infundidos em um tempo } \leq 2 \text{ horas na SEPSE}}{\text{Total de antibióticos prescritos nos pacientes com SEPSE}}$$

Numerador: Total de antibióticos administrados no período  $\leq$  há 2 horas no paciente com diagnóstico de SEPSE no período.

Denominador: Total de antibióticos prescrito no paciente com diagnóstico de SEPSE no período.

### 3.1) Percentual de prontuários dentro do padrão de conformidades.

Objetivo: medir o percentual de prontuários organizados de acordo com as práticas operacionais requeridas

Meta: 90%

**Fórmula:** 
$$\frac{\text{Total de prontuários dentro do padrão de conformidades}}{\text{Total de prontuários analisados}}$$

Numerador: Total de prontuários organizados de acordo com as práticas operacionais requeridas no período.

Denominador: Total de prontuários analisados no período.

Cabe a comissão de revisão de prontuários a análise, na qual deverá constar o percentual de erros/falhas no preenchimento, como história clínica, exame físico, diagnóstico e encaminhamento

Os relatórios deverão ser enviados mensalmente no formato definido em anexo junto com a prestação de contas (relatório financeiro) até o quinto dia útil de cada mês. Seu envio independe do monitoramento trimestral realizado pela CTA.

Após a assinatura do contrato a contratada deverá apresentar um plano de aplicação da parcela variável e submetê-lo a SMS de Acaraú para aprovação, revisão ou desaprovação parcial outotal.

Modalidade de Atenção	Equipamentos	Meta	Periodicidade	Parâmetro de cumprimento de meta	% Valor Alcançado	% Valor Atingido
UPA- Média Complexidade	UPA ACARAÚ	Produção assistencial /produtividade	Trimestral	85%		
		Indicadores de Qualidade	Trimestral	100%		



## ANEXO IV - RELAÇÃO DE EQUIPAMENTOS

Caberá a contratada a responsabilidade de aquisição de todos os itens necessários ao funcionamento assistencial das UPAs, bem como a contratação de todos os serviços que permitam a operacionalização da assistência. O mobiliário, materiais e equipamentos por porte da unidade (Porte I) podem ser encontrados no endereço eletrônico <https://consultafns.saude.gov.br/#/equipamento/completa>

Conforme relação de equipamentos, mobiliários e instrumentais para inventário da unidade.



## ANEXO V - DECLARAÇÃO DE PLENO CONHECIMENTO DOS TERMOS DO EDITAL E SEUS ANEXOS

À Comissão Especial – Setor de Licitação  
Chamada Pública nº \_\_\_\_\_/2024

O (PROPONENTE), (qualificação), por meio de seu representante legal, DECLARA que tomou conhecimento da integridade da CHAMADA PÚBLICA Nº \_\_\_\_/2024, que trata da SELEÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL JÁ QUALIFICADA NA ÁREA DE SAÚDE NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO DE Acaraú PARA GERENCIAMENTO E EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES E SERVIÇOS DA **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA** - PERTENCENTE A PREFEITURA MUNICIPAL DE **ACARAÚ**, inclusive todos seus anexos e esclarecimentos posteriores, que tem pleno conhecimento do seu conteúdo e determinações.

Acaraú, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

Nome e carimbo do representante legal  
(Emitir em papel timbrado da organização social)

## ANEXO VI - DECLARAÇÃO DE VISTORIA DOS LOCAIS DOS SERVIÇOS

Chamada Pública nº \_\_\_\_\_/2024

(nome/ razão social) \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_, com sede à \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, Estado de \_\_\_\_\_, por intermédio de seu responsável o Sr(a) \_\_\_\_\_, portador(a) da Carteira de Identidade nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_

DECLARA, para todos os fins, que visitou os locais e instalações do **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA** PERTENCENTE A PREFEITURA MUNICIPAL DE ACARAÚ e que possui todas as informações relativas à sua execução. DECLARA, ainda, que não alegará posteriormente o desconhecimento de fatos evidentes à época da vistoria para solicitar qualquer alteração na vigência e no valor estimado do contrato de gestão a ser celebrado, caso seja a organização social vencedora.

Acaraú \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2024.

Nome e carimbo do representante legal

(Emitir em papel timbrado da organização social)



## ANEXO VII - DECLARAÇÃO QUE DECLINA DA REALIZAÇÃO DA VISTORIA DO LOCAL DOS SERVIÇOS

Chamada Pública nº \_\_\_\_\_/2024

(nome/ razão social) \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ sob o n. \_\_\_\_\_, com sede à \_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_, Estado de \_\_\_\_\_, por intermédio de seu responsável o Sr(a) \_\_\_\_\_, portador(a) da Carteira de identidade nº \_\_\_\_\_, CPF nº \_\_\_\_\_ DECLARA, para todos os fins, que declina/abstém-se de visitar os locais do **UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA** PERTENCENTE A PREFEITURA MUNICIPAL DE ACARAÚ.

Declara, ainda, que não alegará posteriormente o desconhecimento de fatos evidentes que poderiam ser conhecidos à época da vistoria para solicitar qualquer alteração na vigência e no valor estimado do contrato de gestão a ser celebrado, caso seja a organização social vencedora.

Acaraú, \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2024.

Nome e carimbo do representante legal  
(Emitir em papel timbrado da organização social)

## ANEXO VIII - DECLARAÇÃO RELATIVA AO TRABALHO DE EMPREGADO MENOR

### MODELO – PESSOA JURÍDICA

(Identificação do proponente), inscrito no CNPJ nº \_\_\_\_\_, DECLARA, para fins do disposto no inciso IV, do art. 62, da Lei nº 14.133/2021, acrescido pela Lei Federal nº 9.854, de 27 de outubro de 1999, que não emprega em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, menores de dezoito anos e em qualquer trabalho, menores de dezesseis anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de quatorze anos.

Acaraú \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024.

Nome e carimbo do representante legal  
(Emitir em papel timbrado da organização social)



## ANEXO IX - MODELO DE PROPOSTA DE PREÇOS (MERAMENTE SUGESTIVO)

Local e data,

À Central de Licitações da Prefeitura de Acaraú

Ref: Chamada Pública nº \_\_\_\_\_/2024.

**Objeto: CHAMADA PÚBLICA PARA SELEÇÃO DE ORGANIZAÇÃO SOCIAL JÁ QUALIFICADA NA ÁREA DE SAÚDE NO ÂMBITO DO MUNICÍPIO DE ACARAÚ PARA GERENCIAMENTO E EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES E SERVIÇOS DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA.**

**– UNIDADES DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA PERTENCENTE À PREFEITURA MUNICIPAL DE ACARAÚ.**

Organização:

CNPJ:

ENDEREÇO:

FONE:

FAX:

EMAIL:

PESSOA PARA CONTATO:

O Valor global para execução dos serviços objeto da presente Chamada Pública é de: R\$ \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_),

valor máximo anual para gerenciamento e execução das atividades e serviços das redes de atenção à saúde municipal — unidades de atenção primária e especializada, previstas no edital.

Prazo de validade da Proposta: 180 (cento e oitenta) dias.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Representante Leal / Nome:  
Cargo



## ANEXO X - MINUTA DO TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS IMÓVEIS

TERMO Nº. \_\_\_\_\_/2024.

TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE IMÓVEIS QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE ACARAÚ, ATARVÉS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE (SMS) \_\_\_\_\_, ABAIXO QUALIFICADOS, PARA O FIM QUE NELE SE DECLARA.

A Prefeitura de Acaraú, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_, neste ato neste ato representado PELA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE — SMS, neste ato representada pela Secretária....., e a

....., neste ato representado por ser ..... doravante designado simplesmente PERMISSIONÁRIO, tem entre si justa e acordada a celebração do presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS IMÓVEIS a título precário, na forma do constante no processo administrativo nº \_\_\_\_\_ e que se regerá pelas seguintes normas, mediante as cláusulas e condições seguintes

### CLÁUSULA PRIMEIRA:

Constitui objeto desta permissão dos bens imóveis de propriedade da PREFEITURA DE Acaraú, localizados nas **REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE MUNICIPAL – UNIDADE DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA** abaixo, com área total de\_m².

### • UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA

LOGRADORO: RUA JOSE OTALICIO ROCHA S/N

BAIRRO: CAMPO DE AVIACAO CEP: 62.580-000

MUNICÍPIO: ACARAÚ/CE

### CLÁUSULA SEGUNDA:

2.1. Pelo presente instrumento e na melhor forma de direito, a SMS cede ao PERMISSIONÁRIO, a título precário, as instalações e o prédio descritos no Contrato de Gestão, única e exclusivamente para o fim especificado.

### CLÁUSULA TERCEIRA:

3.1. O PERMISSIONÁRIO compromete-se a manter os bens objeto deste instrumento sob sua guarda e inteira responsabilidade, bem como se obriga a contratar seguro para cobertura em caso de furto, roubo, incêndio ou danos figurando como beneficiária a Prefeitura de ACARAÚ, que deverá vigorar até a devolução do prédio.

3.2. Durante o prazo de vigência deste instrumento, ou de suas prorrogações, correrão por conta exclusiva do PERMISSIONÁRIO, despesas com serviços



manutenção e conservação, bem como quaisquer outros ônus decorrentes da utilização que se façam necessários.

3.3. A qualquer tempo e sem aviso prévio, o PERMISSIONÁRIO, poderá, por seu corpo técnico, promover a vistoria que julgar necessária no imóvel cedido.

3.4. O PERMISSIONÁRIO compromete-se a devolver o imóvel objeto deste instrumento em bom estado de conservação à Administração Pública, no prazo final previsto do Contrato de Gestão, considerados os Termos Aditivos, caso os mesmos venham a ser firmados.

#### **CLÁUSULA QUARTA**

4.1. A permissão de uso acompanhará a vigência do Contrato de Gestão e suas eventuais prorrogações.

#### **CLÁUSULA QUINTA**

5.1. Fica eleito o foro da Comarca de ACARAÚ, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões relativas à execução deste Termo.

E, por assim se acharem justas e acordadas, as partes firmam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de 02 (duas) testemunhas que também o subscrevem.

Local e data

(nome do representante)  
SECRETARIA MUNICIPAL DASAÚDE  
(nome do representante)  
Permissionário(A)

Testemunhas:

(nome da testemunha 1) RG:

CPF:

(nome da testemunha 2)RG:

CPF:

Visto:

(Nome do(a) procurador(a)/assessor(a) jurídico(a))



## ANEXO XI - MINUTA DO TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS

TERMO Nº. \_\_\_\_\_/2024.

TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE ACARAÚ, ATRAVÉS DA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE – SMS, E A \_\_\_\_\_, ABAIXO QUALIFICADOS, PARA O FIM QUE NELE SE DECLARA.

A PREFEITURA DE ACARAÚ, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_, neste ato representado PELA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE – SMS, neste ato representado pela Secretária \_\_\_\_\_, e a \_\_\_\_\_ neste ato

representado por ser \_\_\_\_\_ doravante designado simplesmente PERMISSIONÁRIO, tem entre si justa e acordada a celebração do presente TERMO DE PERMISSÃO DE USO DE BENS MÓVEIS a título precário, na forma do constante no processo administrativo nº \_\_\_\_\_

e que se regerá pelas seguintes normas, mediante as cláusulas e condições seguintes:

**CLÁUSULA PRIMEIRA:** - (objeto) — Constitui objeto desta permissão dos bens móveis de propriedade da PREFEITURA DE ACARAÚ, localizados nas **REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE MUNICIPAL – UNIDADE DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA** abaixo:

**UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA DE ACARAÚ/CE.**

<b>LOGRADORO: RUA JOSE OTALICIO ROCHA S/N</b>
<b>BAIRRO: CAMPO DE AVIACAO CEP: 62.580-000</b>
<b>MUNICÍPIO: ACARAÚ/CE</b>

Não serão objetos desse contrato os bens móveis oficiais ou locados ao município de Acaraú que serão utilizados na consecução desse contrato de gestão. Segue a relação dos bens móveis:

**CLÁUSULA SEGUNDA:** - (Destinação dos bens) — Os bens que terão o uso permitido através do presente instrumento destinar-se-ão, exclusivamente, à operacionalização e execução dos serviços e ações relacionados **GESTÃO PARA A ADMINISTRAÇÃO DA UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – UPA DE ACARAÚ/CE**, vedada a sua destinação para finalidade diversa, sob pena de



rescisão de pleno direito do presente instrumento.

**CLÁUSULA TERCEIRA:** - (Prazo) — A presente permissão de uso será válida apenas enquanto estiver o em vigor o contrato de gestão, do qual é parte integrante.

**CLÁUSULA QUARTA:** - (Conservação dos bens) — Obriga-se o PERMISSIONÁRIO a conservar os bens que tiverem o uso permitido, mantendo-os permanentemente limpos e em bom estado de conservação, incumbindo-lhe, ainda, nas mesmas condições, a sua guarda, até a efetiva devolução.

**CLÁUSULA QUINTA:** - (Modificações) — É vedado ao PERMISSIONÁRIO realiza quaisquer alterações nos bens que tiverem o uso permitido, sejam estas de que natureza forem, sem prévia e expressa autorização da Secretaria Municipal da Saúde de ACARAÚ, devendo-se subordinar eventual montagem de equipamentos também às autorizações e aos licenciamentos específicos das autoridades municipais competentes.

**CLÁUSULA SEXTA:** - (Finalização) — Obriga-se o PERMISSIONÁRIO a assegurar o acesso aos bens que tenham o uso permitido aos servidores da Secretaria Municipal da Saúde de ACARAÚ, ou de quaisquer outras repartições Municipais, incumbidos de tarefas de fiscalização geral, ou em particular, da verificação do cumprimento das disposições do presente termo.

**CLÁUSULA SÉTIMA:** - (Obrigações para com terceiros) — O Município não será responsável por quaisquer compromissos ou obrigações assumidos pelo PERMISSIONÁRIO com terceiros, ainda que vinculados ou decorrentes do uso dos bens objeto deste termo. Da mesma forma, não será responsável, seja a que título for, por quaisquer danos ou indenizações a terceiros, em decorrência de atos do PERMISSIONÁRIO ou de seus empregados, visitantes, subordinados, prepostos ou contratantes.

**CLÁUSULA OITAVA:** - (Restrições outras no exercício dos direitos desta permissão) — O PERMISSIONÁRIO reconhece o caráter precário da presente permissão.

A restituir os bens móveis ao Município, nas condições previstas no parágrafo único da cláusula décima quarta, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado do recebimento do aviso que lhe for dirigido, sem que haja necessidade do envio de qualquer interpelação ou notificação judicial;

A não usar os bens senão na finalidade prevista na cláusula segunda deste termo;

A não ceder, transferir, arrendar ou emprestar a terceiros, no todo ou em parte, os bens objeto desta permissão ou os direitos e obrigações dela decorrentes, salvo com expressa e prévia decisão autorizativa da Administração Pública e assinatura de termo de aditivo para tal finalidade.



**CLÁUSULA NONA:** - (Condições de Devolução) — Finda a qualquer tempo a permissão de uso devendo o PERMISSIONÁRIO restituir os bens em perfeitas condições de uso e conservação.

**PARÁGRAFO ÚNICO** — Qualquer dano porventura causado aos bens que tiveram o uso permitido será indenizado pelo PERMISSIONÁRIO, podendo o Município exigir a reposição das partes danificadas ao estado anterior ou o pagamento do valor correspondente ao prejuízo em dinheiro, como entender que melhor atenda ao interesse público.

**CLÁUSULA DÉCIMA:** - (Devolução dos bens) — O PERMISSIONÁRIO ficará sujeito à multa de até 5% (cinco por cento) sobre o valor do CONTRATO DE GESTÃO, se findada por qualquer das formas aqui previstas a permissão de uso e o PERMISSIONÁRIO não restituir os bens na data do seu termo ou sem a observância das condições em que o recebeu.

Parágrafo único. A multa incidirá até o dia em que os bens forem efetivamente restituídos ou retornem àquelas condições originais, seja por providências do PERMISSIONÁRIO, seja pela adoção de medidas por parte da Administração Pública. Nesta última hipótese, ficará o PERMISSIONÁRIO também responsável pelo pagamento de todas as despesas realizadas para tal finalidade.

**CLÁUSULA DÉCIMA-PRIMEIRA:** - (Remoção de Bens) — Terminada a permissão de uso ou verificado o abandono dos móveis pelo PERMISSIONÁRIO, poderá o Administração Pública promover a imediata remoção compulsória dos referidos bens para local de sua escolha.

**CLÁUSULA DÉCIMA-SEGUNDA:** - (Rescisão de Pleno Direito) — A presente permissão de uso estará rescindida de pleno direito com o término da vigência do Contrato de gestão.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** - Além do término do contrato de gestão, o descumprimento, pelo PERMISSIONÁRIO, de qualquer das obrigações assumidas dará à Administração Pública o direito de considerar rescindida de pleno direito a presente permissão, mediante aviso com antecedência de 30 (trinta) dias.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - Rescindida a permissão, à Administração Pública, de pleno direito, se reintegrará na posse dos bens móveis afetados à permissão, oponível inclusive a eventuais cessionários e terceiros.

**CLÁUSULA DÉCIMA-TERCEIRA:** - (Notificações e Intimações) — O PERMISSIONÁRIO será notificado das decisões ou dos despachos proferidos ou que lhe formulem exigências através de qualquer uma das seguintes formas: I) Publicação no Diário Oficial do Município; II) por via postal, mediante comunicação registrada e endereçada ao PERMISSIONÁRIO, com aviso de recebimento (A.R.);



III) pela ciência que do ato venha a ter o PERMISSSIONÁRIO: a) no processo, em razão de comparecimento espontâneo ou a chamado de repartição do Município; b) através do recebimento de auto de infração ou documento análogo.

**CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA:** - (Condições Jurídico-Pessoais) — O PERMISSSIONÁRIO apresenta, neste ato, toda a documentação legal comprovando o atendimento das condições jurídico pessoais indispensáveis à lavratura deste Termo, que, lido e achado conforme, é rubricado e assinado pelas partes interessadas, pelas testemunhas e por mim que o lavrei.

Fica eleito o foro da Comarca de ACARAÚ/CE, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir quaisquer questões relativas à execução deste Termo.

E, por assim se acharem justas e acordadas, as partes firmam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de 02 (duas) testemunhas que também o subscrevem.

Local e data

(nome do representante)  
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE  
(nome do representante)  
Permissionário(A)

Testemunhas:

(nome da testemunha 1) RG:

CPF:

(nome da testemunha 2) RG:

CPF:

Visto:

(Nome do(a) procurador(a)/assessor(a) jurídico(a))