



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA
AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTADO DO PARANÁ

Convocação

A Autarquia Municipal de Saúde de Londrina informa que estará realizando procedimento visando à contratação de CASA DE APOIO tipo II para disponibilizar 52 acomodações aos pacientes do SUS que vivem com HIV/AIDS, nos termos das Portarias 1824/2004 e 1212/2005 do Ministério da Saúde.

Visando à tomada de conhecimento prévio dos interessados na prestação deste serviço, convocamos as entidades que atendam aos requisitos exigidos a comparecerem com a documentação competente no dia 14/11/2005, das 15:00 às 17:00 horas na sede da Autarquia Municipal de Saúde.

As demais informações necessárias estarão disponíveis no site www.londrina.pr.gov.br, no campo destinado a “licitações”.

Londrina, 04 de novembro de 2005.

Silvio Fernandes da Silva
Diretor Superintendente
Autarquia Municipal de Saúde

1 - CARACTERÍSTICAS DA CASA DE APOIO TIPO II:

Casa de Apoio Tipo II são residências inseridas na comunidade, pessoas jurídicas de direito público e privado, não vinculadas a empresas privadas prestadoras de serviço de saúde, que funcionam como estrutura de suporte de acolhimento temporário ou de longa duração, para abrigar adultos que apresentam sintomatologia da Aids, maior grau de dependência para realizar atividades e cuidados da vida diária, necessitando cuidados especiais, porém, não exigindo equipamentos para a manutenção de funções vitais ou de assistência de enfermagem ou médica de caráter contínuo.

De acordo com o descrito no artigo 5º, parágrafo 4º e incisos da Portaria 1824/04 as atividades de apoio e atenção à saúde são definidas como cuidados gerais, resguardados o sigilo e a dignidade das pessoas vivendo com HIV/Aids, compreendendo:

- 1.1 Orientações para a promoção à saúde e a prevenção de infecções por DST/Aids e outras doenças infecciosas;
- 1.2 Estímulo ao processo de adesão ao tratamento;
- 1.3 Desenvolvimento de cuidados pessoais;
- 1.4 Promoção do acesso aos serviços de saúde e de proteção aos direitos humanos;
- 1.5 Promoção de atividades profissionalizantes e/ou geração de renda;
- 1.6 Fornecimento de alimentação adequada, oferecendo, no mínimo, 5 refeições ao dia;
- 1.7 Realização de atividades lúdicas, de lazer e sócio-terapêuticas; e



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA
AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTADO DO PARANÁ

- 1.8 Promoção, manutenção e recuperação da autonomia dos indivíduos e restabelecimento dos vínculos familiares e sociais.
- 1.9 Disponibilização das acomodações para os usuários do SUS, de acordo com a necessidade definida pelo gestor local e com número de leitos oferecidos no presente edital, que funcionem em caráter permanente, inclusive nos finais de semana;
- 1.10 Possuírem camas Fowler, cadeiras de rodas e cadeiras para higiene em, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) das suas acomodações,
- 1.11 Possuírem pessoal de apoio (contratados ou voluntários) em período integral para desenvolver atividades de apoio à promoção à reinserção social, familiar e ao mercado de trabalho;
- 1.12 Garantir serviço de transporte para fins de traslado do usuário aos locais de seus respectivos atendimentos médicos;
- 1.13 atender prioritariamente aos usuários dos SUS que receberam alta hospitalar ou qualquer intervenção terapêutica e que se encontram clinicamente em período de recuperação física e social.
- 1.14 Atender a notificação de encaminhamento do paciente em no máximo 3 dias, de acordo com o número de leitos informados e de acordo com a capacidade da Casa de Apoio;
- 1.15 Bimestralmente será exigido relatório da Casa de Apoio acerca do tratamento oferecido pelos usuários a fim de constatar a aplicação dos cuidados e atividades inerentes ao tipo de serviço oferecido pela Casa de Apoio tipo II, o qual não eximirá a visitação e constatação das informações pelo fiscal de contrato da AMS.
- 1.16 Local de execução: No município de Londrina, uma vez que este foi qualificado a receber o incentivo destinado à contratação de acomodações de Casas de Apoio localizadas dentro deste limite territorial – artigos 9º II e 10, II da Portaria 1824/04.

2 - OBJETIVO DA CASA DE APOIO

Atendimento dos usuários do SUS - adultos que vivem com HIV/Aids – visando disponibilizar acomodações e instalações dessas Casas de Apoio, em caráter temporário ou de longa duração, cujo objetivo é a reintegração destes pacientes no seu núcleo familiar e na comunidade e, ainda, a retomada ou o início do desenvolvimento de atividades complementares ao tratamento terapêutico com a rede de apoio social local, seguindo as diretrizes estabelecidas pelos gestores de saúde locais, conforme Portarias do Ministério da Saúde 2313/2002, 1824/2004 e 1212/2005, incentivando as ações já desenvolvidas por estas instituições.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA
AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTADO DO PARANÁ

**3 - DOCUMENTOS NECESSÁRIOS PARA VERIFICAÇÃO DAS
CARACTERÍSTICAS DE CASA DE APOIO TIPO II**

- I. Declaração de adequação da instalação, conforme anexo I, tendo em vista o exigido através das características citadas no tópico 1 e das Portarias do Ministério da Saúde 2313/2002, 1824/2004 e 1212/2005;
- II. Declaração do número de acomodações/leitos disponíveis para a finalidade explicitada, adequadas ao solicitado nas características descritas acima (de até 52, tendo em vista o valor repassado pelo Ministério da Saúde para implementar o atendimento – Portaria 1213/2005);
- III. Número de funcionários e voluntários permanentemente na casa de apoio e respectiva função/ocupação, suficientes para atendimento do número de pacientes a serem recebidos em função da disponibilidade de acomodação.
- IV. Licença Sanitária válida do prédio onde serão oferecidas as acomodações objeto do edital;
- V. Cópia autenticada do Estatuto da Casa de Apoio – pessoa jurídica de direito público ou privado, organizadas sem fins lucrativos - que **contemple critérios para desenvolver as ações de apoio e atenção à saúde de pessoas vivendo com HIV/Aids e garantia e respeito aos direitos humanos e às liberdades e garantias individuais e organizadas** registrado no Cartório do Registros Públicos.

OS DOCUMENTOS ORA SOLICITADOS NÃO SUBSTITUEM OS QUE SERÃO EXIGIDOS QUANDO INICIAR O PROCEDIMENTO VISANDO À CONTRATAÇÃO DA ENTIDADE. ESTES ESTAO SENDO REQUERIDOS TÃO SOMENTE PARA VERIFICAR A EXISTÊNCIA DE INSTITUIÇÕES COM AS CARACTERÍSTICAS MENCIONADAS, PARA FINS DE PRÉVIO CONHECIMENTO DA AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE LONDRINA E CONVOCAÇÃO DAS CASAS DE APOIO INTERESSADAS.

4 – CONTRAPRESTAÇÃO

Para fins de esclarecimento, informamos que a contraprestação a cargo da Autarquia Municipal de Saúde de Londrina quando do futuro contrato a ser realizado com a Casa de Apoio tipo II, o qual será efetivado através de regular processo administrativo, em procedimento independente e autônomo a esta convocação, será de R\$ 350,00/acomodação/mês efetivamente utilizada pelos usuários do SUS, definida através do art. 6º da Portaria 1824/2004 do Ministério da Saúde, cujo teto mensal foi estabelecido em R\$ 18.200,00 (dezoito mil e duzentos reais) correspondentes a 52 acomodações/leitos.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE LONDRINA
AUTARQUIA MUNICIPAL DE SAÚDE
ESTADO DO PARANÁ

ANEXO I

DECLARAÇÃO DE ADEQUAÇÃO À INFRA-ESTRUTURA E EQUIPAMENTOS

DECLARO para os devidos fins que a _____(razão social da instituição) atende às características mencionadas na convocação da Casa de Apoio tipo II e que tem capacidade para o número de acomodações ora proposto, com grau de salubridade e segurança adequados, bem como que as instalações físicas atendem aos requisitos da portaria do Ministério da Saúde 1824/04 e que ainda possui todos os equipamentos e condições estruturais exigidas, quais sejam, *as camas Fowler, cadeiras de rodas e cadeiras para higiene em, no mínimo, 50% (cinquenta por cento) das suas acomodações; pessoal de apoio (contratados ou voluntários) em período integral para desenvolver atividades exigidas de cuidados e reinserção em número suficiente para atendimento dos usuários na capacidade de acomodações oferecidas; e serviço de transporte para fins de traslado do usuário aos locais de seus respectivos atendimentos médicos e que não são vinculadas a empresas privadas prestadoras de serviço de saúde.*

Por ser verdade, firma(mos) a presente declaração.

Local e data.

Assinatura
Nome do Licitante ou Representante Legal