

ANEXO VI – MODELO DE DECLARAÇÃO DE INCOMPATIBILIDADE
DE CARGOS E FUNÇÕES

Pelo presente instrumento, (nome da instituição), CNPJ (nº do CNPJ), com sede na (endereço), não há nenhum sócio, diretor ou representante legal que exerça Cargo ou Função de Chefia ou Assessoramento, em qualquer nível, na área pública de saúde, no âmbito do Estado do Ceará, não comprometendo desta forma a participação da Instituição supracitada no processo do CHAMAMENTO PÚBLICO nº XXX/2025.

Comarca/Estado, _____ de _____ de _____.

Assinatura

(Nome completo, cargo ou função e assinatura dos sócios e/ou diretores).

*Observação: Em papel timbrado da interessada.

ANEXO VII - MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA
DE EMPREGADO MENOR

Pelo presente instrumento, (nome da instituição), CNPJ (nº do CNPJ), com sede na (endereço), Declaro, sob as penas da Lei, em atendimento ao quanto previsto no inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal, que não empregamos, em trabalho noturno, perigoso ou insalubre menores de 18 (dezoito), e de qualquer trabalho menores de 16 (dezesesseis) anos, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos.

Comarca/Estado, _____ de _____ de _____.

Assinatura

(Nome completo, cargo ou função e assinatura dos sócios e/ou diretores).

*Observação: Em papel timbrado da interessada.

ANEXO VIII - MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATOS IMPEDITIVOS

A proponente abaixo assinada declara na forma do §5º do artigo 156 da Lei nº 14.133/2021 e sob as penas da lei, que até a presente data inexistem fatos impeditivos para a habilitação no Chamamento Público nº XXX/2025, cujo objeto é o credenciamento de pessoas jurídicas que cujo objeto é atuar como SERVIÇOS RESIDENCIAIS TERAPÊUTICOS – SRT DO TIPO II, e que tenha habilitação para o exercício das funções previstas no edital, para atuação nas unidades que compõe a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, com a finalidade de assistir os usuários desses serviços, respeitando os quantitativos e condições estabelecidas no edital, e que está ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores.

Comarca/Estado, _____ de _____ de _____.

Assinatura

(Nome completo, cargo ou função e assinatura dos sócios e/ou diretores).

*Observação: Em papel timbrado da interessada.

ANEXO IX – AVALIAÇÃO DE CUMPRIMENTO DE OBJETO DE
PRESTAÇÃO DE SERVIÇO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO - SRT
(DE ACORDO COM O EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº XXX/XXXX COPOM/SEAPS/SESA)

Unidade:

Contrato nº:

Objeto do contrato:

Prazo de vigência do contrato: _____ / _____ / _____

Período da fatura: _____ a _____/2026.

Informações dos itens faturados no mês.

INDICADOR	FINALIDADE	FÓRMULA DE CÁLCULO	PERIODICIDADE DA VERIFICAÇÃO	CONFORME (C)	NÃO CONFORME (NC)
Acompanhamento sistemático dos Relatórios Psicossociais dos moradores do SRT.	Acompanhar o registro sistemático e periódico das atividades executadas por cada morador do SRT	Número de relatórios auditados conforme/ Número de relatórios auditados total	Mensal	≥70%	<70%

Quadro 4. Instrumento de Medição de Resultado (IMR)

A fiscalização técnica dos Contratos avaliará constantemente a execução do objeto e utilizará o Relatório Psicossocial dos SRT e dos Moradores como via de medição de resultados, devendo haver notificações à contratada com base no indicador do quadro 4, quando não houver o cumprimento das metas estabelecidas no indicador, devendo a contratada apresentar plano de ação para solucionar as causas do não atingimento das metas.

A contratada poderá receber notificação também, quando não produzir os resultados, deixar de executar, ou não executar com a qualidade mínima exigida as atividades contratadas;

A comissão fiscalizadora, composta por integrantes da Coordenadoria de Políticas de Saúde Mental- COPOM/SEAPS/SESA, deverá realizar a avaliação mensal para aferir o desempenho e qualidade da prestação dos serviços, encaminhando notificações à contratada para correção das falhas detectadas, havendo recorrência de inadequações ou não resolução de pendências por parte da contratada deverá realizar a identificação de cumprimento parcial do contrato, encaminhando os achados para avaliação quanto a aplicação de penalidades, conforme o caso.

A Comissão emitirá parecer validando o serviço prestado, mensalmente, para fins de pagamento.

ANEXO X – MODELO DE RELATÓRIO DAS ATIVIDADES DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL NO RESIDENCIAL TERAPÊUTICO - SRT
(DE ACORDO COM O EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº000/2026- COPOM/SEAPS/SESA)

Unidade:

Contrato nº:

Objeto do contrato:

Prazo de vigência do contrato: _____ / _____ / _____

Período da fatura: _____ a _____/2025

Equipe Gerencial:

I- CONTEXTUALIZAÇÃO DA IMPLANTAÇÃO DO SRT

No primeiro relatório, deve-se discorrer sobre todo o processo de implantação do Serviço Residencial Terapêutico - SRT. Nos subsequentes, informar fatos que impactem mudança ou despesa na estrutura da casa, mobiliário, melhorias para acolhimento dos moradores, etc. Tabelas, quadros e fotos ilustrativas, quando houver, devem ser anexados como arquivos.

II- APRESENTAÇÃO / RELATÓRIO PSICOSSOCIAL DO SRT

2.1 Breve contextualização do conteúdo do Relatório Psicossocial, identificando o(s) SRT(s) a que se refere e o período.

III- RELATÓRIO DE ATIVIDADES REALIZADAS NOS SRT's

Neste item, discorrer sobre a dinâmica de funcionamento do SRT, com breve resumo sobre as atividades realizadas no dia a dia da Unidade no período.

3.1. Atividades e rotinas de cuidado e atividades ocupacionais internas

Contextualizar a rotina do morador, no período. Anexar arquivo com Cronograma de Atividades executadas no período.

Informar intercorrências que fogem à rotina do morador, impacto nas casas, soluções adotadas e desdobramentos, quando for o caso.

3.2 Rotinas Psicossociais Externas dos Moradores

Descrever as rotinas dos moradores no quesito saúde, consumo de medicação, intercorrências em saúde, acompanhamentos nas redes de saúde, identificando corretamente os serviços. Quando houver, anexar arquivo com Cronograma de atividades extras no período.

3.3 Rotinas da Seção de Alimentação e Nutrição da SRT.

Contextualizar a dinâmica e comportamento nutricional dos moradores. Informações como cardápios executados, tabelas nutricionais, gêneros alimentícios, consumos, fotos e outros semelhantes, colocar em Anexos.

III. Relatório de Acompanhamento dos Moradores da SRT individualizados.

Discorrer sobre o acompanhamento aos moradores no SRT, de forma individual contendo as informações da rotina do cuidado, condições de clínicas e psicossociais ofertados no SRT e demais redes de apoio

III- ANEXOS

Fotos ilustrativas, tabelas, quadros e outros que venham a corroborar, enriquecer e/ou lustrar a informação do corpo do relatório.

Responsável pelas informações:

Assinatura:

Cargo/Função:

Data:

*Observação: Em papel timbrado da interessada.

