

EDITAL Nº 1795/2014  
CHAMADA PÚBLICA Nº. 008/2014  
PROCESSO ADM. Nº. P211387/2014

FL. | 1

ORIGEM DA LICITAÇÃO	SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE - SMS
MODALIDADE:	CHAMADA PÚBLICA Nº 008/2014
PROCESSO Nº:	P211387/2014
OBJETO:	CHAMADA PÚBLICA PARA SELEÇÃO DE PROJETOS COMUNITÁRIOS, DE ORGANIZAÇÕES NÃO-GOVERNAMENTAIS E DE OUTRAS ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL, SEM FINS LUCRATIVOS, QUE ATUAM NA PREVENÇÃO DAS DST/HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS.

A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, órgão da Administração Direta do Município de Fortaleza, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. 04.8851970/0001-44, com sede à Rua do Rosário, nº 283, Centro, CEP 60055-090, cidade de Fortaleza/CE, por meio da Coordenadoria de Políticas e Organização das Redes de Atenção à Saúde / Célula de Atenção às Condições Crônicas / Área Técnica de DST/AIDS e Hepatites Virais, **TORNA PÚBLICO o EDITAL DE CHAMADA PÚBLICA PARA SELEÇÃO DE PROJETOS COMUNITÁRIOS, DE ORGANIZAÇÕES NÃO-GOVERNAMENTAIS E DE OUTRAS ORGANIZAÇÕES DA SOCIEDADE CIVIL, SEM FINS LUCRATIVOS, QUE ATUAM NA PREVENÇÃO DAS DST/HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS**, pelos preceitos do direito público e em conformidade com a Portaria nº. 3.276, de 26 de Dezembro de 2013, do Ministério da Saúde, para financiamento de projetos comunitários de intervenção a serem executados por Organizações Não-Governamentais e outras Organizações da Sociedade Civil, sem fins lucrativos, localizadas no município de Fortaleza, na área de prevenção das DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais; e da Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014 que dispõe sobre o regime jurídico das parcerias voluntárias, envolvendo ou não transferências de recursos financeiros, entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público.

## **1. PARTICIPAÇÃO**

**1.1.** Poderão participar desta Chamada Pública, Organizações da Sociedade Civil sem fins lucrativos, que tenham seus objetivos sociais compatíveis com a política de incentivo para Estados e Municípios (no âmbito do Programa Nacional de DST e AIDS e Hepatites Virais), que estejam localizadas no município de Fortaleza e de acordo com as especificações contidas neste edital. **(Portaria nº 3.276, de 26 de Dezembro de 2013, do MS).**

**1.2.** Considera-se Organização da Sociedade Civil sem fins lucrativos a pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, que não distribui entre os seus sócios ou associados, conselheiros, diretores, empregados ou doadores, eventuais excedentes operacionais brutos ou líquidos, dividendos, bonificações, participações ou parcelas de seus patrimônios auferidos mediante o exercício de suas atividades e que os aplica integralmente na consecução do respectivo objeto social.

**1.3.** Não será admitida a participação de Instituições que não sejam consideradas Organizações da Sociedade Civil.

**1.4.** Não são consideradas Organizações da Sociedade Civil:



- I. As sociedades comerciais;
- II. Os sindicatos, as associações de classe ou de representação de categoria profissional;
- III. As instituições religiosas ou voltadas para a disseminação de credos, cultos, práticas e visões devocionais e confessionais;
- IV. As organizações partidárias e assemelhadas, inclusive suas fundações;
- V. As entidades de benefício mútuo destinadas a proporcionar bens ou serviços a um círculo restrito de associados ou sócios;
- VI. As entidades e empresas que comercializam planos de saúde e assemelhados;
- VII. As instituições hospitalares privadas não gratuitas e suas mantenedoras;
- VIII. As escolas privadas dedicadas ao ensino formal não gratuito e suas mantenedoras;
- IX. As Organizações Sociais;
- X. As cooperativas;
- XI. As fundações públicas;
- XII. As fundações, sociedades civis ou associações de direito privado criadas por órgão público ou por fundações públicas;
- XIII. As organizações creditícias que tenham qualquer tipo de vinculação com o sistema financeiro nacional a que se refere o art. 192 da Constituição.

**1.5.** Estão ainda impedidas de participar da presente Chamada Pública as organizações que, embora se enquadrem no disposto no item 1.1 do presente edital, se encontrem com pendências ou inadimplentes em algum Convênio firmado com a Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, ou com a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, ou, ainda, com o Ministério da Saúde, em relação à prestação de contas ou a relatórios narrativo e de progresso, vinculados a projetos anteriormente apoiados pelos níveis municipal, estadual e nacional, respectivamente.

**1.5.1.** A adimplência acima referida será certificada por meio de carta de referência, emitida pelos órgãos acima mencionados em âmbito federal, estadual e municipal.

**1.5.2.** Com base no artigo 24 da Lei nº 13.019/2014, para a futura celebração de Convênio previsto neste instrumento, as Organizações da Sociedade Civil, devem ter:

- a) No mínimo, 3 (três) anos de existência, com cadastro ativo, comprovados por meio de documentação emitida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil, com base no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica – CNPJ;
- b) Experiência prévia na realização, com efetividade, do objeto da parceria ou de natureza semelhante;
- c) Capacidade técnica e operacional para o desenvolvimento das atividades previstas e o cumprimento das metas estabelecidas.

## **2. NATUREZA DOS PROJETOS**

O projeto a ser executado pela Organização da Sociedade Civil em razão da presente Chamada Pública e, posteriormente, financiado pela SMS deverá contemplar uma das três áreas de atuação:

- 1) Promoção à Saúde e Prevenção das DST/HIV/AIDS;
- 2) Promoção de direitos humanos/direitos sexuais;
- 3) Promoção à Saúde, Prevenção e incentivo ao diagnóstico das Hepatites Virais.



## 2.1. ÁREA DE ATUAÇÃO

**Considerando as áreas de atuação 1. e 2., o processo de habilitação e seleção (artigo 24 da Lei nº 13.019/2014) irá considerar somente projetos direcionados para os seguintes segmentos vulneráveis da população:**

- Adolescentes e jovens;
- Mulheres;
- Homossexuais masculinos, Travestis e Homens que fazem sexo com homens (HSH);
- Lésbicas, bissexuais e outras mulheres que fazem sexo com mulheres;
- População em situação de pobreza e/ou exclusão social (populações das áreas de risco - A classificação das áreas de risco adotada é a da Secretaria Municipal de Saúde/IBGE);
- Profissionais do sexo (mulheres);
- População afrodescendente;
- Pessoas Vivendo com HIV/Aids;
- Populações privadas de liberdade (exceto população prisional - sistema penitenciário, cujas ações devem ser executadas em consonância à Portaria Interministerial 628 de 02 de abril de 2002 e à Portaria MS/GM 863 de 07 de maio de 2002).

**Considerando a área de atuação 3 o processo de habilitação e seleção irá considerar somente projetos direcionados para os seguintes segmentos vulneráveis da população:**

- Manicures;
- Tatuadores, pessoas com tatuagem e piercing;
- Catadores de resíduos sólidos;
- Profissionais do sexo;
- Usuários de drogas.
- Populações privadas de liberdade (exceto população prisional - sistema penitenciário, cujas ações devem ser executadas em consonância à Portaria Interministerial 628 de 02 de abril de 2002 e à Portaria MS/GM 863 de 07 de maio de 2002).

## 2.2. JUSTIFICATIVA

Considerando a Lei nº 8.080, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes.

Considerando a Lei nº 8.142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde.

Considerando o Decreto nº 1.232, que dispõe sobre as condições e a forma de repasse regular e automático de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os fundos de saúde estaduais, municipais e do Distrito Federal.

Considerando a Portaria nº 1.378/GM/MS, que regulamenta as responsabilidades e define diretrizes para execução e financiamento das ações de Vigilância em Saúde pela União, Estados, Distrito Federal e Municípios, relativos ao Sistema Nacional de Vigilância em Saúde e Sistema Nacional de Vigilância Sanitária.

Considerando a necessidade de ampliar a descentralização para o fortalecimento das ações de vigilância no âmbito das DST, AIDS e Hepatites Virais para Estados, Distrito Federal e Municípios e



para responder às características que a epidemia vem assumindo nos últimos anos no território nacional.

Entende-se a necessidade pela escolha de meios e projetos, que deverão garantir a realização da Mobilização de grupos específicos; Educação de pares; Distribuição de insumos de prevenção; Informação/educação/comunicação para promoção de práticas sexuais seguras; Atenção às pessoas com DST/HIV/Aids/Hepatites Virais; e Elaboração de relatórios técnicos e financeiros.

### **3. RECEBIMENTO DA PROPOSTA TÉCNICA E DA AVALIAÇÃO**

**3.1.** O edital está disponível gratuitamente no *sítio* [compras.fortaleza.ce.gov.br](http://compras.fortaleza.ce.gov.br).

**3.2.** Os projetos deverão ser protocolizados no Setor de Protocolo da Central de Licitações da Prefeitura Municipal de Fortaleza – CL, sito à Rua do Rosário nº 77, Centro, Ed. Comte Vital Rolim –Sobreloja – CEP: 60.055-090, no prazo previsto no item 11 - Cronograma, de 2ª a 6ª feira, no horário compreendido de 08h:00min as 12h:00min e 13h:00min às 17h:00min.

**3.2.1.** Na hipótese de não serem apresentadas propostas até a data especificada no item anterior, o prazo para apresentação dos envelopes contendo os documentos de Habilitação, Projeto Executivo e Proposta Técnica deste Chamamento Público fica prorrogado por mais 15 (quinze) dias.

**3.3.** Os interessados poderão obter informações adicionais junto à Central de Licitações da Prefeitura Municipal de Fortaleza - CL, nos dias e horários acima previstos ou através do email: [licitacao@fortaleza.ce.gov.br](mailto:licitacao@fortaleza.ce.gov.br).

**3.4.** A organização interessada deverá apresentar a proposta em dois envelopes, sendo o envelope “A” destinado aos documentos de habilitação, conforme item 4.1. e o envelope “B”, para fins de análise técnica, que deverá contar os seguintes documentos:

- a) Projeto Técnico digitado em 02 (duas) vias de acordo com o modelo do anexo II, impresso com clareza, sem emendas ou rasuras;
- b) Declaração em 03 (três) vias da Coordenação Estadual de DST/Aids e Hepatites Virais da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, atestando a existência da instituição; a existência de estrutura física para desenvolver o projeto; realizar atividades compatíveis com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) e adequação do projeto às necessidades locais no âmbito da prevenção e controle das DST/HIV/Aids e Hepatites Virais;
- c) Mini currículo dos profissionais da Instituição, conforme modelo do anexo III;
- d) Declarações, atestados, certidões, dentre outros documentos que sirvam de subsídio para Avaliação e Nota Técnica da Organização interessada.

**3.5.** A Organização deverá enviar a documentação tendo no frontispício o seguinte endereçamento:

**À**

**Central de Licitações de Fortaleza - CPL**

**Envelope A – Documentos de Habilitação**

**Chamada Pública nº 008/2014 – Projeto de Organizações da Sociedade Civil que atuam na detecção precoce e adesão ao tratamento de Tuberculose**

**Nesta**

**Remetente: NOME DA ORGANIZAÇÃO (Com endereço e telefone para contato).**



**3.6.** Após análise dos Documentos de Habilitação, à Central de Licitações enviará o Envelope “B” para Secretaria Municipal de Saúde - SMS, para Avaliação e Seleção dos Projetos apresentados.

**3.7.** O processo de Avaliação e Seleção dos Projetos apresentados estará sob a responsabilidade de uma Comissão especialmente constituída para esse fim, doravante denominada **COMISSÃO DE AVALIAÇÃO**, composta por representantes da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza.

#### **4. CRITÉRIOS DE HABILITAÇÃO**

##### **4.1. DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA A SER ENTREGUE PELAS ENTIDADES**

- Certidão negativa de débitos relativos às contribuições previdenciárias e às de terceiro;
- Certificado de regularidade junto ao FGTS – CRF;
- Comprovante de inscrição e de situação cadastral da entidade no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas – CNPJ;
- Certidão negativa de débitos estaduais;
- Certidão negativa de débitos municipais;
- Certidão conjunta negativa de débitos relativos aos tributos federais e à dívida ativa da União;
- Alvará de licença de funcionamento atualizado;
- Alvará sanitário;
- Mini currículo, para a comprovação da capacidade técnica dos profissionais;
- Documentação que comprove a disponibilidade de recursos humanos, físicos e equipamentos para a realização do objeto do convênio;
- Declaração de cumprimento do disposto no art. 7º/Constituição Federal, XXXIII (Declaração de que não emprega menores de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e de qualquer trabalho a menores de 16 anos) – modelo em anexo;
- Estatuto Social da entidade, com as eventuais alterações posteriores;
- Ata de Fundação da entidade, devidamente registrada em cartório;
- Cópia da Ata de eleição e posse da atual diretoria da organização;
- Cópia da cédula de identidade e do CPF do representante legal da entidade, conforme competência definida em estatuto para assinatura do instrumento legal a ser celebrado;
- Declaração de adimplência da ONG com o Departamento Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais, Coordenação Estadual de DST/Aids (no caso das organizações que intentarem para área de atuação 1 e 2), Coordenação Estadual de Hepatites Virais (no caso das organizações que intentarem para área de atuação 3), comprovada através de declaração da própria organização, com firma reconhecida.

#### **5. CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO:**

**5.1. Compatibilidade dos objetivos do projeto com as diretrizes do Programa Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais e da Área Técnica de DST/Aids e Hepatites Virais (Portaria/GM nº 3.276, de 26 de Dezembro de 2013, do Ministério da Saúde), que são:**

- Reduzir a incidência da infecção pelo HIV/Aids e outras DST;
- Ampliar o acesso e melhorar a qualidade do diagnóstico;
- Tratamento e assistência às pessoas vivendo com HIV/Aids e outras DST;
- Fortalecer as instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle das DST/Aids e Hepatites Virais.



## 5.2. Integração efetiva das ações propostas com o Sistema Único de Saúde local

- Definição da Integração efetiva das ações propostas com o Sistema Único de Saúde local;

## 5.3. Relevância epidemiológica, geográfica e da população-alvo:

- Localização geográfica do projeto no âmbito da abrangência exclusiva do Município de Fortaleza;
- Potencial do projeto em atingir áreas de maior incidência das DST, HIV/ Aids e Hepatites Virais e áreas de concentração populacional de maior risco e/ou vulnerabilidade à infecção pelo HIV e outras DST;

## 5.4. Capacidade gerencial e financeira, considerada a experiência prévia da instituição no campo de ação/população proposto:

- Capacidade gerencial e administrativa;
- Coerência do orçamento com os objetivos, atividades e resultados propostos;
- A instituição deverá estar adimplente com o Departamento Nacional de DST/Aids e Hepatites Virais, bem como, com Coordenação Estadual de DST/Aids (no caso das ONG que concorrerão para área de atuação 1 e 2) ou Coordenação Estadual de Hepatites Virais (no caso das ONG que concorrerão para área de atuação 3), comprovada através de declaração da própria organização, com firma reconhecida;
- A instituição deverá demonstrar a experiência na execução de projetos na área que concorrerá neste edital;

5.5 A organização participante deverá ter no mínimo 03 (três) anos de existência, com cadastro ativo, comprovados por meio de documentação emitida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil, com base no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica - CNPJ.

5.6. Fica facultado à Organização interessada apresentar projeto para todas áreas de atuação, todavia apenas um projeto será financiado, tendo como teto máximo o valor de R\$ 30.000,00 (trinta mil reais).

5.6.1. Os projetos que apresentarem orçamento maior que o teto máximo não serão analisados nesta seleção.

5.7. Os sub itens 5.1, 5.2, 5.3, 5.4 e 5.5 serão submetidos a avaliação da Comissão de Avaliação e atribuída Nota Técnica (NT) em conformidade com os critérios de julgamento e pontuação estabelecidos no item 6 deste edital.

5.8. Serão contemplados até 10 (dez) projetos, sendo 09 (nove) projetos para as áreas 1 e 2, e 01 (um) projeto para área 3, sem repetição de população contemplada em projeto aprovado.

5.9. Projetos direcionados à realização de eventos, pesquisas ou campanhas pontuais não serão analisados para fins de habilitação e seleção.

## **6. JULGAMENTO DAS PROPOSTAS E ATRIBUIÇÃO DE NOTAS TÉCNICAS**

Para o julgamento das propostas técnicas (projetos) será analisado pela Comissão de Avaliação, o conteúdo, considerando os aspectos estabelecidos neste edital. Após a avaliação, será atribuída pontuação a cada proposta conforme critérios de pontuação definidos a seguir.

**6.1. EXPERIÊNCIA ESPECÍFICA DA INSTITUIÇÃO (valor máximo, para projetos das áreas 1 e 2): 6.0 pontos / (valor máximo, para projetos da área 3): 5.0 pontos.**



**A experiência específica da instituição será analisada de acordo com os seguintes critérios:**

**6.1.1.** Tempo de Existência da Instituição (pontuação máxima): 2.0 pontos

**Neste item serão considerados os seguintes critérios:**

Instituições com 03 (três) anos de fundação..... 1.0 ponto

Instituições com mais de 04 (quatro) anos de fundação..... 2.0 pontos

**6.1.2.** Experiência em execução de projetos na área de DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais (baseada no memorial da organização proponente) ..... 2.0 ponto

**6.1.3.** Experiência com a população alvo com a qual se propõe trabalhar (baseada no memorial da organização proponente)..... 1.0 ponto

**6.1.4.** Declaração atestando que a Organização é formalmente filiada ao Fórum do Movimento Social de Luta contra Aids do Estado do Ceará (a Área Técnica de DST/Aids e Hepatites Virais solicitará a relação das Instituições filiadas ao Fórum). Essa pontuação não será considerada para os projetos enviados com foco na área de atuação 3 (item 2 deste edital).....1.0 ponto.

**6.2. CAPACIDADE OPERACIONAL (valor máximo): 4.0 pontos**

**A capacidade operacional da instituição será analisada de acordo com os seguintes critérios:**

**6.2.1.** Equipe técnica da Instituição e do Projeto (pontuação máxima)..... 3.0 pontos.  
Avaliar-se-á a capacidade técnica da equipe da organização relatada no projeto, incluindo a do(a) coordenador(a), através da experiência em trabalhos na área objeto do presente instrumento, descrita no mini currículo de cada profissional e de suas atribuições. Considera-se equipe técnica de no mínimo 04 (quatro) profissionais (equipe do projeto e de gerenciamento administrativo-financeiro da organização).

**Neste item serão analisados os seguintes critérios:**

**6.2.1.1.** Experiência da equipe técnica em execução de projetos na área de DST/HIV/Aids e Hepatites Virais..... 1.0 ponto.

**6.2.1.2.** Experiência da equipe técnica com a população-alvo com a qual se propõe trabalhar.....2.0 pontos.

**6.2.2.** Estrutura Física (A instituição ter sede definida, própria ou alugada).....1.0 ponto.

**6.3. QUALIDADE TÉCNICA DA PROPOSTA (valor máximo): 20 pontos.**

**A qualidade técnica da proposta será analisada de acordo com os seguintes critérios:**

**6.3.1.** Organização da Proposta..... 1.5 ponto

Projeto apresentado em 02 (duas) vias, com clareza, legível, sem rasuras, conforme o modelo do projeto do Anexo II deste edital.

**6.3.2.** Objetivo Geral do Projeto..... 3.0 pontos

Manter a compatibilidade do objetivo com a proposta e com as ações estratégicas relacionadas no Projeto Básico. (Anexo I)

**6.3.3.** Objetivos Específicos.....2.5 pontos

Demonstrar serem congruentes com a proposta de forma que as atividades tenham relação com os objetivos e com a proposta do projeto, assim com se as mesmas possibilitam atingir os objetivos esperados.

**6.3.4.** Apresentação (Sinopse do projeto)..... 2.5 pontos

Demonstrar objetividade e clareza na descrição sucinta da metodologia, relacionando as atividades, os objetivos, os resultados esperados e o valor da proposta.

**6.3.5.** Justificativa do projeto ..... 2.0 pontos



Demonstrar coerência entre a justificativa para a realização do projeto bem como a relevância da proposta em relação à área geográfica, características da população-alvo, incluindo a situação epidemiológica.

**6.3.6. Integração com o SUS** ..... 2.5 pontos

Apresentar estratégias de integração efetiva com o SUS local.

**6.3.7. Monitoramento e avaliação**..... 3.0 pontos

Demonstrar coerência entre metas, indicadores (dados quantitativos que permitem avaliar a execução da atividade proposta), as atividades e os meios de verificação.

**6.3.8. Orçamento**.....3.0 pontos

Demonstrar que os insumos solicitados estão coerentes com as atividades propostas e detalhadas de acordo com o exigido deste edital.

**6.4.** A Nota Técnica (NT) de cada instituição será obtida pelo somatório das notas de cada aspecto avaliado, conforme critérios definidos acima. Serão desclassificadas as instituições que obtiverem NT inferior a 50% (cinquenta por cento) do total máximo de pontos.

**6.5.** Em caso de EMPATE, a classificação será definida considerando-se:

**6.5.1.** O somatório da NOTA TÉCNICA (NT) adquirida na QUALIDADE TÉCNICA DA PROPOSTA do item 6.3.

**6.5.2.** Tempo de existência da Instituição, contanto a partir do seu cadastro ativo, comprovados por meio de documentação emitida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil.

**6.6.** No Julgamento será atribuída nota 0 (zero) à proposta que não puder ser avaliada devido à insuficiência de informações ou não atender às exigências deste edital;

TABELA COM ATRIBUIÇÃO DE NOTAS TÉCNICAS			
ITEM	DESCRIÇÃO DOS CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO	PONT. MÁXIMA	
6.1	<b>EXPERIÊNCIA ESPECÍFICA DA INSTITUIÇÃO (projetos das áreas de atuação 1 e 2)</b>	<b>6,0</b>	
	<b>EXPERIÊNCIA ESPECÍFICA DA INSTITUIÇÃO (projetos da área de atuação 3)</b>	<b>5,0</b>	
6.1.1	Tempo de existência Pontuação máxima (2,0)	03 anos	1,0
		Mais de 04 anos	2,0
6.1.2	Experiência em execução de projetos na área	2,0	
6.1.3	Experiência com a população-alvo	1,0	
6.1.4	A Instituição ser filiada ao Fórum do Movimento Social de Luta Contra Aids do Estado do Ceará. (não se aplica aos projetos concorrentes da área de atuação 3, ver item 2 deste edital)	1,0	
<b>6.2</b>	<b>CAPACIDADE OPERACIONAL</b>	<b>4,0</b>	
6.2.1	Equipe técnica da instituição Pontuação máxima (3,0)	Experiência em execução de projetos na área 1,0	



		Experiência com a população-alvo	2,0
6.2.2	Estrutura física		1,0
<b>6.3</b>	<b>QUALIDADE TÉCNICA DA PROPOSTA</b>		<b>20,0</b>
6.3.1	Organização da proposta		1,5
6.3.2	Objetivo geral do projeto		3,0
6.3.3	Objetivos Específicos		2,5
6.3.4	Apresentação (sinopse do projeto)		2,5
6.3.5	Justificativa do projeto		2,0
6.3.6	Integração com o SUS		2,5
6.3.7	Monitoramento e avaliação		3,0
6.3.8	Orçamento		3,0
<b>PONTUAÇÃO TOTAL MÁXIMA PARA PROJETOS DAS ÁREAS 1 E 2</b>			<b>30,0</b>
<b>PONTUAÇÃO TOTAL MÁXIMA PARA PROJETOS DAS ÁREAS 3</b>			<b>29,0</b>

**6.7.** A Organização proponente se responsabiliza pela veracidade das informações prestadas, sob pena de suspensão do financiamento.

## **7. PRAZO DE REALIZAÇÃO E ORÇAMENTO**

**7.1.** O prazo para execução dos projetos é de no máximo 12 (doze) meses, a partir da data de publicação do convênio no Diário Oficial do Município;

**7.2.** Os recursos solicitados à Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza terá de ser compatível com as atividades e resultados previstos, não podendo ultrapassar a importância de R\$30.000,00 (trinta mil reais).

**7.3.** O pagamento advindo do objeto do presente Edital será efetuado em duas parcelas, sendo 50% (cinquenta) por cento por ocasião da publicação do convênio. A 2ª parcela, referente aos outros 50% (cinquenta) por cento, será repassada mediante aprovação de prestação de contas físico e financeira da primeira parcela e relatórios técnicos das ações executadas em conformidade com o objeto deste edital.

**7.4.** A remuneração de pagamento de terceiros – pessoa física vinculados ao desempenho de funções durante os doze meses de execução do projeto não poderá ultrapassar 40% do valor total do repasse solicitado;

**7.5.** A despesa com equipamentos não poderá ultrapassar 40% (quarenta por cento) do valor total do repasse solicitado;

**7.6.** O projeto não poderá custear despesas administrativas, taxas bancárias, multas e outros;



## **8. MONITORAMENTO E SUPERVISÃO**

**8.1.** Os projetos aprovados para efetivação de convênios serão monitorados técnica e financeiramente pela Área Técnica de DST/Aids e Hepatites Virais da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, por meio de instrumentos dispostos no convênio firmado entre a Secretaria Municipal de Saúde e a organização aprovada.

**8.2.** O não cumprimento, por parte da organização, do estabelecido no instrumento do convênio, inviabilizará o apoio concedido pela Área Técnica de DST/Aids e Hepatites Virais- SMS, acarretando a rescisão do convênio.

**8.3.** As Organizações com projetos apoiados deverão participar de reuniões agendadas com a Área Técnica de DST/Aids e Hepatites Virais.

## **9. INSUMOS**

**9.1.** Estão incluídos nos insumos somente os preservativos masculinos e femininos.

**9.1.1.** O repasse de preservativos masculinos e femininos, no quantitativo necessário às atividades previstas, deverá estar indicado na proposta encaminhada, porém o respectivo custo não deverá ser incluído no orçamento solicitado.

**9.1.2.** O repasse do quantitativo, se procedente, será efetuado em conformidade com a logística de distribuição de preservativos masculinos e femininos da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, com a ressalva de que os quantitativos solicitados podem ser alterados de acordo com a análise técnica do projeto e a disponibilidade existente em estoque.

## **10. DIVULGAÇÃO DO RESULTADO**

**10.1.** O resultado final da Avaliação dos Projetos apresentados em razão do presente Chamamento Público será divulgado com a publicação no Diário Oficial do Município, assim como no sítio [compras.fortaleza.ce.gov.br](http://compras.fortaleza.ce.gov.br), sem prejuízo da divulgação em outros meios que entenda adequado.

**10.1.1.** A organização selecionada nesta Chamada Pública, deverá necessariamente apresentar para a formalização do convênio, no prazo de 05 (cinco) dias úteis a partir da divulgação do resultado da avaliação, a seguinte documentação:

- a) Plano de trabalho (conforme modelo anexo V);
- b) Cópia do extrato de conta bancária aberta no Banco do Brasil especificamente para depósito dos recursos do projeto, que também constitui documento necessário à formalização do convênio.
- c) Certidão de Regularidade do Fundo de Garantia de Tempo de Serviço – FGTS, fornecida pela Caixa Econômica Federal;
- d) Comprovação de inexistência de débitos junto ao Instituto Nacional de Seguridade Social- INSS;
- e) Certidão Negativa relativa a Dívida Ativa da União;
- f) Certidões Negativas de Tributos Municipal e Estadual;
- g) Declaração expressa do proponente, sob pena do art. 299 do Código Penal Brasileiro, de que não está em situação de mora ou de inadimplência perante qualquer órgão ou entidade da Administração Pública Municipal.



## 11. CRONOGRAMA

Data máxima de entrega dos envelopes para a Chamada Pública.	De 19/12/2014 à 05/01/2015.
Publicação do resultado da Avaliação.	Diário Oficial do Município (DOM), Diário Oficial da União (DOU), <a href="http://compras.fortaleza.ce.gov.br">compras.fortaleza.ce.gov.br</a>
Organizações aprovadas: entrega das documentações descritas no item 10 deste edital, via protocolo da Secretaria Municipal de Saúde para Célula de Contratos e Convênios	05 (cinco) dias úteis a partir da divulgação do resultado da Avaliação.

## 12. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

12.1. As despesas decorrentes da contratação serão provenientes dos recursos da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, consignadas às dotações orçamentárias a seguir discriminadas:

- **25.901.10.301.0122.1634.0002**, elemento de despesa **339039**, fonte **0 212**, da Ação de Implantação das Redes Temáticas de Condições Crônicas por Ciclo de Vida / por Patologia / por Condição Especial – Prevenção em DST/HIV/AIDS/Hepatites Virais;

## 13. DAS IMPUGNAÇÕES AO EDITAL E DOS RECURSOS ADMINISTRATIVOS

13.1. Qualquer cidadão é parte legítima para impugnar este edital de Chamamento Público, devendo protocolar o pedido até 5 (cinco) dias úteis antes da data fixada para a abertura dos envelopes na Central de Licitações do Município de Fortaleza, situada à Rua do Rosário, número 77, Centro, Edifício Comandante Vital Rolim – Sobreloja e Terraço, horário de 8h às 12h, das 13h às 17h.

13.1.1. Não serão conhecidas as impugnações apresentadas fora do prazo legal e/ou subscritas por representante não habilitado legalmente, **exceto** se tratar de matéria de ordem pública

13.1.2. Acolhida a impugnação contra o edital, será designada nova data para a realização do certame, exceto se a alteração não afetar a formulação dos projetos.

13.2. Qualquer interessado poderá interpor Recurso Administrativo, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados após a intimação do ato, nos casos de habilitação ou inabilitação do licitante, de julgamento dos projetos e nas demais hipóteses elencadas no inciso I, do artigo 109 da Lei 8.666/93, não sendo conhecidos os recursos protocolados intempestivamente e/ou subscritos por representante não habilitado legalmente ou não identificado no processo licitatório para responder pelo proponente.

13.2.1. Os recursos deverão ser protocolados na Central de Licitações do Município de Fortaleza, no endereço constante no subitem 13.1.

13.2.2. Os demais licitantes ficam desde logo convidados a apresentar contrarrazões dentro de igual prazo, que começará a contar a partir do término do prazo do recorrente, sendo-lhes assegurado vista imediata dos autos.



EDITAL Nº 1795/2014  
CHAMADA PÚBLICA Nº. 008/2014  
PROCESSO ADM. Nº. P211387/2014

FL. | 12

**13.3.** Havendo Recurso Administrativo, todos os participantes do Chamamento Público serão comunicados através de publicação em Diário Oficial ou jornal de grande circulação, bem como através do sítio [compras.fortaleza.ce.gov.br](http://compras.fortaleza.ce.gov.br).

**13.3.1.** Os Recursos Administrativos interpostos estarão à disposição dos licitantes na Central de licitações do Município de Fortaleza para obtenção, mediante requerimento por escrito, de vistas ou cópias.

**13.4.** Decidido o Recurso Administrativo pela Secretária da SMS, o resultado será publicado no Diário Oficial do Município de Fortaleza, bem como no sítio [compras.fortaleza.ce.gov.br](http://compras.fortaleza.ce.gov.br).

**13.4.1.** O acolhimento de recurso importará na invalidação apenas dos atos insuscetíveis de aproveitamento.

#### **14. HOMOLOGAÇÃO**

**14.1.** A Secretaria Municipal de Saúde - SMS realizará a homologação, após instrução da Central de Licitações.

#### **15. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS:**

**15.1.** Os casos não previstos neste edital serão decididos pela Administração Pública, nos termos da legislação pertinente.

**15.2** O foro designado para julgamento de quaisquer questões judiciais resultantes deste edital será o da Comarca de Fortaleza, Capital do Estado do Ceará.

#### **16. FAZEM PARTE DESTE EDITAL:**

**ANEXO I – PROJETO BÁSICO;**  
**ANEXO II – PROPOSTA DE PROJETO DA ORGANIZAÇÃO**  
**ANEXO III – MINI CURRÍCULO DA EQUIPE TÉCNICA DO PROJETO**  
**ANEXO IV – MODELO PLANO DE TRABALHO**  
**ANEXO V – MODELO DE DECLARAÇÃO DO TRABALHO DE MENOR**  
**ANEXO VI – MINUTA DO TERMO DE CONVÊNIO**

Fortaleza - CE, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

CIENTE:

**Maria do Perpétuo Socorro Martins Breckenfeld**  
Secretária Municipal de Saúde

DECLARO que após a revisão dos termos do presente Edital constatei que o mesmo está em conformidade com as disposições legais.

Assessora Jurídica da SMS/Fortaleza  
OAB:



## **ANEXO I – PROJETO BÁSICO**

### **I – OBJETO**

O objeto da licitação é uma chamada pública para seleção de projetos comunitários de intervenção a serem executados por Organizações Não-Governamentais e outras Organizações da Sociedade Civil, sem fins lucrativos, localizadas no município de Fortaleza, na área de prevenção das DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais.

### **II – ESPECIFICAÇÃO DOS SERVIÇOS A SEREM PRESTADOS**

#### II.1- NATUREZA

Os projetos a serem elaborados em função da presente Chamada Pública e, posteriormente, financiados deverão contemplar uma das três áreas de atuação: 1) Promoção à Saúde e Prevenção das DST/HIV/AIDS, 2) Promoção de direitos humanos/direitos sexuais e 3) Promoção à Saúde, Prevenção e incentivo ao diagnóstico das Hepatites Virais;

Populações para projetos nas áreas 1 e 2:

- Adolescentes e jovens;
- Mulheres;
- Homossexuais masculinos, Travestis e Homens que fazem sexo com homens (HSH);
- Lésbicas, bissexuais e outras mulheres que fazem sexo com mulheres;
- População em situação de pobreza e/ou exclusão social (populações das áreas de risco - A classificação das áreas de risco adotada é a da Secretaria Municipal de Saúde/IBGE);
- Profissionais do sexo (mulheres);
- População afrodescendente;
- Pessoas Vivendo com HIV/Aids;
- Populações privadas de liberdade (exceto população prisional - sistema penitenciário, cujas ações devem ser executadas em consonância à Portaria Interministerial 628 de 02 de abril de 2002 e à Portaria MS/GM 863 de 07 de maio de 2002).

Populações para projetos na área 3:

- Manicures;
- Tatuadores, pessoas com tatuagem e piercing;
- Catadores de resíduos sólidos;
- Profissionais do sexo;
- Usuários de drogas.
- Populações privadas de liberdade (exceto população prisional - sistema penitenciário, cujas ações devem ser executadas em consonância à Portaria Interministerial 628 de 02 de abril de 2002 e à Portaria MS/GM 863 de 07 de maio de 2002).

#### II.2- FINALIDADE

Os diversos projetos realização deverão garantir a realização das seguintes finalidades e procedimentos:

- Mobilização de grupos específicos;
- Educação de pares;
- Distribuição de insumos de prevenção;



- Informação/educação/comunicação para promoção de práticas sexuais seguras;
- Atenção às pessoas com DST/HIV/Aids/Hepatites Virais;
- Elaboração de relatórios técnicos e financeiros.

### II.3– ESTRUTURA E EXIGÊNCIAS PROGRAMÁTICAS E METODOLÓGICAS

Serão selecionados até 10 (dez) projetos, sendo 09 projetos para as áreas de atuação 1 e 2, e 01 projeto para área de atuação 3, sem repetição de população contemplada em projeto aprovado. Deverão ser utilizados obrigatoriamente na elaboração dos projetos os seguintes itens:

- DADOS INSTITUCIONAIS;
- DADOS DO COORDENADOR OU RESPONSÁVEL PELO PROJETO;
- POPULAÇÃO A SER BENEFICIADA COM O PROJETO;
- DIAGNÓSTICO;
- APRESENTAÇÃO (SINOPSE DO PROJETO);
- CAPACIDADE TÉCNICA E GERENCIAL;
- LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA;
- DETALHAMENTO DO PROJETO;
- JUSTIFICATIVA;
- OBJETIVO GERAL;
- OBJETIVOS ESPECÍFICOS;
- METAS;
- AÇÕES;
- MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO;
- PLANO DE EXECUÇÃO;
- METODOLOGIA;
- ESPECIFICAÇÃO SOBRE OS INSUMOS DE PREVENÇÃO A SEREM UTILIZADOS;
- ORÇAMENTO;

Obs.: Com relação ao subitem orçamento, não será permitido despesas que ultrapassem os seguintes parâmetros:

- A remuneração de pagamento de terceiros – pessoa física vinculados ao desempenho de funções durante os doze meses de execução do projeto não poderá ultrapassar 40% do valor total do repasse solicitado;
- A despesa com equipamentos não poderá ultrapassar 40% (quarenta por cento) do valor total do repasse solicitado;

### III – PRAZO DE EXECUÇÃO SERVIÇO E DO PAGAMENTO

Prazo de execução: o projeto deverá ser executado no prazo de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado e/ou alterado mediante anuência devidamente justificada das partes (instituição proponente e Secretaria Municipal de Saúde).

Do investimento: o custo total não poderá ultrapassar por projeto o limite máximo de R\$30.000,00 (trinta mil reais).

Do pagamento: Será efetuado pagamento em duas parcelas após publicação em diário oficial do município do instrumento legal.



#### IV – ORIGEM DOS RECURSOS FINANCEIROS

O recurso financeiro global destinado ao financiamento de 10 (dez) projetos é **de R\$300.000,00 (trezentos mil reais)** previsto na seguinte dotação orçamentária:

- **25.901.10.301.0122.1634.0002**, elemento de despesa **339039**, fonte **0 212**, da Ação de Implantação das Redes Temáticas de Condições Crônicas por Ciclo de Vida / por Patologia / por Condição Especial – Prevenção em DST/HIV/AIDS/Hepatites Virais.

#### V – CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

Os critérios de avaliação serão referenciados:

- Pela qualidade técnica da proposta, experiência e capacidade operacional da Organização conforme exigências deste edital e do Termo de Referência;
- Pelo somatório da NOTA TÉCNICA (NT) adquirida entre os critérios acima descritos.
- Avaliação das propostas técnicas: As propostas técnica serão analisadas por uma Comissão de Avaliação nomeada pela Secretária Municipal de Saúde, devidamente designada para este fim.



EDITAL Nº 1795/2014  
CHAMADA PÚBLICA Nº. 008/2014  
PROCESSO ADM. Nº. P211387/2014

FL. | 16

## ANEXO II - PROPOSTA DE PROJETO DA ORGANIZAÇÃO

PADRÃO

Nome da ONG/OSC:

Título do Projeto:

### PROPOSTA DE PROJETO ONG/OSC

1. DADOS INSTITUCIONAIS		
Título do Projeto:		
CNPJ:		
Endereço:		
Bairro:	Cidade/Estado:	CEP:
Telefone(s) (caso tenha):	FAX (caso tenha):	Página da internet (Home Page) (caso tenha):
Endereço eletrônico( e-mail) (caso tenha):		

2. COORDENADOR OU RESPONSÁVEL PELO PROJETO	
Coordenador ou Responsável pelo projeto:	
Nome Completo:	
CPF:	RG:
Telefone/Fax (caso tenha):	Celular (caso tenha):
Endereço eletrônico (e-mail)(caso tenha):	
Nível de escolaridade:	

3. POPULAÇÃO A SER BENEFICIADA COM O PROJETO
  - 3.1. População em situação de maior vulnerabilidade que o projeto focará:
  - 3.2. Número de pessoas beneficiadas diretamente:
  - 3.3. Número de pessoas beneficiadas indiretamente:
4. DIAGNÓSTICO: (Todo Projeto deve responder, em termos gerais, à pergunta: Por que executar o projeto? Ao se apresentar as razões, devem ser destacados os seguintes pontos: problema que o projeto se propõe a solucionar ou minorar e, relevância do projeto em relação ao problema identificado. Deve-se definir: área geográfica em que o projeto está inserido, as características de sua população (especificidades demográficas, sociais, econômicas e culturais), incluindo a situação epidemiológica das DST/Aids/hepatites virais e a população a ser beneficiada pelo projeto.)
5. APRESENTAÇÃO (SINOPSE DO PROJETO): (Apresentação sucinta e objetiva das seguintes informações: Esclarecimento sobre a população a ser beneficiada pelo projeto; Resumo das principais demandas que se espera amenizar ou resolver, bem como as



necessidades e expectativas para implantação das ações programadas; breve descrição do projeto com objetivos, metas, atividades e resultados previstos e descrição das ações de integração com o SUS local.)

6. CAPACIDADE TÉCNICA E GERENCIAL: (incluindo composição da equipe, histórico de execução de projetos de natureza similar e ações voltadas para população a ser beneficiada)

7. LOCALIZAÇÃO GEOGRÁFICA: (Identificar a área geográfica de atuação do Projeto justificando o porquê)

8. DETALHAMENTO DO PROJETO

8.1. JUSTIFICATIVA (responder a pergunta: o projeto existe por quê? Nessa etapa deve ser descrito o diagnóstico sobre a situação vivida por determinada população, além das razões que definem a relevância das ações que o projeto se propõe a executar. Para uma melhor elaboração e maior compreensão do problema devem ser abordadas as seguintes informações: a área geográfica a ser trabalhada, as características da população na área em termos demográficos, sociais e econômicos; a situação epidemiológica das DST/Aids/hepatites Virais e as características da população a ser beneficiada, tendo o cuidado de distinguir as populações primárias e secundárias do projeto. É importante definir a situação de risco (se for o caso) e especificar o número previsto de pessoas que serão abrangidas diretamente pelas ações do projeto.)

8.2. OBJETIVO GERAL: (Responder a pergunta: O projeto contribui para quê? O objetivo geral deve ser entendido como consequência de um determinado conjunto de atividades, que será alcançado a longo prazo. Determina o alcance do projeto que será executado)

8.3. OBJETIVOS ESPECÍFICOS: (Responder a pergunta: O projeto quer alcançar o quê? É a estruturação do objetivo geral em plano de ação. Sua característica principal é descrever uma ação a ser tomada pela população-alvo. Ele será mensurável e terá tempo definido de realização.)

8.4. METAS: (Responder a pergunta: O projeto vai produzir o quê? Meta é aquilo que se quer alcançar durante o período de execução do projeto. É o estabelecimento dos efeitos esperados em um tempo determinado, de forma específica, realista, apropriada e mensurável. Ao definir cada meta, deve-se assegurar que ela atenda cada um dos cinco critérios acima. Caso não atenda, será difícil de atingir e mais difícil ainda de avaliar). O projeto pode ter mais de uma meta.

8.5. AÇÕES: (Responder a pergunta: De que modo? É o conjunto de atividade ou processos de trabalho desenvolvidos visando alcançar a(s) meta(s)). Para cada meta você deve traçar mais de uma ação. Deverá ser incluída a ação de distribuição de preservativos informando a quantidade necessária para execução do projeto.)

8.6 MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO (Responder a pergunta: Como será medido? O monitoramento e a avaliação são etapas fundamentais para analisar o sucesso dos objetivos e a pertinência da aplicação dos recursos humanos e financeiros, além de possibilitar maior visibilidade ao que está sendo realizado e de que forma. MONITORAMENTO: É o acompanhamento



sistemático de todas as etapas de execução de uma atividade; AVALIAÇÃO: É um método de obtenção de informações possibilitando comparar periodicamente a evolução do projeto com relação a seus objetivos. RESULTADOS ESPERADOS: irão indicar o alcance ou não dos objetivos ou atividades propostas. Permitem medir o grau de alcance do resultado obtido. MEIOS DE VERIFICAÇÃO: Identificar de que forma é possível atestar a execução da atividade e de que maneira podemos comprovar o efeito dela na população.)

8.7. PLANO DE EXECUÇÃO

METAS	AÇÕES	PERÍODO DE EXECUÇÃO	UNIDADE DE MEDIDA	QUANTIDADE	RESULTADOS ESPERADOS	MEIOS DE VERIFICAÇÃO

8.8. METODOLOGIA: (Responder a pergunta: Como? Relacionar as formas pretendidas de execução das ações, de forma a contemplar o trabalho da equipe numa perspectiva de atuação interdisciplinar e resolutiva destacando brevemente os referenciais teóricos.)

8.9. ESPECIFICAÇÃO SOBRE OS INSUMOS DE PREVENÇÃO A SEREM UTILIZADOS: Responder a pergunta: Qual a quantidade de insumos necessários às ações educativas a serem realizadas junto à população alvo, mensalmente?

- ( ) Preservativos masculinos 49mm Unidades: \_\_\_\_\_  
 ( ) Preservativos masculinos 52mm Unidades: \_\_\_\_\_  
 ( ) Preservativos feminino Unidades: \_\_\_\_\_

8.10. ORÇAMENTO: Apresentar a estimativa de custos por ação, conforme quadro abaixo:

Nº	AÇÃO	CUSTO TOTAL (R\$)	MEMÓRIA DE CÁLCULO
01	Realizar oficinas de prevenção*	1.800,00*	Hora aula: 20hx30,00x2 educadores= 1.200,00 Alimentação: 20x1,00x3oficinas= 600,00*
TOTAL			

\*EXEMPLO

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

Assinatura do representante legal da instituição



EDITAL Nº 1795/2014  
CHAMADA PÚBLICA Nº. 008/2014  
PROCESSO ADM. Nº. P211387/2014

FL. | 19

**ANEXO III – MINICURRÍCULO**

Nome		Data Nascimento	
Local Nascimento		Estado Civil	

Filiação - Pai	
Mãe	

Endereço: Rua:		Número		Complemento			
Bairro		Cidade		UF		CEP	
Fone		Fax		Cel			
E-Mail							

N.º Identidade		Órgão Emissor		CPF	
----------------	--	---------------	--	-----	--

Instituição em que trabalha		Fone	
End.:		Fax	

**FORMAÇÃO ACADÊMICA:**

Título	Curso	Especialidade	Instituição	Ano

**EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL:**




**ANEXO IV – MODELO DO PLANO DE TRABALHO**

°...PMF/SMS	PLANO DE TRABALHO	ANEXO 1
-------------	-------------------	---------

**1 – IDENTIFICAÇÃO DO ÓRGÃO OU ENTIDADE**

1.1- NOME DO ÓRGÃO OU ENTIDADE		1.2- CNPJ	
1.3- ENDEREÇO COMPLETO:			
1.4- MUNICÍPIO		1.5- UF	1.6- CEP
1.7- FONE	1.8- FAX	1.9- E-MAIL	
1.10- CONTA CORRENTE	1.11- BANCO	1.12- AGÊNCIA	1.13- PRAÇA DE PAGAMENTO

**2 – IDENTIFICAÇÃO DO DIRIGENTE DO ÓRGÃO OU ENTIDADE**

2.1- NOME DO DIRIGENTE DO ÓRGÃO OU ENTIDADE		2.2- CPF	
2.3- ESTADO CIVIL	2.4- NACIONALIDADE	2.5- CARGO OU FUNÇÃO	
2.6- RG	2.7- ÓRGÃO EXPEDIDOR	2.8- DATA DA EXPEDIÇÃO	
2.9- ENDEREÇO RESIDENCIAL COMPLETO			
2.10- MUNICÍPIO		2.11- UF	2.12- CEP
2.13- FONE	2.14- CELULAR	2.15- E-MAIL	

**3 – DESCRIÇÃO DO PROJETO**

3.1- TÍTULO DO PROJETO	
3.2- PERÍODO DE EXECUÇÃO	
3.3- OBJETIVO DO PROJETO	
3.4- MODALIDADE CONVÊNIO <input type="checkbox"/> CONTRATO <input type="checkbox"/>	

**4 - AUTENTICAÇÃO DAS INFORMAÇÕES**

LOCALIDADE, UF E DATA	NOME DO DIRIGENTE	ASSINATURA DO DIRIGENTE
-----------------------	-------------------	-------------------------



EDITAL Nº 1795/2014  
CHAMADA PÚBLICA Nº. 008/2014  
PROCESSO ADM. Nº. P211387/2014

FL. | 21

PMF/SMS	PLANO DE TRABALHO	ANEXO 2
---------	-------------------	---------

**1 – JUSTIFICATIVA DO PROJETO**

**2 - AUTENTICAÇÃO DAS INFORMAÇÕES**

\_\_\_\_\_  
LOCALIDADE, UF E DATA

\_\_\_\_\_  
NOME DO DIRIGENTE

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO DIRIGENTE

.PMF/SMS	PLANO DE TRABALHO	ANEXO 3
----------	-------------------	---------





EDITAL Nº 1795/2014  
 CHAMADA PÚBLICA Nº. 008/2014  
 PROCESSO ADM. Nº. P211387/2014

PMF/SMS	PLANO DE TRABALHO	ANEXO 4
---------	-------------------	------------

1- AÇÃO A SER EXECUTADA							
1.1- Nº DE ORDEM	1.2- ESPECIFICAÇÃO DA DESPESA	1.3- DURAÇÃO		1.4- INDICADOR FÍSICO		1.5- CUSTO	
		INÍCIO	TÉRMINO	UNIDADE DE MEDIDA	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
<b>1.6 - TOTAL DA AÇÃO</b>							<b>R\$</b>

2- AUTENTICAÇÃO DAS INFORMAÇÕES		
_____	_____	_____
LOCALIDADE, UF E DATA	NOME DO DIRIGENTE	ASSINATURA DO DIRIGENTE



EDITAL Nº 1795/2014  
CHAMADA PÚBLICA Nº. 008/2014  
PROCESSO ADM. Nº. P211387/2014

FL. | 24

PMF/SMS	PLANO DE TRABALHO	ANEXO 5
---------	-------------------	------------

1- CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO – VALORES DO CONCEDENTE					2- EXERCÍCIO:
JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
<b>3- VALOR TOTAL A SER DESEMBOLSADO PELO CONCEDENTE</b>					<b>R\$</b>

4- CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO – VALORES PROPONENTE					
JANEIRO	FEVEREIRO	MARÇO	ABRIL	MAIO	JUNHO
JULHO	AGOSTO	SETEMBRO	OUTUBRO	NOVEMBRO	DEZEMBRO
<b>5- VALOR TOTAL A SER DESEMBOLSADO PELO PROPONENTE</b>					<b>R\$</b>
<b>6- VALOR TOTAL DO PROJETO</b>					<b>R\$</b>

7 - AUTENTICAÇÃO DAS INFORMAÇÕES		
LOCALIDADE, UF E DATA	NOME DO DIRIGENTE	ASSINATURA DO DIRIGENTE





PMF/SMS	PLANO DE TRABALHO	ANEXO 7
---------	-------------------	---------

### DECLARAÇÃO DE ADIMPLÊNCIA

Na qualidade de representante legal do (a) \_\_\_\_\_, CNPJ \_\_\_\_\_, declaro para fins de prova junto à Prefeitura Municipal de Fortaleza – PMF e Secretaria Municipal de Saúde – SMS, para os efeitos e sob as penas da Lei, que inexistente qualquer débito em mora ou situação de inadimplência com o TESOURO NACIONAL ou qualquer órgão ou entidade da ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA MUNICIPAL, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas nos orçamentos do município, na forma deste Plano de Trabalho.

\_\_\_\_\_  
LOCALIDADE, UF E DATA

\_\_\_\_\_  
NOME DO DIRIGENTE

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA DO DIRIGENTE

PMF/SMS	PLANO DE TRABALHO	ANEXO 8
---------	-------------------	---------

**PARA USO INTERNO DA SMS**

**1- APROVAÇÃO PELA CONCEDENTE**

**APROVADO**

O presente termo tem a aprovação da área técnica e do gestor da Secretaria Municipal de Saúde.

LOCALIDADE, UF E DATA

ÁREA TÉCNICA

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FORTALEZA

EDITAL Nº 1795/2014  
CHAMADA PÚBLICA Nº. 008/2014  
PROCESSO ADM. Nº. P211387/2014

FL. | 28

**ANEXO V - MODELO DE DECLARAÇÃO DO TRABALHO DE MENOR**

REF. CHAMADA PÚBLICA Nº \_\_\_\_\_/14

A \_\_\_\_\_, inscrita no CNPJ nº \_\_\_\_\_, declara, sob as penas da lei que, em cumprimento ao disposto no inciso XXXIII, Art. 7º da Constituição da República e inciso V do Art. 27º da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações, acrescido pela Lei nº 9.854 de 27 de Outubro de 1999, regulamentado pelo Decreto nº 4.358/2002, que não emprega menor de 18(dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e menor de 16(dezesesseis) anos em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir dos 14(quatorze) anos. Por ser verdade, firmo a presente, para que se possam tomar efeitos legais.

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2014.

Assinatura do Representante Legal da Organização  
(carimbo de CNPJ)



**ANEXO VI - MINUTA DO TERMO DE CONVÊNIO**

**CONVÊNIO Nº. \_\_\_\_\_/2014.**  
**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº. P211387/2014.**

**CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE FORTALEZA, ATRAVÉS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS, E A \_\_\_\_\_ (PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº.....), ABAIXO QUALIFICADOS, PARA O FIM QUE NELE SE DECLARA.**

**CONCEDENTE:** O \_\_\_\_\_, pessoa jurídica de direito público interno, neste ato representado pela \_\_\_\_\_ com sede e foro jurídico \_\_\_\_\_, inscrito no CNPJ sob o nº \_\_\_\_\_, através de sua titular, **Dra.** \_\_\_\_\_, portadora da cédula de identidade nº. \_\_\_\_\_ e inscrita no CPF sob o nº. \_\_\_\_\_, residente e domiciliada nesta capital.

**CONVENENTE:** \_\_\_\_\_, situado nesta capital à \_\_\_\_\_, inscrito no CNPJ sob o nº. \_\_\_\_\_, representado por \_\_\_\_\_, portador(a) da cédula de identidade nº. \_\_\_\_\_ e inscrito(a) no CPF sob o nº. \_\_\_\_\_, residente e domiciliado(a) \_\_\_\_\_.

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

O presente CONVÊNIO tem por objeto a **prevenção das DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais** no Município de Fortaleza, a partir dos seguintes objetivos específicos:

- I. Promoção à Saúde e Prevenção das DST/HIV/AIDS;
- II. Promoção de direitos humanos/direitos sexuais;
- III. Promoção à Saúde, Prevenção e incentivo ao diagnóstico das Hepatites Virais

**CLÁUSULA SEGUNDA – DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL**

O presente Convênio com arrimo nos preceitos do direito público e em conformidade com a Portaria nº. 3.276, de 26 de Dezembro de 2013, do Ministério da Saúde, para financiamento de projeto a ser executado por Organizações da Sociedade Civil, sem fins lucrativos, localizadas no Município de Fortaleza, na área de prevenção das DST/HIV/AIDS e Hepatites Virais; e da Lei nº 13.019, de 31 de julho de 2014

que dispõe sobre o regime jurídico das parcerias voluntárias, envolvendo ou não transferências de recursos financeiros, entre a administração pública e as organizações da sociedade civil, em regime de mútua cooperação, para a consecução de finalidades de interesse público.



### **CLÁUSULA TERCEIRA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONCEDENTE**

São obrigações da Secretaria Municipal de Saúde – SMS, decorrentes da execução deste convênio:

- I. Transferir os recursos financeiros para a execução deste Convênio em conformidade com o Cronograma de Desembolso do Plano de Trabalho aprovado, observado o estabelecido na Cláusula Quarta deste Convênio e as demais normas legais pertinentes;
- II. Acompanhar, supervisionar e fiscalizar a execução deste Convênio, através de seus órgãos e/ou entidades, direta ou indiretamente;
- III. Examinar, quando propostas reformulações do Plano de Trabalho, as alterações pretendidas desde que não impliquem em mudança de objeto;
- IV. Receber da CONVENIENTE as prestações de contas dos recursos financeiros repassados para a execução do objeto de que trata a Cláusula Primeira do presente Convênio.

### **CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES DA CONVENIENTE**

São obrigações da CONVENIENTE decorrentes da execução deste convênio:

- I. Receber da Secretaria Municipal de Saúde – SMS, através do Fundo Municipal de Saúde – FMS, mediante requerimento e respectivo recibo, os recursos financeiros previstos na Cláusula Quarta e aplicá-los em atividades relacionadas ao objeto de que trata a Cláusula Primeira do presente Convênio;
- II. Disponibilizar para a CONCEDENTE conta corrente específica para o recebimento e prestação de contas dos recursos oriundos do presente Convênio;
- III. Receber especificamente da CONCEDENTE os recursos atinentes a este Convênio através da conta bancária **Agência \_\_\_\_\_, Conta Corrente nº. \_\_\_\_\_, Banco do Brasil;**
- IV. Executar, sempre em consonância com o Plano de Trabalho apresentado, nos termos da legislação pertinente, os trabalhos necessários à consecução do objeto de que trata este Convênio, observados sempre os critérios de qualidade técnica, custos e prazos previstos;
- V. Registrar em sua contabilidade os atos e fatos administrativos de gestão dos recursos alocados a este Convênio;
- VI. Manter arquivada a documentação comprobatória das despesas realizadas, devidamente identificada com o número deste Convênio, ficando à disposição dos órgãos de controle interno e externo da Administração Pública;
- VII. Permitir o livre acesso dos servidores da CONCEDENTE, a qualquer tempo e lugar, a todos os fatos relacionados direta ou indiretamente com o instrumento pactuado, quando em missão de fiscalização e auditoria;
- VIII. Arcar com quaisquer ônus de natureza fiscal, trabalhista, previdenciária, social e empresarial, acaso decorrentes da execução do presente Convênio;
- IX. Restituir o valor transferido pela CONCEDENTE acrescido de juros legais, na forma da legislação aplicável aos débitos para com a Fazenda Nacional, a partir da data de seu recebimento, nos seguintes casos:
  - a. Quando não for executado o objeto discriminado na Cláusula Primeira deste Convênio, ressalvadas as hipóteses de caso fortuito e força maior, devidamente comprovadas;
  - b. Quando não for apresentada, no prazo estabelecido, a prestação de contas, salvo quando decorrentes de caso fortuito ou força maior, devidamente comprovados; e
  - c. Quando o recurso for aplicado em finalidade diversa da estabelecida.
- X. Aplicar obrigatoriamente no mercado financeiro os recursos recebidos da CONCEDENTE, enquanto não forem empregados em sua finalidade:

- a. Em caderneta de poupança de instituição oficial, se a previsão de seu uso for igual ou superior a 01 (um) mês; e
  - b. Em fundo de aplicação de curto prazo ou operação de mercado aberto lastreado em título da dívida pública, quando sua utilização estiver prevista para prazos menores.
- XI. Prestar contas dos recursos alocados pela CONCEDENTE, bem como dos rendimentos de suas aplicações financeiras, nos termos da legislação vigente;
- XII. Aplicar os recursos recebidos através da CONCEDENTE e os rendimentos auferidos nas aplicações financeiras, exclusivamente na consecução do objeto pactuado; e
- XIII. Restituir à CONCEDENTE eventuais saldos de recursos, inclusive os rendimentos da aplicação financeira, no prazo improrrogável de até 30 (trinta) dias após a conclusão, rescisão ou extinção deste convênio.

#### **CLÁUSULA QUINTA – DO VALOR**

O valor para atendimento do objeto previsto na Cláusula Primeira do presente Convênio, a ser repassado pela Secretaria Municipal de Saúde – SMS à CONVENIENTE, corresponderá à importância global de R\$ \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_), pago em 02 (duas) parcelas, sendo 50% (cinquenta) por cento por ocasião da publicação do convênio. A 2ª parcela, referente aos outros 50% (cinquenta) por cento, será repassada mediante aprovação de prestação de contas físico e financeira da primeira parcela e relatórios técnicos das ações executadas em conformidade com o objeto deste edital.

#### **CLÁUSULA SEXTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

As despesas decorrentes deste Convênio correrão à conta das seguintes dotações orçamentárias:

- **25.901.10.301.0122.1634.0002**, elemento de despesa **339039**, fonte **0 212**, da Ação de Implantação das Redes Temáticas de Condições Crônicas por Ciclo de Vida / por Patologia / por Condição Especial – Prevenção em DST/HIV/AIDS/Hepatites Virais.

#### **CLÁUSULA SÉTIMA – DA VIGÊNCIA**

O presente convênio terá vigência de 12 (doze) meses, iniciando-se em \_\_\_\_\_, tendo como seu termo final a data de \_\_\_\_\_.

#### **CLÁUSULA OITAVA – DA PUBLICAÇÃO**

Fica a cargo da CONCEDENTE a publicação do extrato do presente Convênio no Diário Oficial do Município – DOM, no prazo de até 05 (cinco) dias úteis do mês subsequente ao de sua assinatura, para ocorrer no prazo de 20 (vinte) dias daquela data, nos termos do disposto no art. 61, parágrafo único, da Lei Federal nº. 8.666/1993.

#### **CLÁUSULA NONA – DA RESCISÃO**

O presente convênio será rescindido de pleno direito:

- I – Pelo inadimplemento de qualquer de suas cláusulas por qualquer uma das partes que celebram este convênio;
- II – Pela superveniência de qualquer norma legal ou fato administrativo que o torne formal ou praticamente inexecutável;
- III – Em qualquer tempo, por mútuo acordo das partes integrantes;



IV – Por iniciativa de qualquer uma das partes, mediante notificação escrita, com, no mínimo, 30 (trinta) dias de antecedência.

### **CLÁUSULA DÉCIMA – DO FORO**

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

E, por assim se acharem justas e acordadas, as partes firmam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, na presença de 02 (duas) testemunhas que também o subscrevem.

Local e data

(nome do representante)  
CONTRATANTE

(nome do representante)  
CONTRATADO(A)

Testemunhas:

(nome da testemunha 1)

RG:  
CPF:

(nome da testemunha 2)

RG:  
CPF:

Visto:

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

