CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO Nº. 053/2024

Pelo presente instrumento, na melhor forma de direito, de um lado o **MUNICÍPIO DE LAGOA SANTA/MG**, por intermédio da Prefeitura, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ sob nº 73.357.469.0001-56, sediado na Rua São João, nº 290 – Centro – Lagoa Santa/MG, CEP 33.230-103, neste ato, representado pelo **SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE (INTERINO)**, Sr. João Paulo da Silva, inscrito no CPF sob o n° 068.242.246-00 e CI n° 10.155.497, SSP/MG, doravante denominado **CONTRATANTE** e a **ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE LAGOA SANTA – APAE/LS**, inscrita no CNPJ sob o nº 17.395.815/0001-10, sediada na Rua Lindolfo da Costa Viana, 222, Várzea, Lagoa Santa/MG, CEP 33.233-080, representada por sua presidente Maria da Saúde de Matos Jensen, inscrita no CPF sob o nº 117.981.656-00, CI nº MG 1.156.611, expedida pela SSP/MG, doravante denominada **CONTRATADA,** firmam o presente contrato administrativo de prestação de serviços, decorrente do Processo nº. 268/2023, Dispensa de Licitação nº. 038/2023, regendo-se o presente instrumento pela Lei Federal nº. 8.666/93 em seu inciso II do artigo 24, mediante as condições e cláusulas seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. **CONTRATAÇÃO DE INSTITUIÇÃO FILANTRÓPICA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE ATENDIMENTO AMBULATORIAL, ACOMPANHAMENTO EM REABILITAÇÃO FÍSICA E INTELECTUAL DE PESSOAS COM ATRASO NO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR JÁ CADASTRADOS OU QUE VENHAM A SER CADASTRADAS DE ACORDO COM AS DEMANDAS DO SUS/LAGOA SANTA- MG.**

CLÁUSULA SEGUNDA – DA ESPECIFICAÇÃO E EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

2.1. Os serviços serão realizados conforme o POA (Plano Operativo Assistencial) constante do Anexo I deste contrato.

2.2. A **CONTRATADA** se responsabilizará pela execução dos serviços descritos nos Planos Operativos Assistenciais que é parte integrante deste instrumento e conforme descrito na Deliberação CIB-SUS/MG nº 1403 de 19 de março de 2013 e Deliberação CIB-SUS/MG nº 1404 de 19 de março de 2013.

2.3. O auxílio ao acesso e o acompanhamento dos serviços serão realizados pela Junta Reguladora instituída pela Secretaria Municipal de Saúde conforme disposto na Deliberação CIB-SUS/MG nº 1272 de 24 de outubro de 2012 e Deliberação CIB-SUS/MG nº 2003 de 09 de dezembro de 2014.

2.4. Constituem o processo de trabalho da Regulação - Regulação Assistencial:

D4Sign 4f2b6d79-9037-4cba-88c3-6c89bcda74ae - Para confirmar as assinaturas acesse https://secure.d4sign.com.br/verificar
Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2.

2.4.1. Junta Reguladora da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (JRRCPD) – atribuições e diretrizes de funcionamento constantes da Deliberação CIB-SUS/MG 2003 de 09 de dezembro de 2014;

2.4.2. Referência Municipal de Reabilitação da Secretaria Municipal de Saúde – será responsável, dentre outras atribuições, pela regulação dos encaminhamentos e autorização da execução do Projeto Terapêutico (após a avaliação do usuário e elaboração do Projeto Terapêutico realizado pelo Centro de Atenção Integrado à Saúde);

2.4.3. Centro de Atenção Integrada à Saúde (CAIS) – será responsável pelo acolhimento do usuário, matriciamento, articulação com a Rede de Atenção à Saúde (RAS), elaboração do Projeto Terapêutico.

2.5. A contratada deverá estar articulada com as equipes de atenção primária para desenvolver ações de identificação de neonatos de risco, definição de diagnóstico em Deficiência Intelectual, prevenção de agravos, encaminhamento ambulatorial/hospitalar e inclusão social das pessoas com deficiência intelectual.

2.5.1. A contratada deverá promover capacitações de acordo com o item 4.1.8 deste contrato.

2.6. As eventuais mudanças de endereço do estabelecimento da **CONTRATADA** e/ou substituição do Diretor Clínico ou Técnico e do responsável pelos serviços auxiliares, de diagnóstico e terapia, deverão ser imediatamente comunicadas ao contratante, que analisará a conveniência de manter os serviços ora contratados em outro endereço, podendo o mesmo rever as condições deste instrumento e até mesmo rescindi-lo, conforme o disposto neste instrumento.

2.7. Todos os usuários atendidos pela contratada deverão obrigatoriamente ser encaminhados e regulados pela Junta Reguladora.

2.7.1 No caso de constatação de atendimentos de usuários que não foram encaminhados pela Junta Reguladora ensejará a aplicação das penalidades previstas na Lei Federal nº 8666 de 21 de junho de 1993 e a glosa do faturamento, sem prejuízo de auditoria por parte da Junta Reguladora e do serviço de auditoria da Secretaria Municipal de Saúde.

CLÁUSULA TERCEIRA – ACOMPANHAMENTO E FORMA DA EXECUÇÃO

3.1. O acompanhamento dos indicadores dar-se-á conforme cronograma a ser expedido pela Secretaria Municipal de Saúde de Lagoa Santa para os acompanhamentos referentes ao SERDI e ao PIPA.

3.1.1. Os recursos referentes ao PIPA só serão repassados ao prestador após o envio dos valores pelo Estado.

D4Sign 4f2b6d79-9037-4cba-88c3-6c89bcda74ae - Para confirmar as assinaturas acesse https://secure.d4sign.com.br/verificar
Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2.

3.2. O acompanhamento das metas referentes à Bonificação por Desempenho, serão averiguadas mensalmente, contados a partir da assinatura do contrato pela Junta Reguladora deste município e ao término do quadrimestre a Junta Reguladora fará a avaliação do quadrimestre.

3.3. A avaliação do SERDI e do PIPA será realizada pela Junta Reguladora da Secretaria Municipal de Saúde de Lagoa Santa que será composta por:

- 02 Membros da Secretaria Municipal de Saúde;
- 01 Membro da Secretaria Municipal de Educação;
- 01 Membro da Secretaria Municipal de Bem Estar Social;
- 01 profissional administrativo da Secretaria Municipal de Saúde.

3.4. As avaliações serão realizadas conforme cronograma e por meio de relatório de avaliação da Junta Reguladora do município para o Gestor Municipal. O processo de acompanhamento se dará após a assinatura do contrato.

CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

4.1. A contratada se obriga a oferecer ao paciente todo recurso necessário ao seu atendimento devendo:

4.1.1. Realizar avaliação diagnóstica por equipe interdisciplinar que contemple: o diagnóstico etiológico, quando possível; a descrição das potencialidades e limitações nas funções intelectuais em particular nas habilidades cognitivas e psicossociais; as alterações nas habilidades adaptativas, a dinâmica familiar, contexto sociocultural e as indicações das necessidades de apoio nas diferentes áreas de vida diária e prática, para os usuários assistidos pelo PIPA e SERDI.

4.1.2. Realizar atendimento interdisciplinar para o desenvolvimento de habilidades essenciais para a execução de atividades de vida diária e prática dos usuários, favorecendo a autonomia pessoal, familiar e profissional.

4.1.3. Realizar atendimento interdisciplinar, promovendo o desenvolvimento integral do usuário, bem como o envolvimento familiar.

4.1.4. Realizar atendimento interdisciplinar para a prevenção de alterações comuns ao processo de envelhecimento das pessoas com Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro do Autismo promovendo a melhoria da qualidade de vida dos usuários.

4.1.5. Executar o Projeto Terapêutico Individual (PTI) de todos os usuários, que tem por finalidade direcionar o tratamento, estabelecendo objetivos e metas para os atendimentos, promovendo ainda a participação familiar e o processo de alta.

D4Sign 4f2b6d79-9037-4cba-88c3-6c89bcda74ae - Para confirmar as assinaturas acesse https://secure.d4sign.com.br/verificar
Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2.

4.1.6. O modelo do Projeto Terapêutico Individual bem como o prazo para a sua revisão serão normatizados pela Secretaria Municipal de Saúde de Lagoa Santa-MG.

4.1.7. Realizar e registrar em ata as reuniões mensais com a equipe para acompanhamento e discussão dos casos clínicos.

4.1.8. Promover a articulação e a capacitação com serviços de saúde, instituições educacionais e serviços de assistência social, objetivando ações de promoção à saúde, identificação e prevenção de deficiências, sensibilização da comunidade, efetividade do fluxo de referência e contrarreferência dos neonatos de risco (NR) para acompanhamento e intervenção precoce, discussão dos casos clínicos e encaminhamento quando necessário.

4.1.8.1. A contratada deverá encaminhar à Junta Reguladora, quadrimestralmente, documentação comprobatória de no mínimo 3 (três) capacitações, conforme item 7.1.8 deste termo de referência.

4.1.9. Registrar as informações corretamente em prontuário e sistemas de informação;

4.1.10. A contratada deverá ter um prontuário único de seus usuários contendo:

a) identificação do usuário com descrição feita em linguagem clara e sem rasura;

b) Anamnese, exame físico, exames complementares solicitados e seus respectivos resultados, hipóteses diagnóstico, diagnóstico definitivo e conduta terapêutica;

c) avaliação multiprofissional;

d) atendimento proposto;

e) objetivo geral e específico;

f) evolução clínica com data e hora, discriminação de todos os procedimentos realizados e identificação dos profissionais que os realizaram;

g) medicamentos utilizados pelo usuário e suas dosagens;

h) projeto terapêutico individualizado e de inclusão social, promovendo interface com outros setores e a comunidade;

i) abordagem familiar; e

D4Sign 4f2b6d79-9037-4cba-88c3-6c89bcda74ae - Para confirmar as assinaturas acesse https://secure.d4sign.com.br/verificar
Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2.

j) proposta de alta, encaminhamento, inclusão escolar e no mercado de trabalho.

4.1.11. Enviar relatórios e demais documentações, quando solicitados, para a Coordenadoria de Atenção à Saúde da Pessoa com Deficiência (CASPD/Superintendência de Redes Assistenciais (SRAS)/Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (SES-MG).

4.1.12. Manter equipe mínima formada pelos seguintes profissionais e quantitativos para os atendimentos aos usuários SERDI/PIPA, conforme consta do item 4.1.12.1:

4.1.12.1. Composição da equipe mínima:

PROFISSIONAL	QUANTIDADE	CARGA HORÁRIA MÍNIMA SEMANAL (por profissional)
Médico Clínico e/ou Pediatra	1	8 horas
Psicólogo	1	20 horas
Fonoaudiólogo	2	20 horas
Terapeuta Ocupacional	2	20 horas
Fisioterapeuta	1	20 horas
Assistente Social	1	20 horas

4.1.12.2. Deverá a **CONTRATADA** contar com a equipe mínima constante do item 4.1.12.1 no primeiro mês de vigência contratual.

4.1.12.3. Caso seja verificada a necessidade de contratação de mais profissionais para a realização dos atendimentos, deverá a **CONTRATADA** arcar com todas as despesas, não ensejando assim, ônus ao **CONTRATANTE**.

4.1.12.4. A equipe de profissionais acima elencada deverá ser exclusiva para os atendimentos dos usuários assistidos pelo PIPA e SERDI.

4.1.13. A **CONTRATADA** deverá possuir carga horária mínima de 8 horas semanais para os atendimentos médicos. Para atendimentos em psicologia, fonoaudiologia, terapia ocupacional, fisioterapia e assistência social a carga horária mínima deverá ser de 20 horas semanais para cada especialidade.

4.1.14. Manter sempre atualizado o prontuário dos pacientes e o arquivo médico.

4.1.15. Não utilizar e nem permitir que utilizem o paciente para fins de experimentação, limitando as práticas terapêuticas a procedimentos consagrados e reconhecidos pelo Conselho Federal de Medicina pelos serviços nacionais de fiscalização de medicina e farmácia, ou de outros órgãos públicos competentes.

D4Sign 4f2b6d79-9037-4cba-88c3-6c89bcda74ae - Para confirmar as assinaturas acesse https://secure.d4sign.com.br/verificar
Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2.

4.1.16. Atender aos pacientes com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo sempre a qualidade na prestação de serviços.

4.1.17. Afixar aviso, em local visível, de sua condição de credenciada do SUS, e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição, dentro dos limites específicos no contrato formalizado pelo SUS á disposição dos usuários na diretoria deste.

4.1.18. Justificar ao paciente ou a seu responsável, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realizar qualquer ato profissional necessário à execução dos procedimentos previstos no contrato.

4.1.19. Notificar o **CONTRATANTE** de eventual alteração de sua razão social ou de seu controle acionário e de mudança em sua diretoria, contrato ou estatuto, enviando ao **CONTRATANTE**, no prazo de 30 (trinta) dias, contados a partir da data de registro da alteração, cópia do documento arquivado no Cartório de Registro de Pessoa Jurídica.

4.1.20. No caso de falta do usuário devidamente agendado, deverá a **CONTRATADA** realizar encaixes/substituição do atendimento com usuários atendidos pelo SERDI e/ou PIPA.

4.1.21. Executar o objeto previsto neste Termo, responsabilizando-se exclusiva e integralmente pelo pessoal utilizado, incluindo encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais, resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para o contratante.

4.1.22. Explicar aos pacientes sobre seus direitos e assuntos pertinentes aos serviços oferecidos.

4.1.23. Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar prestação de serviço de saúde, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.

4.1.24. Garantir a confidencialidade dos dados e informações dos pacientes.

4.1.25. Constituir e manter ativa Comissão de Ética Médica Multiprofissional e enviar mensalmente as atas das reuniões realizadas.

4.1.26. Responsabilizar-se pela indenização de danos causados ao paciente, decorrente de ação ou omissão voluntária, ou de negligência, imperícia ou imprudência, praticados por seus empregados.

4.1.27. O acompanhamento e a fiscalização da execução deste contrato pelos órgãos competentes do SUS não exclui nem reduz a responsabilidade da **CONTRATADA**.

D4Sign 4f2b6d79-9037-4cba-88c3-6c89bcda74ae - Para confirmar as assinaturas acesse https://secure.d4sign.com.br/verificar
Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2.

4.1.28. Cumprir obrigações definidas para o Serviço de SERDI tipo I, conforme Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.403, de 19/03/2013 e da Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.404, de 19/03/2013 no qual insere o Município na Rede de Serviços Especializados de Reabilitação em Deficiência intelectual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do SUS/MG e institui o Programa de Intervenção Precoce Avançado - PIPA.

4.1.29. Enviar arquivo de BPA – Boletim de Produção Ambulatorial magnético para o contratante, juntamente com os relatórios de produção, carimbado e assinado até o 2º dia útil do mês subsequente à produção;

4.1.30. Após apresentação do processamento dos dados realizado pelo Contratado, o relatório Síntese de Produção ficará disponível na Secretaria Municipal de Saúde de Lagoa Santa/MG;

4.1.31. Ocorrendo erro na apresentação do meio magnético (BPA) o mesmo será devolvido à contratada ficando estabelecido que o processamento será efetuado após apresentação de novo meio magnético (BPA) devidamente retificado que deverá ser entregue em **até 01 (um) dia corrido contado da data do recebimento da notificação**.

4.1.32. O faturamento deverá ser entregue nesta secretaria **até o 2º (segundo) dia útil** do mês subsequente a prestação de serviço, os relatórios do faturamento deverão conter os seguintes dados: logomarca da empresa, nome do profissional, especialidade do profissional, mês da competência, código da tabela SUS do procedimento e sua descrição, nome completo do paciente, data do atendimento, quantidade de atendimento por usuário e quantidade total de atendimentos.

4.1.32.1. Os modelos dos relatórios de faturamento serão fornecidos pela Secretaria Municipal de Saúde e poderão ser revistos a qualquer momento, devendo a contratada adequar-se ao modelo fornecido no próximo faturamento.

4.1.32.2. Os relatórios de faturamento deverão ser por serviço prestado, individualizado para o SERDI, PIPA e Cofinanciamento, não devendo constar do mesmo relatório.

4.1.33. O pagamento à contratada somente será realizado após o processamento do relatório pelo Setor de Regulação, emissão de nota fiscal pela contratada e envio ao setor competente para pagamento.

4.1.34. A **CONTRATADA** deverá informar e manter Gerência Técnica responsável pelos atendimentos referentes ao SERDI/PIPA e deverá ter carga horária mínima de 30 (trinta) horas semanais.

4.1.34.1. A Gerência Técnica deverá ter nível superior em saúde podendo ser um dos profissionais que compõe a equipe mínima, desde que a sua formação seja em Fonoaudiologia ou Terapia Ocupacional ou Fisioterapia ou Assistência Social.

D4Sign 4f2b6d79-9037-4cba-88c3-6c89bcda74ae - Para confirmar as assinaturas acesse https://secure.d4sign.com.br/verificar
Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2.

4.1.34.2. Caso a Gerência Técnica seja um dos profissionais integrante da equipe mínima, a sua carga horária como gerente técnico não deverá coincidir com a carga horária destinada aos atendimentos.

4.1.34.3. A Gerência Técnica deverá acompanhar e gerenciar os trabalhos desenvolvidos nos serviços constantes do Plano Operativo, além de articular com profissionais da rede SUS municipal.

4.1.34.4. A Gerência Técnica da **CONTRATADA** deverá comparecer quinzenalmente às reuniões com a Referência Técnica da Junta Reguladora para discussão dos casos clínicos, conforme convocação da Referência Técnica da Junta Reguladora.

4.1.35. Atualizar o Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES) junto ao setor de Sistema de Informação do Núcleo de Regulação (NUREG) quando da inclusão ou exclusão de profissional referente aos serviços de saúde.

4.1.36. O início dos atendimentos dos usuários deverá ocorrer no prazo máximo de 15 (quinze) dias corridos contados da data do encaminhamento realizado pela Junta Reguladora.

4.1.37. Havendo aumento da demanda dos usuários contemplados no SERDI e PIPA, deverá a contratada notificar no prazo de 07 (sete) dias corridos a Junta Reguladora e ao Núcleo de Regulação informando sobre as medidas que serão adotadas pela CONTRATADA para que os usuários não fiquem desassistidos.

4.1.38. Mensalmente será apresentado a Junta Reguladora, pra fins de declaração do cumprimento das metas pactuadas e para pagamento, o quadro de **Autodeclaração (Anexo VI)** que compõem o Plano Operativo Assistencial (POA) até o 2º (segundo) dia útil do mês subsequente aos atendimentos.

4.1.39. Havendo alteração na legislação estadual e/ou federal e/ou municipal será(ão) objeto de aditivo do contrato.

4.1.40. Realizar atendimentos somente aos usuários encaminhados e regulados pela Junta Reguladora.

4.1.41. Atender às urgências clínicas no prazo máximo de 07 (sete) dias corridos contados da data do encaminhamento para a **CONTRATADA**.

4.1.42. A **CONTRATADA** deverá disponibilizar à Junta Reguladora acesso a sua agenda até o dia 20 (vinte) do mês que antecede aos atendimentos.

4.1.43. A **CONTRATADA** deverá disponibilizar acesso ao seu sistema de informação ao setor de Regulação da Secretaria de Saúde do **CONTRATANTE**, disponibilizando o uso de tal sistema à Referência Técnica do **CONTRATANTE**.

D4Sign 4f2b6d79-9037-4cba-88c3-6c89bcda74ae - Para confirmar as assinaturas acesse https://secure.d4sign.com.br/verificar
Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2.

4.1.44. A implantação de sistema de informação pela SEMSA, deverá a contratada no prazo de 30 dias adequar-se ao sistema implementado.

CLÁUSULA QUINTA – DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

5.1. O **CONTRATANTE** obriga-se a:

5.1.1. Instituir a Junta Reguladora da rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência (Equipe Matricial) conforme disposto na Deliberação CIB-SUS/MG nº 1272 de 24 de outubro de 2012 e Deliberação CIB-SUS/MG nº 2003 de 09 de dezembro de 2014.

5.1.2. Observar o critério de prévio empenho para efetuar os pagamentos mediante apresentação de faturas mensais e relatórios devidamente certificados nas condições estabelecidas neste Termo.

5.1.3. Designar servidor(es) responsável (is) pelo acompanhamento e fiscalização da execução dos serviços aqui ajustados.

5.1.4. Notificar a **CONTRATADA**, por escrito, de quaisquer irregularidades que venham ocorrer, em função da execução dos serviços.

5.1.5. Aferir a qualidade do atendimento prestado pela **CONTRATADA**.

5.1.6. Recusar os serviços que estiverem fora das especificações e exigências constantes do contrato.

5.1.7. Cumprir obrigações definidas para o Serviço de SERDI tipo I, conforme Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.403, de 19/03/2013 e da Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.404, de 19/03/2013 no qual insere o Município na Rede de Serviços Especializados de Reabilitação em deficiência intelectual da Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do SUS/MG e institui o Programa de Intervenção Precoce Avançado - PIPA.

5.1.8. Solicitar inspeção pela Vigilância Sanitária Municipal sempre que considerar necessário ou mediante denúncia de irregularidade(s).

5.1.9. Realizar auditoria no estabelecimento contratado sempre que necessário e sem comunicação prévia.

5.1.10. Efetuar o pagamento à contratada em conformidade com o disposto neste instrumento.

5.1.11. Recusar os serviços que estiverem fora das especificações constantes deste Termo de Referência.

5.1.12. Exigir da **CONTRATADA**, a qualquer tempo, documentos que comprovem o correto e tempestivo pagamento de todos os encargos previdenciários, trabalhistas, fiscais e comerciais decorrentes da execução

D4Sign 4f2b6d79-9037-4cba-88c3-6c89bcda74ae - Para confirmar as assinaturas acesse https://secure.d4sign.com.br/verificar
Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2.

deste contrato, bem como todas as qualificações que ensejaram sua habilitação.

5.1.12.1. O **CONTRATANTE** definirá a Referência Técnica, obrigatoriamente profissional de nível superior em saúde e com formação de acordo com os serviços contratados.

5.1.12.2. A referência técnica da Junta Reguladora deverá fazer, no mínimo, 2 (duas) visitas mensais ao prestador onde será realizada auditoria, acompanhamento do Projeto Terapêutico e qualquer outro motivo que tenha por finalidade o acompanhamento da execução do contrato mediante a emissão de relatório circunstanciado de sua visita.

5.1.13. A Referência Técnica da Junta Reguladora deverá validar e especificar as urgências.

5.1.14. A Secretaria Municipal de Saúde de Lagoa Santa-MG e a Junta Reguladora poderão emitir Nota(s) Técnica(s), orientações ou qualquer outro documento que comporão este contrato.

CLÁUSULA SEXTA – DA VIGÊNCIA

6.1. O presente contrato terá vigência de 12 meses, a partir de 02 de janeiro de 2024, podendo ser prorrogado por interesse das partes, nos termos da Lei Federal nº. 8.666/93.

CLÁUSULA SÉTIMA – DO VALOR E FORMA DE PAGAMENTO

7.1. O valor estimado anual é de até **R$ 358.038,48 (trezentos e cinquenta e oito mil trinta e oito reais quarenta e oito centavos), discriminados da seguinte forma:**

Descrição	Valor Mensal	Valor Anual
*SERDI	Até R$ 12.927,35	**Até R$ 155.128,20**
** PIPA	Até R$ 3.231,84	**Até R$ 38.782,08**
COFINANCIAMENTO PRODUÇÃO X OFICINAS	Até R$ 12.927,35	**Até R$ 155.128,20**
***COFIANCIAMENTO POR DESEMPENHO	Até R$ 3.000,00	**Até R$ 9.000,00**
VALOR TOTAL		**Até R$ 358.038,48**
* Dentro do que determina a Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.403 de 19/03/2013 e da Deliberação CIB-SUS/MG nº 1.404 de 19/03/2013. ** A geração de crédito referente ao PIPA, está condicionada ao envio de recurso pelo Estado. *** Valor pago a cada quadrimestre.		

7.2. O valor dos serviços mencionados nos Planos Operativos Assistenciais, que será parte integrante do instrumento contratual, está em conformidade ao

D4Sign 4f2b6d79-9037-4cba-88c3-6c89bcda74ae - Para confirmar as assinaturas acesse https://secure.d4sign.com.br/verificar
Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2.

fixado pela Tabela SUS do Ministério da Saúde em vigor a época da assinatura do contrato.

7.3. A geração de crédito referente ao PIPA, está condicionada ao envio do recurso pelo Estado.

7.4. A geração de crédito da parcela estará condicionada a avaliação, dos cumprimentos de metas a ser realizada pela Junta Reguladora do município de Lagoa Santa.

7.5. Mensalmente será apresentado a Junta Reguladora pra fins de declaração do cumprimento das metas pactuadas e para pagamento o quadro de **Autodeclaração (Anexo VI)** que compõe este POA até o 2º dia útil do mês subsequente da competência dos atendimentos.

7.6. O pagamento pela prestação dos serviços dar-se-á em até 30 (trinta) dias após a emissão da nota(s) fiscal(is) pela **CONTRATADA**.

CLÁUSULA OITAVA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

8.1. As despesas do **CONTRATANTE**, necessárias à execução do presente Contrato correrão à conta da dotação orçamentária sob o número abaixo especificado:

FICHA	DOTAÇÃO
639	02.06.01.10.302.0019.2224.3.3.50.43.00
647	02.06.01.10.302.0019.2226.3.3.90.39.00

8.2. As partes das despesas decorrentes deste contrato que não foram realizadas em 2024 correrão por conta de dotações orçamentárias próprias do exercício futuro.

CLÁUSULA NONA – DAS SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

9.1 Em caso de descumprimento contratual por parte do **CONTRATANTE**, serão aplicadas as sanções previstas no art. 87 da Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, com observância do devido processo administrativo, respeitando-se o contraditório e a ampla defesa.

CLÁUSULA DÉCIMA - DA RESCISÃO

10.1. O presente contrato poderá ser rescindido:

10.1.1. Por ato unilateral e escrito do **CONTRATANTE**, nos casos enumerados nos incisos I a XII, XVII e XVIII do artigo 78 da Lei Federal nº 8.666/93.

10.1.2. Por acordo entre as partes, reduzido a termo.

D4Sign 4f2b6d79-9037-4cba-88c3-6c89bcda74ae - Para confirmar as assinaturas acesse https://secure.d4sign.com.br/verificar
Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2.

10.1.3. Na forma, pelos motivos e em observância às demais previsões contidas nos artigos 77 a 80 da Lei Federal nº 8.666/93.

10.2. Os casos de rescisão contratual deverão ser formalmente motivados, assegurada a observância dos princípios do contraditório e da ampla defesa.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS ALTERAÇÕES

11.1 Nenhuma alteração nas condições estabelecidas neste instrumento será admitida sem o consentimento das partes e, caso ocorram, deverão ser formalizadas por meio de termos aditivos ou apostilamento, se este permitir.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DA CESSÃO, TRANSFERÊNCIA E SUBCONTRATAÇÃO

12.1. As partes contratantes obrigam-se ao bom e fiel cumprimento do presente, ressaltando que o presente contrato não poderá ser cedido, transferido ou subcontratada para terceiros.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA DOCUMENTOS TÉCNICOS

13.1. Comprovante de cadastro junto ao Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES do Ministério da Saúde;

13.2. Alvará de funcionamento emitido pela Prefeitura Sede;

13.3. Alvará Sanitário;

13.4. Apresentar a Certidão de Filantropia;

13.5. Apresentar declaração de que possui equipe técnica para atender as demandas constantes do Plano Operativo Assistencial constante do Anexo I deste contrato, bem como o nome, o cargo, carga horária dos profissionais envolvidos nos atendimentos.

13.5.1. Juntar cópia da documentação dos profissionais técnicos (identidade, carteira profissional, diploma).

13.6. Declaração de que cada profissional arrolado na declaração constante do item 13.5 exercerá, dentro da instituição contratada, **exclusivamente** atividades voltadas ao objeto contemplado neste termo de referência.

13.7. Declaração do e-mail oficial do contratado para fins de contato entre contratado e contratante.

13.8. Declaração de que possui responsável técnico, com nome, RG, registro profissional e carga horária.

D4Sign 4f2b6d79-9037-4cba-88c3-6c89bcda74ae - Para confirmar as assinaturas acesse https://secure.d4sign.com.br/verificar
Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2.

13.8.1. Juntar cópia da carteira de identidade, CPF, carteira profissional.

13.9. Declaração de capacidade instalada/operacional conforme anexo VI.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

14.1. Será respeitado o preconizado na Lei Federal nº 8.080/90, na Deliberação CIB-SUS/MG nº 1403 de 19 de março de 2013 e Deliberação CIB-SUS/MG nº 1404 de 19 de março de 2013 e/ou outra legislação que vier a alterar ou substituí-las.

14.2. O Município/Secretaria Municipal de Saúde poderá, a qualquer tempo, rever e alterar a forma e a abrangência previstas no Instrumento Contratual, ampliando ou limitando os serviços de assistência à saúde prestados pela CONTRATADA, de acordo com sua disponibilidade orçamentária.

14.3. O secretário municipal de saúde designará o gestor técnico do contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA VINCULAÇÃO

15.1. O presente contrato vincula-se ao instrumento Termo de Referência e a Proposta da **CONTRATADA**, que integra a Dispensa de Licitação nº 038/2023.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DA LEI GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS

16.1. É dever das partes observar e cumprir as regras impostas pela Lei Federal nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (LGPD), suas alterações e regulamentações posteriores, devendo ser observadas, no tratamento de dados, a respectiva finalidade específica, a consonância ao interesse público e a competência administrativa aplicável.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA - DA PUBLICAÇÃO

17.1. O extrato do presente Contrato será publicado no Diário Oficial dos Municípios Mineiros, nos termos do parágrafo único, do artigo 61 da Lei Federal nº 8.666/93, a cargo do **CONTRATANTE.**

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA - DO FORO

18.1. Para dirimir quaisquer questões oriundas do presente contrato, as partes elegem o foro da Comarca de Lagoa Santa/MG, com expressa renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem assim justas e contratadas, assinam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, para um só efeito.

D4Sign 4f2b6d79-9037-4cba-88c3-6c89bcda74ae - Para confirmar as assinaturas acesse https://secure.d4sign.com.br/verificar
Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2.

Lagoa Santa, 2024.
.

MUNICÍPIO DE LAGOA SANTA
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE (INTERINO)
JOÃO PAULO DA SILVA
CONTRATANTE

ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE LAGOA SANTA – APAE/LS
MARIA DA SAÚDE DE MATOS JENSEN
CONTRATADA

TESTEMUNHAS:_____ _____
CPF: CPF:

D4Sign 4f2b6d79-9037-4cba-88c3-6c89bcda74ae - Para confirmar as assinaturas acesse https://secure.d4sign.com.br/verificar
Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2.

ANEXO I -

Do Plano Operativo Assistencial

I - Serviços Especializado de Reabilitação em Deficiência Intelectual- SERDI

1.Objetivo:

1.1 - Serviço Especializado de Reabilitação em Deficiência Intelectual- SERDI terão como finalidade exclusiva o atendimento em saúde das pessoas com deficiência intelectual e transtorno do espectro do autismo - TEA, integrando a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência do SUS/MG.

2. Das Atividades Assistenciais:

2.1 - A CONTRATADA compromete-se com a execução das atividades assistenciais ambulatoriais de atendimento/ acompanhamento em reabilitação física, mental, visual e múltiplas deficiências, conforme descritos abaixo:

- Aplicação de Teste para Psicodiagnóstico;
- Acompanhamento de Paciente em Reabilitação em Comunicação Alternativa;
- Acompanhamento Neuropsicológico de Paciente em Reabilitação
- Acompanhamento Psicopedagógico de Paciente em Reabilitação;
- Atendimento/Acompanhamento em Reabilitação nas Múltiplas Deficiências;
-Atendimento/Acompanhamento de Paciente em Reabilitação do desenvolvimento Neuropsicomotor.

3. Do Financiamento:

3.1 - O pagamento do recurso referente ao serviço SERDI será realizado mensalmente e conforme cumprimento da meta quantitativa assistencial pré-definida nos quadros I e II nos moldes previstos na Deliberação CIB-SUS/MG nº 1403 de 19/03/2013.

3.2 - O recurso a ser recebido pela CONTRATADA está vinculado a porcentagem de usuários atendidos no mês. O quantitativo de projetos terapêuticos efetivamente cumpridos é de 149 (cento e quarenta e nove) por mês corresponde a 100% dos usuários atendidos.

D4Sign 4f2b6d79-9037-4cba-88c3-6c89bcda74ae - Para confirmar as assinaturas acesse https://secure.d4sign.com.br/verificar
Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2.

Quadro I - Total de Projetos Terapêuticos/mês

Município	CNES	Total de Projetos Terapêuticos efetivamente cumpridos/mês
Lagoa Santa	2765004	149

Quadro II - A tabela abaixo estabelece as metas e penalidades financeiras

Porcentagem alcançada de Projetos Terapêuticos/mês	Recurso a receber	Valor a receber (R$)
Maior que 90%	100%	12.927,35
89,9 a 80%	90%	11.634,61
79,9 a 70%	80%	10.341,88
69,9 a 60%	70%	9.049,14
59,9 a 50%	60%	7.756,41
Abaixo de 50%	50%	6.463,67

4. Das Metas e Indicadores:

4.1 - O acompanhamento do desempenho se dará a cada quatro meses e terá como base o quantitativo de projetos terapêuticos atendidos/mês.

5. Da relação de procedimentos a serem realizados:

5.1 Ficam definidos os seguintes procedimentos a serem realizados pela CONTRATADA, referentes aos serviços SERDI, descritos no quadro III.

Quadro III– Procedimentos que compõem o SERDI

Código do Procedimento	Descrição	Valor Mensal Estimado (PPI)	Valor Ano Estimado (PPI)
02.11.10.001-3	**Aplicação de Teste para Psicodiagnóstico**	**Até R$12.927,35**	**Até R$155.128,20**
03.01.07.002-4	**Acompanhamento de Paciente em Reabilitação em Comunicação Alternativa**		
03.01.07.004-0	**Acompanhamento Neuropsicológico de Paciente em Reabilitação**		
03.01.07.005-9	**Acompanhamento Psicopedagógico de Paciente**		

D4Sign 4f2b6d79-9037-4cba-88c3-6c89bcda74ae - Para confirmar as assinaturas acesse https://secure.d4sign.com.br/verificar
Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2.

	em Reabilitação		
03.01.07.006-7	Atendimento/Acompanhamento em Reabilitação nas Múltiplas Deficiências		
03.01.07.007-5	Atendimento/Acompanhamento de Paciente em Reabilitação do desenvolvimento Neuropsicomotor		
02.11.10.001-3	Aplicação de Teste para Psicodiagnóstico		

D4Sign 4f2b6d79-9037-4cba-88c3-6c89bcda74ae - Para confirmar as assinaturas acesse https://secure.d4sign.com.br/verificar
Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2.

II - Programa de Intervenção do Precoce Avançado - PIPA

1.Objetivo:

1.1 - O PIPA é um programa de âmbito estadual para Serviços Especializados de Reabilitação em Deficiência Intelectual. O PIPA tem como objetivo incentivar o acompanhamento dos Neonatos de Risco - NR, realizar diagnóstico precoce, promover a intervenção precoce nos usuários com deficiência intelectual, prevenir agravos, melhorar o prognóstico e a qualidade de vida das pessoas com deficiência.

2. Das Atividades Assistenciais:

2.1 - A contratada deve captar e fazer acompanhamento de pacientes de 0 a 6 anos de com possível diagnóstico clínico indicativo de deficiência intelectual como forma de reduzir os efeitos dos fatores de risco ou da deficiência no desenvolvimento da criança. A IP pode assim ser melhorativa, quando remedeia um problema de desenvolvimento ou preventiva quando evita a sua ocorrência ou reduz os seus efeitos.

3. Do Financiamento:

3.1 - O pagamento do recurso referente ao serviço PIPA está vinculado ao cumprimento dos indicadores de captação e acompanhamento do neonato de risco, nos moldes previstos na deliberação CIB-SUS/MG nº 1403 de 19/03/2013.

3.2 - O peso do impacto financeiro é de 30% para indicador 1 e 70% para indicador 2 do valor total do recurso PIPA.

3.3 - O valor estimado mensal para prestação de serviço é de R$ 3.231,84 (três mil, duzentos e trinta e um reais e oitenta e quatro centavos) a ser repassado pelo Fundo Estadual de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde de acordo com o cumprimento das metas informadas através da Auto Declaração.

3.3.1 - Os recursos referentes ao PIPA só serão repassados ao prestador após envio dos valores pelo Estado.

4. Das Metas e Indicadores:

4.1 - Para recebimento do incentivo PIPA deverão ser atendidos aos seguintes indicadores:

D4Sign 4f2b6d79-9037-4cba-88c3-6c89bcda74ae - Para confirmar as assinaturas acesse https://secure.d4sign.com.br/verificar
Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2.

4.1.1 - Indicador 1: Captação e acompanhamento do neonato de risco, peso financeiro de 30% do valor do recurso PIPA

I- Captação e acompanhamento do neonato de risco (NR). Mensalmente deverão ser atendidos no mínimo 19 (dezenove) pacientes de Neonato de Risco em conformidade com a **Resolução SES/MG nº 3.685, de 19 de março de 2013**. Para comprovação encaminhar mensal a planilha de Autodeclaração (anexo V) para a Junta Reguladora do município. Serão avaliados pela Junta Reguladora os casos de acompanhamento e captação de novos casos.

II- A tabela abaixo estabelece as metas e penalidades financeiras

Porcentagem alcançada de usuários atendidos no mês	Recurso a receber	Valor a receber R$
Maior que 90%	100%	3.231,84
89,9 a 80%	90%	2.908,65
79,9 a 70%	80%	2.585,47
69,9 a 60%	70%	2.262,28
59,9 a 50%	60%	1.939,10
Abaixo de 50%	50%	1.615,92

4.1.2 - Indicador 2: Ampliação do atendimento nos usuários de faixa etária entre 0 a 6 anos de idade, peso financeiro de 70% do valor do recurso PIPA.

I - Para este indicador a instituição deverá realizar o aumento mínimo de 01 (hum) usuário por quadrimestre na faixa etária de 0 a 6 anos de idade para intervenção precoce tipo I e II em conformidade com a **Resolução SES/MG nº 3.685, de 19 de março de 2013** mantendo o **mínimo de 30 (trinta) usuários de 0 a 6 anos de idade**. Para comprovação encaminhar mensal a planilha de Autodeclaração para a Junta Reguladora do município. Serão avaliados pela junta os casos de acompanhamento e captação de novos casos.

D4Sign 4f2b6d79-9037-4cba-88c3-6c89bcda74ae - Para confirmar as assinaturas acesse https://secure.d4sign.com.br/verificar
Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2.

III – COFINANCIAMENTO

1- O cofinanciamento visa ao fortalecimento da oferta da uma atenção assistencial especializada completa e eficaz para atender de forma equânime, integral e contínua às pessoas que apresentam Deficiência Intelectual, Transtorno do Espectro do Autismo e Transtornos do Neurodesenvolvimento, bem como os Neonatos de Risco.

2- O cofinanciamento será custeado com recursos municipais, haja vista que a responsabilidade de financiamento do Sistema Único de Saúde - SUS é tripartite.

3- O valor total do cofinanciamento será de até R$ 164.128,20 (cento e sessenta e quatro mil cento e vinte e oito reais e vinte centavos)/ano, que será distribuído da seguinte forma:

3.1 - Cofinanciamento por Produção X Oficinas:

3.1.1 - Atendimentos acima do total de usuários SERDI e Oficinas Terapêuticas Física, Intelectual Auditiva, Sociabilidade e Inclusão Social - A contratada fará jus ao recebimento do valor total de até R$ 155.128,20 (cento e cinquenta e cinco mil cento e vinte e oito reais e vinte centavos)/ano e de até R$ 12.927,35 (doze mil novecentos e vinte e sete reais e trinta e cinco centavos)/mês, somente, quando do atendimento de percentuais igual ou acima de 101% (cento e um por cento) do quantitativo de usuários contemplados pelo SERDI, ou seja, quando a contratada atender o quantitativo igual ou superior a 150 (cento e cinquenta) usuários/mês.

3.1.1.1 – A cada aumento de usuários atendidos a mais da cota estabelecida pelo SERDI (149 usuários por mês) será solicitado, pela Referência Técnica da Política da Pessoa com Deficiência da Secretaria Municipal de Saúde, um determinado quantitativo de realização de oficinas psicossociais conforme consta do quadro I.

3.1.1.2 – Os temas das oficinas também serão solicitados pela Referência Técnica da Política da Pessoa com Deficiência da Secretaria Municipal de Saúde de acordo com a demanda existente na Secretaria Municipal de Saúde.

3.1.2- Deverá a contratada realizar oficinas terapêuticas física, intelectual auditiva, sociabilidade e inclusão social que visam ao atendimento das pessoas com Deficiência Intelectual, Transtorno do Espectro do Autismo (TEA),

D4Sign 4f2b6d79-9037-4cba-88c3-6c89bcda74ae - Para confirmar as assinaturas acesse https://secure.d4sign.com.br/verificar
Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2.

Transtornos do Neurodesenvolvimento e neonatos de risco, bem como aos pais, responsáveis ou cuidadores destes usuários.

3.1.2.1 – Os usuários que farão jus aos atendimentos nas oficinas psicossociais são os usuários que não estejam em atendimento no SERDI, ou seja, são os usuários atendidos nos equipamentos da rede SUS de Lagoa Santa.

3.1.2.2 – Os pais, responsáveis ou cuidadores pelos usuários atendidos no SERDI ou dos usuários da rede SUS Lagoa Santa atendidos pelas oficinas psicossociais.

3.1.3 – Para que os usuários sejam atendidos nas oficinas da contratada, o seu encaminhamento deverá ser obrigatoriamente realizado pelos equipamentos da rede SUS de Lagoa Santa e regulados e autorizados pela Junta Reguladora.

3.1.4 – A temática das oficinas será solicitada pela Referência Técnica da Política da Pessoa com Deficiência da Secretaria Municipal de Saúde de acordo com a necessidade dos usuários e conforme a demanda existente na Secretaria Municipal de Saúde.

3.1.5 – As indicações para que os usuários possam ser atendidos pela(s) oficina(s) deverá constar obrigatoriamente do Projeto Terapêutico Singular do usuário.

3.1.6 - Os usuários que não foram regulados e autorizados pela Junta Reguladora serão glosados.

3.1.7 – A realização de oficinas psicossociais que não foram solicitadas pela Referência Técnica da Pessoa com Deficiência da Secretaria Municipal de Saúde serão glosadas.

Quadro I

Nº DE USUÁRIOS ATENDIDOS POR MÊS (A MAIS DA COTA SERDI 149)	Nº TOTAL DE USUÁRIOS ATENDIDOS (SERDI + USUÁRIOS A MAIS)	Nº DE OFICINAS A SEREM SOLICITADAS POR MÊS	PORCENTAGEM DO RECURSO A RECEBER (%)	VALOR DO RECURSO A RECEBER (R$)
2 a 51	150	4	50	6.463,67
52 a 74	201	8	70	9.049,14
75 ou mais	224	16	100	12.927,35

D4Sign 4f2b6d79-9037-4cba-88c3-6c89bcda74ae - Para confirmar as assinaturas acesse https://secure.d4sign.com.br/verificar
Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2.

3.1.8 – As **Oficinas Terapêutica Física, Intelectual Auditiva, Sociabilidade e Inclusão Social** psicossociais que poderão ser realizadas pela contratada são:

TEMA DA OFICINA	OBJETIVO	PROFISSIONAL TÉCNICO RESPONSÁVEL PELA OFICINA	TEMPO DE DURAÇÃO	Nº DE PARTICIPANTES POR OFICINA	QUANTIDADES DE OFICINAS QUE PODERÃO SER OFERTADAS POR MÊS	PÚBLICO ALVO
Musicalização	Estimular a percepção e a sensibilidade musical; Desenvolver habilidades motoras; Promover a comunicação e a expressão emocional através da música; Estimular a socialização e a interação entre os participantes; Desenvolver a concentração e a atenção; Estimular o desenvolvimento da linguagem e da comunicação.	Equipe Multiprofissional	30 minutos	20	4	Usuários assistidos pela rede SUS Lagoa Santa
Comunicação Alternativa	Ensinar técnicas e estratégias de comunicação alternativa como o uso de pranchas de comunicação, sistemas de símbolos, dispositivos eletrônicos de comunicação; desenvolver habilidades de expressão e compreensão da linguagem, adaptando as estratégias de comunicação às capacidades de cada pessoa; estimular a interação social e a participação em atividades comunicativas, tanto no contexto da oficina quanto em situações do dia a dia e promover a inclusão e a conscientização sobre a importância da comunicação alternativa na sociedade.	Equipe Multiprofissional	30 minutos	10	4	Usuários assistidos pela rede SUS Lagoa Santa
Educação Informativa	Aumentar a capacidade da família no enfrentamento e	Equipe Multiprofissional	1 hora	30	4	Pais, responsável ou

D4Sign 4f2b6d79-9037-4cba-88c3-6c89bcda74ae - Para confirmar as assinaturas acesse https://secure.d4sign.com.br/verificar
Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2.

	superação dos desafios decorrentes da situação da deficiência intelectual e do Transtorno do Espectro do Autismo (TEA); compreender a pessoa com deficiência intelectual e do Transtorno do Espectro do Autismo (TEA), identificação das necessidades e metas especifica do usuário; exploração dos tratamentos, terapias e recursos disponíveis e acompanhamento e avaliação contínua do progresso do plano de desenvolvimento individualizado do usuário.					cuidadores dos usuários SERDI e usuários da rede SUS Lagoa Santa
Estimulação Precoce	Fornecer informações sobre o desenvolvimento infantil e as necessidades específicas das crianças com deficiência e ou em processo de avaliação; ensinar técnicas de estimulação precoce que possam ser aplicadas em casa; promover a interação e comunicação entre pais e filhos; orientar os pais sobre como lidar com compromissos desafiadores ou dificuldades especifica e oferecer suporte emocional e oportunidades de compartilhamento de experiências entre os pais.	Equipe Multiprofissional	1 hora	30	1	Pais, responsável ou cuidadores dos usuários SERDI e usuários da rede SUS Lagoa Santa
Atividades de Vida Diária	Capacitar os pacientes a se tornarem mais independentes em suas habilidades, promovendo maior qualidade de vida e a inclusão social; Incluindo técnicas e estratégias para se vestir, alimentar-se, tomar banho, cuidar da higiene pessoal, Melhorar a coordenação motora e a	Equipe Multiprofissional	30 minutos	12	4	Pais, responsável ou cuidadores dos usuários SERDI e usuários da rede SUS Lagoa Santa

D4Sign 4f2b6d79-9037-4cba-88c3-6c89bcda74ae - Para confirmar as assinaturas acesse https://secure.d4sign.com.br/verificar
Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2.

	força muscular; Promover a adaptação e o uso de dispositivos de assistência; Estimular a independência					

3.1.8.1 – Deverá a contratada enviar junto ao faturamento, a lista de presença relativa a cada oficina realizada, fazendo constar no relatório o tema da oficina, a data e horário da sua realização, profissionais envolvidos nas oficinas e os nomes do publico alvo presente.

3.2 – <u>Cofinanciamento por Desempenho</u>:

3.2.1 – **Bonificação por Desempenho** - O valor total destinado à bonificação por desempenho é de até R$ 9.000,00 (nove mil reais) por ano e de até R$ 3.000,00 (três mil reais) por quadrimestre.

3.2.2 - As metas constantes do quadro I serão averiguadas mensalmente pela Junta Reguladora deste município e ao término do quadrimestre a Junta Reguladora fará a avaliação do quadrimestre.

Quadro I - A tabela abaixo estabelece as metas a serem cumpridas

METAS QUALITATIVAS	Porcentagem(%)
Manter equipe profissional completa	20
Manter Referência Técnica com carga horária de pelo menos 30 horas semanais	15
Manter estrutura física adequada aos atendimentos aos usuários	10
Iniciar os atendimentos no prazo máximo de 15 (quinze) dias, contados da data da elaboração do Projeto Terapêutico pelo Centro de Atenção Integrada à Saúde (CAIS)	20
Seguir os parâmetros estabelecidos nas legislações Federais, Estaduais e Municipais que versem sobre a Deficiência Intelectual	5
Alimentação do banco de dados dos usuários assistidos pela APAE/LS-MG	5
Qualidade da execução do Projeto Terapêutico aferido pela Junta Reguladora e CAIS	10
Cumprir o Projeto Terapêutico elaborado pelos profissionais do CAIS	15

3.2.3 - Para que a contratada faça jus ao recebimento do valor de até R$ 3.000,00 por quadrimestre, deverá a Junta Reguladora Municipal, realizar a apuração da Média das Porcentagens referentes ao cofinanciamento por produção constante do item 3.1.1 e das metas alcançadas no quadrimestre.

D4Sign 4f2b6d79-9037-4cba-88c3-6c89bcda74ae - Para confirmar as assinaturas acesse https://secure.d4sign.com.br/verificar
Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2.

Quadro II – A tabela abaixo estabelece as metas e penalidades financeiras

Porcentagem das Metas por Quadrimestre	Porcentagem do Recurso a Receber	Valores a Receber
Maior que 86%	100%	R$ 3.000,00
60 a 85,9%	70%	R$ 2.100,00
0 até 59,9%	50%	R$ 1.500,00

D4Sign 4f2b6d79-9037-4cba-88c3-6c89bcda74ae - Para confirmar as assinaturas acesse https://secure.d4sign.com.br/verificar
Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2.

ANEXO II

Roteiro de Inspeção e Análise Técnica dos Serviços Especializados de Referência em Deficiência Intelectual

Data da inspeção: ____/_____/_____

1) Identificação da Unidade

Nome da Unidade:_____

CNPJ:_____

Razão Social:_____

CNES:_____

Superintendência Regional de Saúde/GRS:_____

Microrregião de saúde_____

Macrorregião de saúde _____

Tipo de Prestador / Natureza:

( ) Federal ( ) Estadual ( ) Municipal ( ) Filantrópico ( ) Privado

Classificação do Serviço:

( ) Serviço Especializado de Reabilitação em Deficiência Intelectual tipo I

( ) Serviço Especializado de Reabilitação em Deficiência Intelectual tipo II

Endereço:_____

_____

D4Sign 4f2b6d79-9037-4cba-88c3-6c89bcda74ae - Para confirmar as assinaturas acesse https://secure.d4sign.com.br/verificar
Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2.

Bairro: _____CEP:_____

Cidade:_____

Email:_____
Telefone: (___)_____ Fax: (___)_____

Responsável técnico_____

2) Informações sobre a Administração e Equipe Profissional

Presidente da Unidade

Nome:_____

RG:_____CPF:_____

Diretor

Nome:_____

RG:_____CPF:_____

Neurologista

Nome:_____
Nº: do Registro profissional:_____
Carga Horária Semanal:_____

Pediatra

Nome:_____
Nº: do Registro Profissional:_____
Carga Horária Semanal:_____

Fisioterapeuta

Nome:_____
Nº: do Registro Profissional:_____
Carga Horária Semanal:_____

D4Sign 4f2b6d79-9037-4cba-88c3-6c89bcda74ae - Para confirmar as assinaturas acesse https://secure.d4sign.com.br/verificar
Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2.

Fonoaudiólogo

Nome:_____
Nº: do Registro Profissional:_____
Carga Horária Semanal:_____

Terapeuta Ocupacional

Nome:_____
Nº: do Registro Profissional:_____
Carga Horária Semanal:_____

Psicólogo

Nome:_____
Nº: do Registro Profissional:_____
Carga Horária Semanal:_____

Assistente Social

Nome:_____
Nº: do Registro Profissional:_____
Carga Horária Semanal:_____

Outros

Nome:_____
Nº: do Registro Profissional:_____
Carga Horária Semanal:_____

3) Clientela

Faixa etária	Quantidade de usuários
Acompanhamento ao Neonato de Risco	
Intervenção Precoce I (0 a 3 anos)	
Intervenção Precoce II (4 a 6 anos)	
7 a 13 anos	
14 a 27 anos	
acima de 28 anos	
Total	

D4Sign 4f2b6d79-9037-4cba-88c3-6c89bcda74ae - Para confirmar as assinaturas acesse https://secure.d4sign.com.br/verificar
Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2.

4) Instalações Físicas

Acesso geral por rampa e/ou elevador com medidas compatíveis para giro de cadeira de rodas; piso antiderrapante; corrimão em corredores/ escada e rampas/ largura de corredores, portas e banheiros adaptados e demais normas definidas pela ABNT NBR 9050:2004.	( )SIM ( )NÃO	Observações:
Sala para avaliação e atendimento individual.	( )SIM ( )NÃO	
Sala para atendimento médico.	( )SIM ( )NÃO	
Sanitários independentes e adaptados ao uso de pessoas com deficiência e demais normas definidas pela ABNT NBR 9050:2004	( )SIM ( )NÃO	
Área para desenvolvimento de atividades de cinesioterapia	( )SIM ( )NÃO	
Piso antiderrapante e paredes de material claro, resistente e lavável.	( )SIM ( )NÃO	
Área de apoio (recepção, sala de espera, DML, materiais e equipamento) isolado da área de assistência.	( )SIM ( )NÃO	
Área para arquivo de prontuários e registros de pacientes.	( )SIM ( )NÃO	Observações:

5) Organização Clínica

Prontuários individualizados.	( )SIM ( )NÃO	
Projeto Terapêutico Individualizado para cada usuário.	( )SIM ( )NÃO	
Reuniões clínicas formalizadas em ata.	( )SIM ( )NÃO	

6)Equipamentos, Materiais e Recursos

Mesa com 04 cadeiras (adulto e infantil)	( )SIM ( )NÃO	
Colchonete de espuma (1,90 x 0.89 x 0,05)	( )SIM ( )NÃO	
Espelho fixo (1,30 x 1,50)	( )SIM ( )NÃO	
Tábua de equilíbrio retangular	( )SIM ( )NÃO	
Maca para atendimento	( )SIM ( )NÃO	

D4Sign 4f2b6d79-9037-4cba-88c3-6c89bcda74ae - Para confirmar as assinaturas acesse https://secure.d4sign.com.br/verificar
Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2.

Rolo Bobath de 20 cm	( )SIM ( )NÃO	
Rolo tipo feijão de 40 cm	( )SIM ( )NÃO	
Bola Bobath de 45 cm	( )SIM ( )NÃO	
Bola Bobath de 65 cm	( )SIM ( )NÃO	
Rolos de espuma	( )SIM ( )NÃO	
Escada de canto com rampa e corrimão	( )SIM ( )NÃO	
Cadeira de rodas adulto	( )SIM ( )NÃO	
Cadeira de rodas infantil	( )SIM ( )NÃO	
Cadeira higiênica	( )SIM ( )NÃO	
Tatame	( )SIM ( )NÃO	
Prateleira e/ou estante.	( )SIM ( )NÃO	
Esfigmomanômetro.	( )SIM ( )NÃO	
Estetoscópio adulto e infantil.	( )SIM ( )NÃO	
Balanço para peso e medida (infantil e adulto.	( )SIM ( )NÃO	
Barra paralela dupla.	( )SIM ( )NÃO	
Conjunto de bancos de diferentes tamanhos.	( )SIM ( )NÃO	
Bastão.	( )SIM ( )NÃO	
Bola para exercícios com as mãos.	( )SIM ( )NÃO	
Jogos de mesa/tabuleiro/baralho/memória/ boliche/ números e letras/outros.	( )SIM ( )NÃO	
Livros de histórias	( )SIM ( )NÃO	
Chocalhos de material leve	( )SIM ( )NÃO	
Brinquedos lúdicos	( )SIM ( )NÃO	
Jogos pedagógicos	( )SIM ( )NÃO	

D4Sign 4f2b6d79-9037-4cba-88c3-6c89bcda74ae - Para confirmar as assinaturas acesse https://secure.d4sign.com.br/verificar
Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2.

Argola de diferentes tamanhos e cores	( )SIM ( )NÃO	
Carrinho de brinquedo	( )SIM ( )NÃO	
Bonecos/Bonecas/Fantoches	( )SIM ( )NÃO	
Instrumentos musicais de brinquedo	( )SIM ( )NÃO	
Utensílio de cozinha de brinquedo	( )SIM ( )NÃO	
Quebra cabeça	( )SIM ( )NÃO	
Brinquedos de encaixe	( )SIM ( )NÃO	
Massa de modelar	( )SIM ( )NÃO	
Material expressivo. Exemplo: tinta, lápis, caneta, papel	( )SIM ( )NÃO	
CD de música infantil	( )SIM ( )NÃO	
Aparelho de som com toca CD	( )SIM ( )NÃO	
Luva de procedimento	( )SIM ( )NÃO	
Testes para psicodiagnóstico	( )SIM ( )NÃO	
Trocador para bebê	( )SIM ( )NÃO	

Responsável pela inspeção: _____

Local:_____ Data:_____/_____/_____

D4Sign 4f2b6d79-9037-4cba-88c3-6c89bcda74ae - Para confirmar as assinaturas acesse https://secure.d4sign.com.br/verificar
Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2.

ANEXO III - GUIA DE REFERÊNCIA DA JUNTA REGULADORA PARA SERDI

Município:_____
Microrregião:_____
DADOS DO USUÁRIO
Nome:_____
Data de nascimento:_____/_____/_____
Idade:_____
Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
RG/CPF:
_____
Nº do cartão nacional do SUS:_____
Endereço:_____
_____
Telefones:_____
Nome do responsável/acompanhante:_____
Parentesco:_____
CID-10 / Impressãodiagnóstica:_____
Justificativa para encaminhamento:_____
Em caso de neonato. Qual a maternidade?_____
Qual a ESF ou UBS de referência?_____

Mudança de faixa etária. Assinale a nova faixa etária.
( ) Acompanhamento ao Neonato de Risco
( ) Intervenção precoce I de 0 a 3 anos de idade
( ) Intervenção precoce II de 4 a 6 anos de idade
( ) Acompanhamento de 7 a 13 anos de idade
( ) Acompanhamento de 14 a 27 anos de idade
( ) Acompanhamento acima de 28 anos de idade

_____
Assinatura do profissional responsável

Local:_____ Data:_____/_____/_____

D4Sign 4f2b6d79-9037-4cba-88c3-6c89bcda74ae - Para confirmar as assinaturas acesse https://secure.d4sign.com.br/verificar
Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2.

ANEXO IV - GUIA DE REFERÊNCIA DO SERDI PARA A JUNTA REGULADORA

Nome:_____
Data de nascimento:_____/_____/_____ Idade:_____
Sexo: ( ) Masculino ( ) Feminino
RG/CPF:_____
Nº do cartão nacional do SUS:_____
Endereço:_____
Telefones:_____
Nome do responsável/acompanhante:_____
Parentesco:_____
CID-10 / Impressão diagnóstica:_____
Justificativa para manutenção do tratamento:_____
Em caso de neonato. Qual a maternidade?_____
Qual a ESF ou UBS de referência?_____
Mudança de faixa etária. Assinale a nova faixa etária.
( ) Acompanhamento ao Neonato de Risco
( ) Intervenção precoce I de 0 a 3 anos de idade
( ) Intervenção precoce II de 4 a 6 anos de idade
( ) Acompanhamento de 7 a 13 anos de idade
( ) Acompanhamento de 14 a 27 anos de idade
( ) Acompanhamento acima de 28 anos de idade
Encaminhamento para outro serviço:_____
Inclusão no mercado de trabalho (empresa/função):_____
Alta do atendimento:_____
_____
Parecer da Comissão: ( ) Favorável ( ) Desfavorável

_____
Assinatura do profissional responsável

Local:_____Data:_____/_____/_____

D4Sign 4f2b6d79-9037-4cba-88c3-6c89bcda74ae - Para confirmar as assinaturas acesse https://secure.d4sign.com.br/verificar
Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2.

ANEXO V - AUTODECLARAÇÃO

Fica o pagamento dos SERDI vinculado ao envio do formulário abaixo devidamente preenchido até o 3º dia útil do mês subsequente ao pagamento.

O formulário deve estar com todos os campos preenchidos e devidamente assinado e carimbado. A ausência de preenchimento de algum dado, falta de assinatura ou carimbo acarretará o não pagamento.

Nome da unidade:					
CNES:					
Município:					
Mês referente ao pagamento:					
Quantidade de pacientes em Saúde atendidos na unidade					
Neonato de risco	IP – I 0 a 3 anos	IP – II 4 a 6 anos	IP – III 7 a 13 anos	IP – IV 14 a 27 anos	Maior de 28 anos

_____
Presidente ou Diretor (a) da Unidade
Assinatura e carimbo

_____
Secretário Municipal de Saúde
Assinatura e carimbo

_____
Membro da Junta Reguladora
Assinatura e carimbo

D4Sign 4f2b6d79-9037-4cba-88c3-6c89bcda74ae - Para confirmar as assinaturas acesse https://secure.d4sign.com.br/verificar
Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2.

Nome do usuário	Data de Nascimento	Critério de risco	Período de acompanhamento
			( )Alta hospitalar ou 1º, ( ) 4º mês, ( )6º mês, ( )9º mês, ( ) 12º mês, ( )15º mês, ( )18º mês, ( )21º mês e ( ) 24º mês.
			( )Alta hospitalar ou 1º, ( ) 4º mês, ( )6º mês, ( )9º mês, ( ) 12º mês, ( )15º mês, ( )18º mês, ( )21º mês e ( ) 24º mês
			( )Alta hospitalar ou 1º, ( ) 4º mês, ( )6º mês, ( )9º mês, ( ) 12º mês, ( )15º mês, ( )18º mês, ( )21º mês e ( ) 24º mês
			( )Alta hospitalar ou 1º, ( ) 4º mês, ( )6º mês, ( )9º mês, ( ) 12º mês, ( )15º mês, ( )18º mês, ( )21º mês e ( ) 24º mês
			( ) Alta hospitalar ou 1º, ( ) 4º mês, ( )6º mês, ( ) 9º mês, ( ) 12º mês, ( )15º mês, ( )18º mês, ( )21º mês e ( ) 24º mês
			( ) Alta hospitalar ou 1º, ( ) 4º mês, ( )6º mês, ( ) 9º mês, ( ) 12º mês, ( ) 15º mês, ( )18º mês, ( ) 21º mês e ( ) 24º mês
			( ) Alta hospitalar ou 1º, ( ) 4º mês, ( )6º mês, ( ) 9º mês, ( ) 12º mês, ( )15º mês, ( ) 18º mês, ( ) 21º mês e ( ) 24º mês
			( ) Alta hospitalar ou 1º, ( ) 4º mês, ( ) 6º mês, ( ) 9º mês, ( ) 12º mês, ( )15º mês, ( )18º mês, ( ) 21º mês e ( ) 24º mês

Esta parte da planilha deve ser preenchida apenas para usuários em acompanhamento de neonato de risco (NR)

D4Sign 4f2b6d79-9037-4cba-88c3-6c89bcda74ae - Para confirmar as assinaturas acesse https://secure.d4sign.com.br/verificar
Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2.

ANEXO VI

MODELO DE DECLARAÇÃO DE CAPACIDADE INSTALADA DE ATENDIMENTO E DISPONIBILIDADE AO SUS

_____, inscrita no CNPJ sob o nº_____, por intermédio de seu representante legal, senhor(a)_____, inscrito(a) no CPF sob nº_____, RG nº_____, **DECLARA** para os devidos fins, observadas as disposições contidas no Edital de Chamamento Público ____/_____, de que possuímos a estrutura física, equipamentos e pessoal técnico especializados para atender a seguinte quantidade mensal de atendimentos/usuários:

Profissional (nome)	Especialidade	Recurso Terapêutico Ofertado	Quantidade de Atendimentos/Usuários Mês

_____, ____de _____de 20___.

Nome e assinatura do responsável

Obs.: Esta Declaração deverá ser preenchida e impressa em papel timbrado da instituição e assinado pelo representante legal.

D4Sign 4f2b6d79-9037-4cba-88c3-6c89bcda74ae - Para confirmar as assinaturas acesse https://secure.d4sign.com.br/verificar
Documento assinado eletronicamente, conforme MP 2.200-2/01, Art. 10º, §2.

CONTRATO 053 - 2024 - PREFEITURA MUNICIPAL DE LAGOA SANTA/MG

Código do documento 4f2b6d79-9037-4cba-88c3-6c89bcda74ae

Assinaturas

Alexssander Rodrigues Batista Silva
alexssandersilva@lagoasanta.mg.gov.br
Aprovou

Alexssander Rodrigues B. Silva

Maria Aparecida Pires De Moura
mariamoura@lagoasanta.mg.gov.br
Acusou recebimento

Maria Aparecida Pires de Moura

Maria da Saúde de Matos Jensen
apaelagoasanta@yahoo.com.br
Assinou como parte

Maria da Saúde de Matos Jensen

João Paulo da Silva
joaosilva@lagoasanta.mg.gov.br
Assinou como parte

Antoniele Alves Ferreira
antonieleferreira@lagoasanta.mg.gov.br
Assinou como testemunha

Antoniele Alves Ferreira

Michelle Moura Morais
michellemorais@lagoasanta.mg.gov.br
Assinou como testemunha

Michelle Moura Morais

Antoniele Alves Ferreira
antonieleferreira@lagoasanta.mg.gov.br
Aprovou

Antoniele Alves Ferreira

Eventos do documento

06 Jun 2024, 15:51:43
Documento 4f2b6d79-9037-4cba-88c3-6c89bcda74ae **criado** por MARIA APARECIDA PIRES DE MOURA (a7756d57-4e14-489d-b719-c9f0936c9c19). Email:mariamoura@lagoasanta.mg.gov.br. - DATE_ATOM: 2024-06-06T15:51:43-03:00

06 Jun 2024, 15:56:28
Assinaturas **iniciadas** por MARIA APARECIDA PIRES DE MOURA (a7756d57-4e14-489d-b719-c9f0936c9c19). Email: mariamoura@lagoasanta.mg.gov.br. - DATE_ATOM: 2024-06-06T15:56:28-03:00

06 Jun 2024, 16:02:15
ALEXSSANDER RODRIGUES BATISTA SILVA **Aprovou** (0efcdc1b-a77e-4c23-bc7e-88d9ac1d00ed) - Email:

alexssandersilva@lagoasanta.mg.gov.br - IP: 187.86.249.107 (187-86-249-107.vespanet.com.br porta: 59114) - Documento de identificação informado: 134.862.826-03 - DATE_ATOM: 2024-06-06T16:02:15-03:00

06 Jun 2024, 16:55:41
MARIA APARECIDA PIRES DE MOURA **Acusou recebimento** (a7756d57-4e14-489d-b719-c9f0936c9c19) - Email: mariamoura@lagoasanta.mg.gov.br - IP: 187.86.249.107 (187-86-249-107.vespanet.com.br porta: 53492) - Geolocalização: -19.6411392 -43.9058432 - Documento de identificação informado: 046.948.296-61 - DATE_ATOM: 2024-06-06T16:55:40-03:00

07 Jun 2024, 09:20:57
MARIA DA SAÚDE DE MATOS JENSEN **Assinou como parte** - Email: apaelagoasanta@yahoo.com.br - IP: 179.179.205.249 (179.179.205.249.dynamic.adsl.gvt.net.br porta: 18226) - Documento de identificação informado: 117.981.656-00 - DATE_ATOM: 2024-06-07T09:20:57-03:00

07 Jun 2024, 17:47:50
JOÃO PAULO DA SILVA **Assinou como parte** (d9b5b80f-ea11-4207-9f3f-4989aabd478b) - Email: joaosilva@lagoasanta.mg.gov.br - IP: 187.86.249.106 (mail.lagoasanta.mg.gov.br porta: 21842) - Documento de identificação informado: 068.242.246-00 - DATE_ATOM: 2024-06-07T17:47:50-03:00

10 Jun 2024, 10:34:01
MICHELLE MOURA MORAIS **Assinou como testemunha** (e3bcd337-8dd0-4e5c-b44f-1324b724f26c) - Email: michellemorais@lagoasanta.mg.gov.br - IP: 187.86.249.107 (187-86-249-107.vespanet.com.br porta: 37526) - Documento de identificação informado: 036.694.866-07 - DATE_ATOM: 2024-06-10T10:34:01-03:00

10 Jun 2024, 15:32:04
ANTONIELE ALVES FERREIRA **Assinou como testemunha** (4290ce1b-22f2-45f6-9ef3-0cb1a1dea9b6) - Email: antonieleferreira@lagoasanta.mg.gov.br - IP: 187.86.249.107 (187-86-249-107.vespanet.com.br porta: 29736) - Documento de identificação informado: 078.012.886-96 - DATE_ATOM: 2024-06-10T15:32:04-03:00

10 Jun 2024, 15:32:44
ANTONIELE ALVES FERREIRA **Aprovou** (4290ce1b-22f2-45f6-9ef3-0cb1a1dea9b6) - Email: antonieleferreira@lagoasanta.mg.gov.br - IP: 187.86.249.107 (187-86-249-107.vespanet.com.br porta: 39032) - Documento de identificação informado: 078.012.886-96 - DATE_ATOM: 2024-06-10T15:32:44-03:00

Hash do documento original
(SHA256):cb250eaacee0af2795579547135984dce079a9aa5ead9dc119eb1e22defacdf4
(SHA512):558e9d0948ac0841583674982cc7a7fbd05d590a18f08c5c45b09b83a9739a030ce07901782ee32d36f0a3a4062403ab2c9f3b33b35ba1765f51adf0968ddcfa

Esse log pertence **única** e **exclusivamente** aos documentos de HASH acima

Esse documento está assinado e certificado pela D4Sign