



TERMO DE REFERÊNCIA

CHAMAMENTO PÚBLICO

**Para Seleção de Organização da Sociedade Civil - OSC para execução do
PROJETO VIDA NOVA 60+CUIDADO.**

**Setembro, 2026
Salvador - BA**

TERMO DE REFERÊNCIA

Considerando a Lei Federal nº 13.019/2014 e suas alterações, e o Decreto Municipal 29.129/2017, que estabelece um novo regime jurídico das parcerias entre a Administração Pública e as Organizações da Sociedade Civil - OSC's, em regime de mútua cooperação, para consecução de finalidades de interesse público e recíproco, mediante a execução de atividades ou de projetos previamente estabelecidos em plano de trabalho.

Segue abaixo os tópicos que compõem este Termo de Referência que servirá como base para a seleção e formalização de parceria por meio de Termo de Colaboração entre a **Secretaria Municipal de Promoção Social, Combate à Pobreza, Esporte e Lazer - SEMPRE e Organização da Sociedade Civil - OSC**, através de Edital de Chamamento Público para a Execução do Projeto **VIDA NOVA 60+ CUIDADO**

1. INTRODUÇÃO

O presente Termo de Referência servirá como base para a seleção e formalização de parceria entre a **SEMPRE e OSC** que desenvolva atividades pautadas na política da pessoa idosa, de assistência social e de saúde, que tenham expertise para a execução indireta em ofertar atendimento domiciliar de proteção social básica, desenvolvida por cuidadores sociais para pessoas idosas a partir de 60 anos, de ambos os sexos, dependentes ou semidependentes, conforme especificações mínimas e detalhamentos consignados neste documento. O Projeto Vida Nova 60+Cuidado, será financiado com recursos do Fundo Municipal da Pessoa Idosa - FMPI, como incentivo à Política Municipal da Pessoa Idosa.

A contratação de pessoa jurídica, por meio de Organização da Sociedade Civil - OSC para execução do Projeto VIDA NOVA 60+CUIDADO, possibilitará o desenvolvimento do conjunto de ações integradas entre as políticas públicas municipais de Assistência Social e Saúde, visando atender as premissas constantes da Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional da Pessoa Idosa; Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 - Estatuto da Pessoa Idosa e suas alterações; Lei nº 15.069, de 23 de dezembro de 2024 que instituiu a Política Nacional de Cuidados; Decreto nº 12.562, de 23 de julho de 2025 e Resolução CMI nº 009/2025, dentre outras, para o cuidado integrado da pessoa idosa em seu domicílio através da presença do Cuidador Social, orientados por meio de plano de cuidados, estabelecidos pelos profissionais da Secretaria Municipal de Promoção Social, Combate à Pobreza, Esporte e Lazer-SEMPRE e da Secretaria Municipal de Saúde-SMS.

Conforme estabelece o Parágrafo único do art. 2º, Decreto Federal nº 12.562, de 23 de julho de 2025, "o Plano Nacional de Cuidados é um instrumento de planejamento estratégico e intersetorial, que será detalhado por meio de portaria conjunta do Ministro de Estado do Desenvolvimento e Assistência Social, Família e Combate à Fome, da Ministra de Estado das Mulheres e da Ministra de Estado dos Direitos Humanos e da Cidadania, e conterá":

I - As ações e as entregas a serem ofertadas à população;

II - As metas;

III - Os instrumentos de implementação;

IV - O período de vigência; e

V - Os órgãos e as entidades responsáveis ou parceiros pela execução das ações.

Assim, o Plano Nacional de Cuidados também subsidiará na execução do referido Projeto pela consonância das ações propostas de cuidados as pessoas idosas no domicílio.

Nesse sentido, o Marco Regulatório das Organizações da Sociedade Civil (MROSC) instituído pela Lei 13.019/2014 - determina que a administração pública adote o Chamamento Público para a seleção da OSC, por meio de novos instrumentos jurídicos: os Termos de Colaboração e de Fomento nos casos de parcerias com recursos financeiros, e o Acordo de Cooperação, no caso de parcerias sem transferência de recursos financeiros, passando a ser um regime jurídico obrigatório, que deve ser adotado por todos os entes federados, conforme legislação vigente.

Logo, o referido Marco Regulatório em conjunto com o Decreto Municipal nº 29.129/2017, trazem maior segurança jurídica para as OSC's, que passam a contar com uma norma estruturante e a sua implementação estimula a gestão pública democrática, nas diferentes esferas de governo, valorizando as organizações da sociedade civil como parceiras do Estado na garantia e efetivação de direitos.

Compreendem-se como Organizações da Sociedade Civil, entidades privadas sem fins lucrativos que desenvolvem ações de interesse público e não tenham o lucro como objetivo. Estas organizações, atuam na promoção e defesa de direitos e em atividades nas áreas de direitos humanos, saúde, educação, cultura, ciência e tecnologia, desenvolvimento agrário, assistência social, moradia, dentre outras.

A relação de parceria entre a OSC e o poder público estabelece o **“planejamento”** como um aspecto essencial para execução do Projeto, pois faz-se necessário o conhecimento dos recursos, sejam eles humanos, financeiros, técnicos ou físicos, garantindo assim que todas as etapas do projeto sejam desenvolvidas de forma sincronizada com as demais, para que eventuais problemas identificados em uma fase não interfiram na fase seguinte. Desse modo, deve ser demonstrado o alcance das metas e resultados durante toda a parceria, sendo a prestação de contas um dos instrumentos de avaliação do cumprimento de cada etapa do projeto.

Diante do exposto, a oferta de serviços, projetos e programas de proteção social voltados ao atendimento das demandas da pessoa idosa, sob a perspectiva da garantia de prioridade absoluta, implica assegurar preferência na formulação e execução das políticas públicas sociais, bem como a destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas a sua proteção. Nesse contexto,

apresentamos o Termo de Referência, que visa subsidiar as ações necessárias para a efetivação desses direitos.

2. JUSTIFICATIVA

O mundo tem vivenciado um aumento crescente da população idosa e no Brasil, em 2022, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, o total de pessoas com 65 anos ou mais no país chegou a 10,9% da população (22.169.101), frente a 2010, quando esse contingente era de 7,4% da população (14.081.477), ocorrendo uma alta expressiva de 57,4%, acompanhado de mudanças na proporção entre os sexos. É o que revelam os resultados do universo da população do Brasil desagregada por idade e sexo do Censo Demográfico/2022.

Ao longo do tempo tem se observado que a base da pirâmide etária vem se estreitando devido à fatores como redução da fecundidade e diminuição dos nascimentos, aliado ao aumento da expectativa de vida que alarga a pirâmide etária no Brasil. Assim, as primeiras investigações sobre o envelhecimento do início do século XX, relacionavam-se basicamente às modificações fisiológicas e perdas de sistemas vitais do organismo, que ocorriam à medida em que o indivíduo envelhecia e atingia os anos da senescência. “O envelhecimento biológico é um processo gradual de declínio em estrutura, função, organização e diferenciação, cujo ponto final é a morte” (Neri, 2013, p.20).

Na segunda metade do século XX o envelhecimento populacional é considerado uma das principais conquistas sociais, no entanto, essas conquistas trazem grandes desafios. Um deles, é assegurar e garantir a dignidade humana e a equidade entre os grupos etários, acesso aos recursos, direitos e responsabilidades sociais. O aumento da população nesta faixa etária, traduz uma profunda alteração demográfica que está sendo registrada em todas as regiões do país. Esta alteração se deve a redução da taxa de fecundidade e da mortalidade, resultado de políticas públicas e de incentivos, amparados pelo progresso tecnológico e médico. Outro fator é que, nos últimos tempos, as conquistas para o acesso às políticas públicas, principalmente, saúde e assistência social, essa última, com acesso a renda vem dando relativa autonomia às pessoas idosas, que muitas vezes, acabam sendo o provedor da família.

O Brasil, em geral, está passando por um processo de envelhecimento populacional, e Salvador não é exceção. De acordo com os dados do IBGE/2022, Salvador apresenta uma população de 2.417.678 habitantes, entretanto, vale salientar que o número de pessoas idosas no município apresenta um percentual de aproximadamente 17%, ou seja, corresponde a 399.075 pessoas que se encontram no processo de envelhecimento, e, portanto, demandantes de uma melhor qualidade de vida, valorização e inclusão na conjuntura dinâmica do tecido social.

Segundo dados do Cadastro Único, em Salvador, no mês de abril/2026 existem 870.203 pessoas na sua base de dados em situação de pobreza e de baixa renda, isto é, com renda inferior a $\frac{1}{2}$ salário mínimo. Desse universo, 51.776 são pessoas idosas, na sua grande maioria do sexo feminino, representando um percentual de equivalente a 4,10% das pessoas cadastradas (CECAD/MDS).

Nesse contexto, observa-se a necessidade de promover ações que impactem na qualidade de vida desse segmento que apontam para desafios e investimentos nas áreas de saúde e de assistência social, além de outras políticas públicas que oportunizem o desenvolvimento de projetos voltados para o envelhecimento ativo e saudável.

Nesta perspectiva, o envelhecimento ativo e saudável perpassa pela capacidade funcional da pessoa idosa em gerir suas atividades de vida diária e o declínio funcional, por sua vez, é caracterizado pela perda de autonomia e independência da pessoa idosa, com impacto para a sua qualidade de vida, de seus familiares e cuidadores. Assim, os cuidados são compreendidos como atividades realizadas para o sustento da vida e para o bem-estar das pessoas, independente do grau de dependência ou não.

Logo o cuidado à pessoa idosa constitui-se também como responsabilidade da sociedade e do Estado, exigindo atenção à qualidade de vida, às provisões da saúde, assistência social, lazer, cultura, dentre outras. É preciso garantir a integralidade de proteção social pública, capaz de elevar os patamares de cidadania da pessoa idosa, fomentar e potencializar o direito à convivência familiar e comunitária, possibilitando o acesso e participação social na perspectiva da garantia de direitos sociais, políticos e civis.

Diante deste panorama, a SEMPRE é responsável pela execução das Políticas Públicas da Pessoa Idosa no município e, em conjunto com o Conselho Municipal da Pessoa Idosa - CMPI e o Fundo Municipal da Pessoa Idosa - FMPI, fomentam ações que efetivam a Política para as Pessoas Idosas, levando em consideração o Estatuto da Pessoa Idosa (Lei Federal nº 10.741/2003 e suas alterações).

O Estatuto da Pessoa Idosa define que a pessoa idosa é aquela com idade a partir dos 60 anos ou mais, e reafirma a sua condição cidadã, estabelecendo condições de prioridade em relação aos seus direitos civis, especialmente no que se refere aos direitos fundamentais, tais como: o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária.

Em consonância com o Art. 3º: “é obrigação da família, da comunidade, da sociedade e do poder público assegurar à pessoa idosa, com absoluta prioridade, a efetivação do direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária”.

Nesse sentido, o **Termo de Referência** visa apresentar as necessidades demandadas da articulação para fortalecimento da rede de proteção, atendimento, assistência social e cuidados às pessoas idosas na proteção social básica. Um dos principais objetivos é apoiar as famílias no cuidado às pessoas idosas, estimular a autonomia dos usuários e de seus cuidadores, fortalecer os vínculos familiares e comunitários e ampliar a participação social.

Assim, o **PROJETO VIDA NOVA 60+CUIDADO** é uma provisão da política pública de assistência social desenvolvida intersetorialmente com a política pública de saúde direcionada à prevenção de agravos de vulnerabilidades sociais, associadas ao fenômeno do envelhecimento, por meio de suporte às dinâmicas familiares no ambiente do domicílio através do Cuidador Social e acompanhamento da pessoa idosa e sua família pelo Centro de Referência de Assistência Social - CRAS e Unidade da Saúde da Família - USF dos territórios. Por fim, destina-se a apoiar pessoas idosas dependentes e semidependentes e suas famílias, caso apresentem limitações, restrições ou impedimento de acesso à rede socioassistencial e intersetorial no território de abrangência do Projeto.

3. PRINCÍPIOS E DIRETRIZES DO PROJETO

O **PROJETO VIDA NOVA 60+CUIDADO** terá como referência os princípios e diretrizes do Sistema Único de Assistência Social - SUAS e Sistema Único de Saúde - SUS.

São **Princípios** estruturantes do projeto:

Integralidade: A Assistência Social consiste na oferta de um conjunto articulado de serviços, programas, projetos e benefícios socioassistenciais, buscando atender as necessidades das pessoas em sua totalidade. Para o SUS representa a oferta em todos os níveis de atenção à saúde, desde a prevenção até a reabilitação, de forma integrada e contínua.

Intersetorialidade: Integração e articulação da rede socioassistencial com as demais políticas públicas e órgãos setoriais.

Matricialidade sociofamiliar: Centralidade da família como núcleo social fundamental para a efetividade das ações e serviços socioassistenciais, considerando que a família deve ser apoiada e ter acesso a condições para responder ao seu papel de proteção às pessoas idosas.

Gratuidade: A Assistência Social deve ser prestada sem exigência de contribuição ou contrapartida.

Equidade: A Assistência Social preza pelo respeito às diversidades regionais, culturais, socioeconômicas, políticas, raciais, religiosas, familiares e territoriais, priorizando aqueles que estiverem em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social. O SUS reconhece que nem todas as pessoas têm as mesmas necessidades e, portanto, o acesso à saúde deve ser diferenciado para garantir que todos recebam o atendimento de que precisam.

Universalidade: A saúde é um direito de todos e um dever do Estado, garantindo acesso a serviços públicos de saúde.

São **Diretrizes** estruturantes do projeto:

Territorialização: As ações devem ser planejadas e executadas considerando as características do território em que a população vive.

Cuidado Centrado na Pessoa: O SUS deve focar no cuidado integral e longitudinal, considerando as necessidades de saúde do indivíduo ao longo do tempo.

Longitudinalidade do Cuidado: A continuidade e o acompanhamento dos casos, buscando contribuir para o desenvolvimento integral da pessoa e o enfrentamento das causas da vulnerabilidade social.

Responsabilização: Todos os envolvidos no processo de cuidado, incluindo o usuário, a família, a equipe de assistência social, e a equipe de saúde, devem ter responsabilidades claras.

Humanização: O cuidado deve ser acolhedor, respeitoso e livre de discriminação.

4. OBJETO

Constitui objeto deste Termo de Referência a Seleção Pública de Organização da Sociedade Civil - OSC para execução do **PROJETO VIDA NOVA 60+CUIDADO**, por meio da contratação de profissionais para composição da equipe (Coordenador, Supervisor, Psicólogo (a), Técnico Administrativo e Cuidador Social) e aquisição dos insumos para a execução do Projeto conforme condições estabelecidas neste Termo de Referência.

5. OBJETIVOS

5.1 OBJETIVO GERAL

Promover ações integradas de cuidados a pessoas idosas por meio das políticas públicas de assistência social e saúde, nos territórios com maior incidência de vulnerabilidade social, disponibilizando “cuidadores sociais” para realizar acompanhamento/apoio domiciliar, àquelas pessoas idosas em situação de vulnerabilidade que se encontram em condição de dependência e/ou semidependência, bem como, todos os demais suportes necessários à realização das atividades inerentes aos cuidados das pessoas idosas.

5.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos do **PROJETO VIDA NOVA 60+CUIDADO**, consistem em:

5.2.1 Fortalecimento dos Vínculos Familiares e Comunitários

- Referenciar/Acompanhar a pessoa idosa e sua família no Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF) nos CRAS;
- Reduzir o isolamento social, criando oportunidades para socialização e o convívio familiar e comunitário das pessoas idosas;
- Incentivar a interação social através de atividades em grupos culturais, oficinas temáticas, eventos sociais, dentre outros;
- Promover a cidadania e defesa dos direitos das pessoas idosas através de campanhas, ações, palestras, oficinas de conscientização sobre a importância do cuidado com as pessoas idosas na comunidade;
- Promover autonomia ao Cuidador Familiar;
- Prevenir o abrigamento institucional da pessoa idosa com vistas a promover a sua inclusão social.

5.2.2 Melhoria da Saúde Física e Atenção Psicossocial

- Monitorar a situação de Saúde através da atenção primária que realizará o monitoramento periódico e contínuo de condições de saúde (diabetes, hipertensão, etc.), com foco em prevenir agravamentos que levem a hospitalizações;
- Desenvolver ações de prevenção e promoção da saúde contínua da imunização (calendário da saúde da pessoa idosa), campanhas de vacinação e atividades coletivas;
- Promover estimulação cognitiva e atividades físicas adaptadas através de sessões de estimulação cognitiva e exercícios físicos adaptados (guiados pelos cuidadores após orientações da equipe USF e/ou e-multi da Atenção Primária da Saúde - APS) para manter a mente ativa e fortalecer a mobilidade, prevenindo o declínio físico e cognitivo das pessoas idosas.

5.2.3 Promoção da Independência:

- Ensinar habilidades práticas e de autocuidado que incentivem a autonomia da pessoa idosa.

5.2.4 Educação e Capacitação:

- Oferecer capacitação para cuidadores familiares das pessoas idosas sobre cuidados específicos, manejo de doenças e suporte emocional.

5.2.5 Proteção Social e Garantia de Direitos:

- Articular e fortalecer a rede de proteção social da pessoa idosa visando a garantia de direitos.
- Contribuir para resgatar e preservar a integridade e a melhoria da qualidade de vida das pessoas idosas.

6. PERÍODO DE EXECUÇÃO

6.1 A execução do **PROJETO VIDA NOVA 60+CUIDADO** terá o prazo de 24 (vinte e quatro) meses, contado a partir da data de assinatura do Termo de Colaboração.

6.2 A realização do Projeto será monitorada e avaliada pelo gestor da parceria e analisada pela Comissão de Monitoramento e Avaliação de Parceria, designados pela Secretaria Municipal de Promoção Social, Combate à Pobreza, Esportes e Lazer - SEMPRE.

7. PÚBLICO - ALVO

Pessoas idosas, a partir de 60 anos ou mais, em situação de vulnerabilidade social, em condição de dependência ou semidependência residentes no município de Salvador.

8. META

Ofertar 100 (cem) vagas no Projeto Vida Nova 60+Cuidado a pessoas idosas, a partir de 60 anos ou mais, em situação de vulnerabilidade social, em condição de dependência e semidependência nos 04 (quatro) territórios dos CRAS e USF's, definidos pelos Distritos Sanitários, do município de Salvador/BA, sendo 25 pessoas idosas por território.

9. LOCAL DE EXECUÇÃO

A execução do projeto Vida Nova 60+Cuidado dar-se-á no município de Salvador/BA, sendo 25 pessoas idosas por cada território: Cajazeiras, Liberdade, Pau da Lima, Itapagipe.

10. ABRANGÊNCIA TERRITORIAL DO PROJETO

O Projeto Vida Nova 60+Cuidado será executado em articulação com os CRAS e Distritos Sanitários que definirão as Unidades da Saúde da Família - USF's participantes do Projeto nas áreas de abrangência dos territórios definidos mediante análise dos dados da base do Cadastro Único do município, a saber: Cajazeiras/Castelo Branco; Liberdade/Fazenda Grande do Retiro; Pau da Lima e Itapagipe, no qual as pessoas idosas estarão vinculadas às unidades públicas de Assistência Social e Saúde.

TERRITÓRIO	CRAS	DISTRITO SANITÁRIO	TOTAL DE PESSOAS IDOSAS
01	CRAS Cajazeiras e CRAS Castelo Branco.	Cajazeiras	25
02	CRAS Liberdade e CRAS Fazenda Grande do Retiro.	Liberdade	25
03	CRAS Pau da Lima.	Pau da Lima	25
04	CRAS Itapagipe.	Itapagipe	25

11. ESPAÇO FÍSICO PARA EXECUÇÃO DAS ATIVIDADES DO PROJETO E APOIO DA EQUIPE TECNICA

- ✓ Domicílio das pessoas idosas;
- ✓ Sede da executora e do Complexo Vida Nova 60+Cuidado;
- ✓ Equipamentos dos CRAS e USF'S participantes.

12. PROVISÕES MATERIAIS

Os recursos disponibilizados deverão ser utilizados nas aquisições das despesas conforme discriminados abaixo:

- a) Materiais de consumo: todo o tipo de material de expediente, escritório, higiene, limpeza para o desenvolvimento das atividades do projeto;
- b) Materiais pedagógicos: todo tipo de material e jogos lúdicos e interativos que promovam o desenvolvimento e a estimulação da atividade mental, melhoram a memória das pessoas idosas e fomentam o envelhecimento ativo;
- c) Materiais de higiene para as pessoas idosa: será obrigatório a disponibilização dos itens/kits de higiene pessoal conforme definido na Planilha de custos

disponibilizada pela SEMPRE:(Sabonete suave, shampoo neutro, condicionador adequado para pele sensível, pastas e escova de dentes com cerdas macias, fralda geriátrica, toalha de banho, polvilho antisséptico e hidratante e/ou óleo para pele sensível, com especificações técnicas e recomendado para pessoa idosa.

- d) Material Informativo: confecção de materiais informativos e /ou publicitários para divulgação do projeto, tais como: folders, cartilhas, panfleto, cartaz e banners. É obrigatório que em cada CRAS e USF'S que integram a área de abrangência do projeto tenham Banners de identificação do Projeto;
- e) Equipamentos de Proteção Individual (EPIs): para os Cuidadores Sociais visando a proteção aos riscos no trabalho, a exemplo de avental, óculos de proteção; luvas; máscaras; botas, etc.
- f) Fardamento equipe técnica: é obrigatório disponibilização do fardamento institucional para os cuidadores sociais do Projeto, bem como camisas para utilização pela equipe técnica, com as logomarcas a serem disponibilizadas pela SEMPRE.
- g) Equipamentos permanentes/Dispositivos Auxiliar de Locomoção (DAM): aquisições de equipamentos permanentes para uso exclusivo nas ações técnicas do Projeto e/ou para utilização das pessoas idosas que necessitem, dos DAM's conforme orientações médicas. (Cadeira de rodas, cadeira para banho, muletas, andadores, entre outros)
- h) Serviços de pessoa física ou jurídica: contratação de pessoal, serviços gráficos, locação de veículos, dentre outros, para suporte às ações do projeto. No caso do veículo deve ser considerando a inclusão do custo com o combustível e contratação de motorista,

Em relação ao “item g” os Dispositivos Auxiliar de Locomoção, os mesmos ficarão sob a guarda da OSC e serão utilizados pelas pessoas idosas conforme demanda apresentada durante a execução do projeto e o “item h” sendo obrigatório a plotagem do veículo com a identificação do Projeto e as logomarcas a serem disponibilizadas pela SEMPRE.

13. METODOLOGIA

A metodologia de execução da parceria deverá observar as diretrizes estabelecidas na Lei Federal nº 13.019/2014, garantindo planejamento, transparência e foco em resultados de interesse público. O Plano de Trabalho deve descrever de forma objetiva as atividades, metas, indicadores e meios de verificação, conforme art. 22 e seus incisos. As ações devem demonstrar nexos entre objetivos, público beneficiário e impacto social esperado, assegurando eficácia e efetividade. A execução deverá seguir critérios de acompanhamento, monitoramento e avaliação previstos na legislação, em conformidade com o Termo de Referência, permitindo controle e mensuração dos resultados.

13.1 Forma de Acesso das pessoas idosas:

- ✓ Encaminhamento dos CRAS e USF;

13.2 Seleção das pessoas idosas:

A seleção das pessoas idosas beneficiárias do Projeto ocorrerá mediante **avaliação técnica interdisciplinar**, realizada pelas equipes do **Centro de Referência de Assistência Social – CRAS** e da **Unidade de Saúde da Família – USF**, observados os princípios da legalidade, impessoalidade, equidade, transparência e prioridade da proteção social, conforme diretrizes da Política Nacional de Assistência Social – PNAS, do Sistema Único de Assistência Social – SUAS e da legislação aplicável.

O processo de seleção observará **instrumentais padronizados**, a serem disponibilizados pela Secretaria Municipal de Promoção Social, Combate à Pobreza, Esportes e Lazer – SEMPRES e pela Secretaria Municipal da Saúde – SMS, os quais estabelecerão critérios técnicos de elegibilidade, grau de dependência, vulnerabilidade social, risco pessoal e familiar, bem como as prioridades de cuidado no território de referência, considerando o número de vagas disponíveis no projeto.

Para os fins deste Edital, considera-se **pessoa idosa** aquela com idade igual ou superior a **60 (sessenta) anos**, nos termos do **art. 1º da Lei Federal nº 10.741/2003 (Estatuto da Pessoa Idosa)**.

Serão priorizadas pessoas idosas em situação de **dependência ou semidependência**, associadas a vulnerabilidade social, fragilidade de vínculos familiares, risco de institucionalização ou comprometimento da autonomia, conforme avaliação técnica, observando-se o direito à convivência familiar e comunitária e a centralidade da família, nos termos do art. 3º do Estatuto da Pessoa Idosa e das normativas do SUAS.

Consideram-se **pessoas idosas dependentes** aquelas que, em razão de limitações físicas, mentais, cognitivas ou de saúde, necessitam de auxílio de terceiros para a realização de atividades básicas da vida diária, tais como higiene pessoal, alimentação, mobilidade, administração de medicação ou outras funções essenciais, podendo a dependência variar em grau.

Consideram-se **pessoas idosas semidependentes** aquelas que mantêm autonomia parcial, realizando parte das atividades da vida diária, porém necessitando de apoio eventual ou contínuo para determinadas funções, especialmente em razão de fragilidades decorrentes do processo de envelhecimento, condições clínicas, limitações funcionais ou contexto social.

A inclusão no Projeto estará condicionada à avaliação técnica conclusiva das equipes do CRAS e da USF, à concordância da pessoa idosa ou de seu responsável legal, mediante assinatura de Termo de Consentimento, e à disponibilidade orçamentaria e de vagas, não gerando direito subjetivo à inserção automática no serviço.

13.3 Funcionamento da ação no domicílio:

As ações do Projeto em domicílio devem ser realizadas de segunda a sexta-feira, das 08h às 12 e das 13h às 17h.

13.4 Capacidade do Serviço:

O cuidado domiciliar a ser oferecido as pessoas idosas pelo cuidador social deverá ter uma frequência semanal e horário conforme estabelecido pela equipe técnica, podendo cada cuidador ser responsável por até 04 pessoas idosas. Durante o acompanhamento poderá ocorrer permutas de profissionais após um período mínimo de 06 meses. Não será assegurada a presença de um cuidador social 08 horas por dia, todos os dias da semana para uma única pessoa idosa, porém, deve priorizar as necessidades urgentes e fundamentais das pessoas idosas vulneráveis.

13.5 Detalhamento das ações:

O projeto desenvolverá ações conjuntas de cuidados de Assistência Social (Proteção Social Básica) e de Saúde (Atenção Primária à Saúde) no âmbito do domicílio das pessoas idosas, através da atuação direta do Cuidador Social que realizará o atendimento domiciliar a pessoas idosas dependentes e/ou semidependentes em dias e horários definidos pela equipe do projeto, de acordo com o grau de dependência de cada pessoa, com a finalidade de prevenir a institucionalização e o isolamento”.

Conceitualmente, define-se cuidador social como o “profissional que desempenha funções de auxílio, assistência e acompanhamento de pessoa idosa, pessoa com transtornos mentais, pessoa com deficiência, pessoa com doença rara e pessoa com enfermidade ou qualquer outra condição que demande acompanhamento permanente ou parcial no âmbito domiciliar ou de instituição de acolhimento social”.

No caso específico do “Projeto VIDA NOVA 60+CUIDADO” o Cuidador Social desempenhará acompanhamento especificamente a pessoa idosa e realizará suas atividades em consonância com o Plano de Cuidado Personalizado, elaborado em conjunto pelos profissionais de saúde e assistência social.

O Plano prevê, atividades de cuidados relacionados a higiene, alimentação, locomoção, mudança de posição de pessoas acamadas, controle de horário de medicamentos, acompanhamento a pessoa idosa em atividades de lazer e em consultas médicas na rede SUS na impossibilidade do cuidador familiar, além de evitar a ocorrência de situações que possam fragilizar e romper os vínculos familiares e sociais dos usuários com foco na garantia do acesso a seus direitos.

O trabalho do cuidador social estará em articulação com a equipe técnica do CRAS e da USF do território que acompanhará a pessoa idosa.

Os profissionais do Projeto Coordenador e Supervisor possuem papel fundamental para a execução do projeto, garantindo que todas as ações estejam alinhadas com os objetivos do Termo de Referência, auxiliando no planejamento de atividades e na distribuição de tarefas de forma equitativa e eficiente, analisando juntamente com a equipe resultados e indicadores do projeto, propondo ajustes e melhorias contínuas para garantir a efetividade das intervenções.

No Sistema Único de Assistência Social - SUAS, a Proteção Social Básica vai atuar na perspectiva da prevenção das situações de vulnerabilidade social decorrente da fragilização de vínculos afetivos, relacionais ou de pertencimento social, de discriminações etárias, étnico-raciais, pelo gênero ou por deficiências, da privação ou ausência de renda e do precário ou nulo acesso aos serviços públicos, entre outras situações de desproteção social.

O Centro de Referência de Assistência Social - CRAS é unidade pública, porta de entrada da Assistência Social no município, responsável por oferecer serviços, programas, projetos e benefícios sociais para famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade ou risco social, integrando o Sistema Único de Assistência Social (SUAS). Ele atua na prevenção de situações de risco, fortalecendo os vínculos familiares e comunitários e buscando a melhoria da qualidade de vida das pessoas atendidas, através da equipe técnica de referência. Também, executa o Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família - PAIF que realiza o trabalho social com famílias que visa fortalecer a função protetiva das famílias, prevenir rupturas de vínculos, promover acesso à direitos, acesso e encaminhamento à rede de proteção e outras políticas públicas, ofertar ações coletivas (grupos, oficinas, campanhas e palestras) e apoiar as famílias por meios de ações preventivas, protetivas e proativa.

No Sistema Único de Saúde - SUS, o Distrito Sanitário - DS é uma unidade territorial com população definida, responsável pela organização e oferta de serviços de saúde. Ele funciona como uma estrutura administrativa e operacional, buscando aproximar os serviços das necessidades locais e promover a articulação de recursos e ações de saúde, visando atender às necessidades de saúde daquela população de forma integral e regionalizada.

A Unidade de Saúde da Família - USF é unidade pública de saúde destinada a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional responsável por oferecer cuidados integrais e serviços básicos de saúde, com promoção da saúde, prevenção de doenças e acompanhamento buscando resolver a maioria dos problemas de saúde no nível local e primário de atenção.

14. MONITORAMENTO DO PROJETO

O monitoramento do Projeto ocorrerá durante toda sua vigência. A partir da assinatura da Parceria a Osc deverá cumprir com todas as obrigações previstas no

Termo de Colaboração, sendo o seu monitoramento delineado pelos instrumentais balizadores do Projeto e incorporado à rotina de trabalho. As informações coletadas serão qualificadas e úteis para o aprimoramento da oferta do serviço. A forma de registro será padronizada, através de instrumentais que deverá ser utilizado pela equipe técnica. Os modelos serão disponibilizados pela SEMPRE e SMS à OSC, a saber:

14.1 Instrumentais de Rotina e Monitoramento:

- Instrumental de Avaliação para Inserção das pessoas idosas no Projeto Vida Nova 60+cuidado: estabelece critérios para inserção no projeto a serem utilizados pelo CRAS e USF, contemplando avaliação das vulnerabilidades sociais (CRAS) e avaliação clínico-funcional (USF).

- Instrumental Termo de Consentimento: estabelece as responsabilidades das famílias, atribuições do cuidador e as condições para a permanência no Projeto.

- Instrumental Rotina de Cuidados: estabelece a rotina de cuidados definidos pela Assistência Social e pela Saúde a serem seguidos pelo Cuidador Social para as pessoas idosas.

- Instrumental Folha de Acompanhamento Diário/Diário do Cuidador: registro das atividades realizadas pelo Cuidador Social com a pessoa idosa no domicílio.

- Instrumental Monitoramento Integrado: estabelece dados das pessoas idosas e dos atendimentos a serem computados mensalmente.

- Instrumental Avaliação de Resultados: estabelece a mensuração dos resultados do projeto de forma periódica.

- Instrumental de Solicitação de desligamento do Projeto: estabelece a solicitação pela família ou pela pessoa idosa do seu desligamento com informações do motivo.

- Pasta da pessoa idosa no Domicílio: contém cópias dos instrumental(is) do Termo de Consentimento (assinado pela família), cópia da rotina de cuidados, instrumentos de registro(s) das pessoas idosas dos atendimentos realizados, intercorrências, registros de visitas domiciliares realizadas pelos equipamentos CRAS e USF (com data e assinatura), cópias dos documentos pessoais, cópia de carteira de vacinação e o diário da pessoa idosa, que facilitem a troca de informação entre os profissionais envolvidos no projeto.

- Novos Instrumentais poderão ser elaborados a partir da necessidade da demanda que se apresente durante o curso de execução do Projeto, assim como atualização/inclusão de dados nos instrumentais existentes.

15. COMPETÊNCIAS E ATRIBUIÇÕES DAS SECRETARIAS (SEMPRE E SMS), OSC E FAMÍLIAS DAS PESSOAS IDOSAS:

15.1 Da Secretaria Municipal de Promoção Social, Combate à Pobreza, Esportes e Lazer por meio da Diretoria de Proteção Social Básica - DPSB:

- Realizar a gestão do Projeto no Município;
- Estabelecer as diretrizes de gestão e operacionalização do Projeto;
- Orientar e fomentar a função de Vigilância Socioassistencial na gestão do Projeto;
- Desenvolver os indicadores de desempenho em conjunto com a Secretaria de Saúde;
- Realizar o monitoramento e a avaliação do Projeto;
- Estabelecer parceria para a execução do Projeto;
- Coordenar o Grupo de Gestão Municipal Intersectorial;
- Monitorar a realização dos Grupos de Trabalho Locais e a participação de representantes da DPSB/SEMPRE;
- Monitorar e apoiar o acompanhamento realizado pelos profissionais que atuam nos CRAS participantes, às pessoas idosas inseridas no Projeto;
- Estabelecer e atualizar as orientações para o PAIF das pessoas idosas e suas famílias inseridas no Projeto;
- Orientar e apoiar nas demandas complementares dos CRAS participantes em relação às pessoas idosas assistidas pelo Projeto no município.

15.2 Atribuições da equipe de referência do Centro de Referência de Assistência Social - CRAS:

- Fortalecer os vínculos familiares e comunitários das pessoas idosas e suas famílias através do acompanhamento familiar realizado no CRAS;
- Assegurar os Direitos Sociais das pessoas idosas no serviço, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação;
- Acompanhar os processos de inserção, atendimento, acompanhamento e desligamento das pessoas idosas e suas famílias inseridas no Projeto;
- Elaborar a rotina de cuidados da saúde para a pessoa idosa, e realizar sua revisão periódica junto à supervisora e cuidador social do Projeto;
- Inserir as famílias que fazem parte do Projeto no acompanhamento Familiar - PAIF;
- Garantir o acesso e orientar as famílias das pessoas idosas sobre os programas de transferência de renda, como Programa Bolsa Família (PBF), Benefícios Eventuais em que houver a identificação de vulnerabilidade social temporária;
- Garantir a prevenção e o enfrentamento de situações de vulnerabilidade e risco social com orientação e acesso aos direitos de pessoas idosas, tais como Carteira da pessoa idosa, Passe Livre, Benefício de Prestação Continuada à Pessoa Idosa, dentre outros;

- Realizar visita domiciliar, encaminhamentos e outras ações correlatas à função no Projeto;
- Acompanhar, em interlocução com a USF, o funcionamento do GT Local;
- Manter articulação com os profissionais de saúde no processo de atendimento das pessoas idosas inseridas no Projeto e suas famílias;
- Participar do GT Local do projeto;
- Acompanhar os registros e os dados mensais de atendimentos e acompanhamento do Projeto;
- Participar das discussões sobre as orientações das pessoas idosas e suas famílias, inseridas no Projeto, sempre que necessário;
- Avaliar e monitorar o percurso de acompanhamento das pessoas idosas e suas famílias junto aos CRAS;
- Promover encontros de modo intersetorial entre os cuidadores familiares com vista a ampliar e fortalecer a rede de corresponsabilidade familiar e vínculos afetivos;
- Garantir a programação e articulação das ações comuns entre os CRAS participantes do projeto;
- Articular com a Proteção Social Especial, prioritariamente o CREAS, o referenciamento dos casos de violação de direitos.

15.3 Atribuições da Coordenação do CRAS:

- Promover a divulgação e mobilização do projeto no território;
- Coordenar juntamente com a equipe de referência e representantes da rede socioassistencial do território, o fluxo de entrada, acompanhamento, monitoramento, avaliação e desligamento das famílias e indivíduos nos serviços de proteção social básica da rede socioassistencial referenciada ao CRAS;
- Participar da elaboração, acompanhar e avaliar os fluxos e procedimentos para garantir a efetivação da referência e contrarreferência;
- Coordenar a execução das ações, de forma a manter o diálogo e garantir a participação dos profissionais, bem como das famílias inseridas nos serviços ofertados pelo CRAS e pela rede prestadora de serviços no território juntamente com a equipe de referência, os critérios de inclusão, acompanhamento e desligamento das famílias, dos serviços ofertados no CRAS;
- Coordenar o GT Local em articulação com a Unidade de Saúde;
- Promover a articulação com a OSC parceira na execução do Projeto;
- Acompanhar e apoiar as equipes de referência no processo de atendimento das pessoas idosas e suas famílias inseridas no Projeto;
- Acompanhar os registros e os dados mensais de atendimentos e acompanhamento do Projeto que deverão ser encaminhados mensalmente à Diretoria de Proteção Social Básica - DPSB;
- Promover discussões junto à equipe de referência, para a compreensão do Projeto como uma oferta integrada e complementar ao trabalho social com famílias desenvolvido pelo PAIF;

- Garantir a participação dos Profissionais do CRAS, integrante do GT Local nas reuniões mensais.

15.4 Atribuições da Secretaria Municipal de Saúde - SMS, por meio da Diretoria de Atenção Primária à Saúde - DAPS:

- Integrar o Grupo de Gestão Municipal Intersetorial;
- Estabelecer as diretrizes de gestão e operacionalização do Projeto;
- Orientar e fomentar a função de vigilância em saúde na gestão do Projeto;
- Monitorar o acompanhamento realizado pelos profissionais que atuam nas Unidades de Saúde da Família participantes, às pessoas idosas inseridas no Projeto;
- Monitorar a realização dos Grupos de Trabalho Locais e a participação de representantes da SMS;
- Estabelecer e atualizar as orientações para a atenção à saúde das pessoas idosas e suas famílias, inseridas no Projeto.

15.5 Atribuições dos Distritos Sanitários - DS:

- Fomentar a articulação intersetorial, visando à integralidade da atenção socioassistencial e à saúde das pessoas idosas inseridas no Projeto;
- Participar do GT Local do Projeto, sempre que necessário;
- Orientar e fomentar a função de vigilância em saúde na gestão do Projeto;
- Monitorar o acompanhamento realizado pelos profissionais que atuam nas Unidades de Saúde da Família participantes, às pessoas idosas inseridas no Projeto;
- Participar das discussões sobre as orientações para a atenção à saúde das pessoas idosas e suas famílias, inseridas no Projeto, sempre que necessário.

15.6 Atribuições dos gerentes das Unidades de Saúde da Família - USF:

- Acompanhar os processos de inserção, atendimento, acompanhamento e desligamento das pessoas idosas inseridas no Projeto;
- Garantir a participação dos profissionais da unidade de saúde nas reuniões mensais do GT Local;
- Garantir a agenda protegida para visita, atendimento domiciliar e preenchimento de formulários dos profissionais participantes do Projeto;
- Acompanhar, em interlocução com o coordenador de CRAS, o funcionamento do GT Local;
- Acompanhar e apoiar os profissionais de saúde no processo de atendimento das pessoas idosas inseridas no projeto piloto do Projeto e suas famílias, sempre que necessário;
- Participar do GT Local do Projeto, sempre que necessário;
- Acompanhar os registros e os dados mensais de atendimentos e acompanhamento do projeto;

- Participar das discussões sobre as orientações para a atenção à saúde das pessoas idosas e suas famílias, inseridas no Projeto, sempre que necessário.

15.7 Atribuições das equipes de Saúde da Família das USF e das equipes multiprofissionais (e-Multi) participantes do Projeto:

- Colaborar com o processo de inserção, atendimento, acompanhamento e desligamento das pessoas idosas inseridas no Projeto;
- Acolher, informar e encaminhar na rede de atenção à saúde as pessoas idosas inseridas no Projeto e suas famílias;
- Realizar o acompanhamento longitudinal das pessoas idosas inseridas no Projeto, conforme previsto pela Estratégia Saúde da Família;
- Elaborar a rotina de cuidados da saúde para a pessoa idosa, e realizar sua revisão periódica junto à supervisora e cuidador social do Projeto;
- Realizar visitas domiciliares, atendimentos individualizados e atividades coletivas junto às pessoas idosas inseridas no Projeto, sempre que necessário;
- Manter articulação com os profissionais da assistência social no processo de atendimento das pessoas idosas inseridas no Projeto e suas famílias;
- Participar como membro do GT Local do Projeto;
- Participar das discussões sobre as orientações para a atenção à saúde das pessoas idosas inseridas no Projeto, sempre que necessário.

15.8 Atribuições comuns das equipes de referência do CRAS e das USF:

- Identificar o público prioritário do Projeto e aplicar o Instrumental Avaliação de inserção no Projeto;
- Realizar discussão de casos de modo intersetorial, avaliando as vulnerabilidades, os riscos sociais e pessoais e a situação clínico-funcional das pessoas idosas, conforme critérios definidos para a inserção no Projeto;
- Desenvolver ações articuladas e integradas para a inserção, atendimento e acompanhamento das pessoas idosas e suas famílias no projeto;
- Participar das discussões sobre as orientações do plano de cuidado das pessoas idosas e suas famílias, inseridas no Projeto, sempre que necessário
- Elaborar e atualizar periodicamente a rotina de cuidados da assistência social e da saúde (Plano de Cuidado Personalizado);
- Preencher mensalmente os formulários de registros e monitoramento do Projeto;
- Elaborar o Plano de Acompanhamento Familiar por meio das equipes de referência do CRAS e o Plano Terapêutico Singular por meio das equipes de saúde, conforme avaliação;
- Realizar avaliação e monitoramento integrado, para o processo de desligamento das pessoas idosas, conforme critérios do Projeto;
- Participar como membros do GT Local ;

Aos profissionais dos CRAS e da USF, caberá a avaliação e elaboração das rotinas de cuidados. As Rotinas de Cuidado se referem ao conjunto de atividades a serem desenvolvidas no domicílio e no território, associadas à atenção

socioassistencial e à saúde que orientam o trabalho do cuidador social de pessoas idosas. Tanto a Assistência social quanto à Saúde possuem os critérios para desenvolver a rotina de cuidado, que deverá ser elaborada em conjunto com o cuidador social e supervisor, com base nas condições social e de saúde da pessoa idosa e sua família. Ao supervisor, por sua vez, cabe acompanhar/fiscalizar a atuação dos cuidadores sociais nos domicílios. A responsabilidade de acompanhar a atuação dos supervisores e cuidadores sociais ficará a cargo da OSC, SEMPRE e SMS.

15.9 Atribuições da Organização da Sociedade Civil (OSC):

- Promover a seleção, contratação e treinamento inicial e permanente de cuidadores e supervisores. (Conforme item 12 do TR);
- Realizar a gestão de recursos humanos nos aspectos contratuais;
- Definir unidades de apoio para que os Cuidadores Sociais possam utilizar como referência de espaço para alimentação e repouso, considerando os territórios que serão definidos pela SEMPRE e SMS.
- Garantir processos de formação para os cuidadores de pessoas idosas e supervisores do Projeto;
- Organizar e realizar encontros, oficinas e outras atividades de formação, em articulação com a DPSB, com carga horária a ser definida a posteriori;
- Acompanhar e avaliar o trabalho desenvolvido pelos cuidadores e supervisores;
- Manter organizados e atualizados os seguintes registros: Planejamento Semestral; Relatório Trimestral de Execução do Objeto; Avaliação das Atividades; Registro dos Funcionários;
- Participar de reuniões de gestão do Projeto com a SEMPRE/ DPSB e SMS;
- Atender os cuidadores e supervisores para fins de orientações e esclarecimentos;
- Manter atualizados os documentos para a habilitação jurídica;
- Apresentar Relatórios técnicos e/ou outros documentos conforme solicitação da SEMPRE /SMS
- Apresentar as Prestações de Contas parciais e Final conforme definido no Termo de colaboração e Legislação;
- Manter em arquivos as cópias dos documentos apresentados na habilitação e prestação de contas;
- Realizar o pagamento da folha de pessoal e demais obrigações formais, em dia;
- Manter arquivado o registro das atividades desenvolvidas para possíveis consultas;
- Ter representação no Grupo de Trabalho de Gestão-GTG.

15.10 Atribuições da Família:

- Assinar o Termo de Consentimento do Projeto, após leitura e ciência;
- Disponibilizar o acesso do cuidador à residência para o atendimento à pessoa idosa;
- Acolher as orientações dos profissionais da assistência social, da saúde e do cuidador social;
- Respeitar o horário do cuidador social e as suas atribuições;
- Conhecer as atribuições do cuidador social e facilitar a sua intervenção;
- Respeitar as funções do cuidador social determinadas pela equipe do Projeto;
- Ajudar o cuidador social na atenção à pessoa idosa nos casos em que for necessária a cooperação de outra pessoa, como nas transferências de um local para o outro, mudanças de decúbito, banho, nos períodos de agitação da pessoa idosa;
- Avaliar junto à supervisão do Projeto sobre o trabalho do cuidador social (cumprimento do horário, faltas, qualidade do atendimento);
- Não atribuir ao cuidador social nenhuma função que não seja de conhecimento ou autorizada pela equipe do Projeto;
- Responsabilizar-se pelo cuidado diário da pessoa idosa;
- Responsabilizar-se pelos encaminhamentos aos serviços em caso de intercorrências e internações;
- Acompanhar a pessoa idosa, durante o período em que permanecer hospitalizado, de acordo com o Estatuto da Pessoa Idosa e demais legislações;
- Responsabilizar-se pelo cuidado à pessoa idosa nos casos de ausência do cuidador social;
- Participar de reuniões e atendimentos no CRAS e USF, sempre que convocada;
- Comunicar à supervisão do Projeto os problemas e situações conflituosas entre o cuidador social e a pessoa idosa e/ou demais familiares;
- Comunicar à supervisão do Projeto situações de negligência do cuidador social, no atendimento à pessoa idosa;
- Seguir as orientações das equipes do CRAS e da USF/e Multi sobre rotinas de cuidado à pessoa idosa;
- Zelar pelo Plano de Acompanhamento Familiar e Plano Terapêutico Singular, mantendo em sigilo as informações que foram registradas pelos profissionais do CRAS, USF/e Multi;
- Solicitar junto à USF de referência o agendamento de consultas especializadas, medicamentos e insumos padronizados pela Secretaria Municipal de Saúde;
- Utilizar os serviços da rede SUS nos casos de urgência ou emergência, encaminhando a pessoa idosa para o atendimento nas UPA's ou acionando o SAMU;
- Informar à supervisão do Projeto as situações de internação da pessoa idosa, alta hospitalar, ocorrência de quedas, aspiração de alimentos, aparecimento de sinais de alerta ou piora do estado geral da pessoa idosa, mudança de endereço, óbito ou desejo de desligamento do Projeto.

16. Formação de Grupos de Trabalho:

Para a organização e acompanhamento das atividades do Projeto Vida Nova 60+ Cuidado, deverá ser definido 02 (dois) Grupos de Trabalho: O Grupo de Trabalho de Gestão (GTG) e o Grupo de Trabalho Local (GTL), que serão composto pelos seguintes representantes:

16.1 Grupo de Trabalho de Gestão (GTG):

- ✓ Representante da SEMPRE/DPSB;
- ✓ Representante da SMS/Atenção Primária;
- ✓ Representante da OSC no Projeto;
- ✓ Coordenação Geral do Projeto vida Nova 60 +Cuidado/SEMPRE;

16.1.1 O Grupo de Trabalho De Gestão (GTG) tem como competência

- a)** Definir prioridades para execução do Projeto Vida Nova 60+ Cuidado;
- b)** Elaborar Instrumentos legais (Minutas de Notas Técnicas, Portarias e ou Resoluções, etc.), quanto às normativas técnicas para orientação, acompanhamento e execução do Projeto;
- c)** Definir os Indicadores Sociais e de Saúde a serem monitorados no curso do projeto;
- d)** Acompanhar e Monitorar de forma sistemática o projeto garantindo a padronização e alinhamento único entre os territórios, assegurando a operacionalização integrada;
- e)** Definir cronogramas para apresentação de resultados parciais;
- f)** Realizar reuniões periódicas.

As reuniões serão definidas conforme cronograma estabelecido pelo GTG e publicado no DOM.

16.2 Grupo de Trabalho Local (GTL):

- ✓ Coordenador do CRAS;
- ✓ Coordenação Projeto Vida Nova 60 +Cuidado/SEMPRE;
- ✓ Supervisor e cuidador do Projeto Vida Nova 60 +Cuidado /SEMPRE
- ✓ Referência Técnica do CRAS para Projeto Vida Nova 60 +Cuidado
- ✓ Referência Técnica da USF para Projeto Vida Nova 60 +Cuidado
- ✓ Equipe técnica dos CRAS, USF e Multi;
- ✓ Referência técnica da Gestão da SEMPRE;
- ✓ Referência técnica da Gestão da SMS;

O Grupo de Trabalho Local (GTL) tem como competência:

- a)** Promover as articulações intersetoriais necessárias para gestão local e o desenvolvimento do projeto.
- b)** Realizar discussão de casos para atendimento, acompanhamento e desligamento do projeto.
- c)** Buscar estratégias para resolução de problemas e conflitos que possam gerar entraves ao desenvolvimento das ações e dinâmicas de trabalho;
- d)** Avaliar Instrumentos de Rotinas de Cuidados da Assistência e da Saúde.
- e)** Manter o órgão gestor da SEMPRES, da SMS e OSC atualizados com as informações das ações e atividades desenvolvidas.
- f)** Primar pela qualidade das relações e das ações desenvolvidas intersetorialmente.

Cada território deverá ter um grupo local. Os gerentes das USF, DS, técnicos e outros atores da rede participarão sempre que necessário. As reuniões serão definidas conforme cronograma estabelecido pelo GTL e publicado no DOM.

17. RECURSOS HUMANOS DO PROJETO

A OSC realizará a seleção e recrutamento da equipe técnica de atuação do projeto, respeitando a Consolidação das Leis do Trabalho - CLT, devendo ser observados os requisitos para a função, tais como o perfil para o cargo, comprovação da formação profissional e as atribuições dos profissionais que compõem a equipe do Projeto, conforme tabela a seguir:

Função	Quantidade	Formação Profissional	Carga Horária
Coordenador Geral do Projeto/SEMPRE	01	Profissional de Nível Superior (Assistente Social); Registro no Conselho de Classe - CRESS; Certificado de cursos e /ou especialização na área; Experiência comprovada na atuação com a pessoa idosa.	40 horas

Referência Técnica na área de saúde/SMS	01	Profissional de Nível Superior da área de Saúde. Registro no Conselho de classe da área de saúde; Certificado de cursos na área; Experiência comprovada na atuação com a pessoa idosa.	40 horas
Supervisores de Área.	04	Profissional de Nível Superior (Assistente Social/ Psicólogo) Registro nos Conselhos de Classe e experiência com pessoa idosa.	40 horas
Psicólogo/	01	Profissional de Nível Superior. Registro no Conselho de Classe.	40 horas
Técnicos Administrativos.	02	Profissionais de Nível Médio. Certificado de conclusão do curso e experiência na área administrativa.	40 horas
Cuidadores de pessoas idosas.	38	Profissionais de Nível Médio. Certificado de curso e experiência na função	40 horas

A função de Cuidador Social requer a certificação reconhecida por Órgão Oficiais em Curso de Cuidador de Pessoas Idosas com carga horária de no mínimo 80 a 120 horas/aula, conforme Documento Norteador da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia. A OSC deverá promover capacitação inicial aos profissionais contratados, abrangendo a metodologia de trabalho, utilização dos instrumentos padronizados, fluxos de atendimento e demais procedimentos operacionais do Projeto.

17.1 Recursos Humanos - Atribuições das atividades que serão desenvolvidas pelos profissionais da equipe Técnica:

17.1.1 Coordenador Geral do Projeto Vida Nova 60+ Cuidado /SEMPRE:

- ✓ Coordenar a execução das ações, de forma a manter o diálogo, intersetorial, transversal e interdisciplinar, e garantir a participação dos profissionais envolvidos;
- ✓ Coordenar e definir juntamente com as equipes de referência, os critérios de inclusão, acompanhamento e desligamento das famílias do Projeto Vida Nova 60+Cuidado;
- ✓ Promover a articulação entre serviços;
- ✓ Coordenar a execução e o monitoramento dos serviços, o registro de informações e a avaliação das ações;
- ✓ Elaborar diagnóstico sociofamiliar com apoio dos Supervisores a partir da base nos dados coletados das pessoas idosas e suas famílias;
- ✓ Articular a rede de serviços socioassistenciais da proteção social básica e proteção social especial;
- ✓ Articular com os conselhos de políticas públicas e de defesa de direitos de segmentos específicos;
- ✓ Realizar reuniões quinzenais com supervisor de área.

17.1.2 Referência Técnica do Projeto Vida Nova 60+Cuidado na área de saúde:

- ✓ Coordenar e supervisionar tecnicamente a execução das ações previstas no projeto, assegurando o alinhamento com as diretrizes da Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI) e com os princípios da Rede de Atenção à Saúde (RAS);
- ✓ Orientar e fomentar a atuação da vigilância em saúde do projeto;
- ✓ Realizar a análise técnica dos planos de trabalho apresentados pela organização executora, propondo ajustes quando necessário;
- ✓ Promover a articulação intersetorial com outras políticas públicas (Assistência Social) visando à integralidade do cuidado à pessoa idosa;
- ✓ Acompanhar, sistematicamente, os indicadores de desempenho do projeto, com base em critérios de efetividade, cobertura e qualidade da atenção prestada;
- ✓ Monitorar o acompanhamento das pessoas idosas inseridas no projeto, realizado pelos profissionais das Unidades de Saúde da Família (USF) participantes;
- ✓ Fornecer subsídios técnico-científicos para a qualificação dos processos de cuidado e para a capacitação das equipes envolvidas, com base nas melhores práticas e evidências disponíveis;

- ✓ Garantir o cumprimento das metas pactuadas, emitindo pareceres e relatórios técnicos periódicos que subsidiem o monitoramento e avaliação dos resultados;
- ✓ Acompanhar a realização dos Grupos de Trabalho Locais;
- ✓ Facilitar o processo de integração entre os serviços da atenção primária e especializada, com foco na linha de cuidado da pessoa idosa.

17.1.3 Supervisores de Área:

- ✓ Gerir e supervisionar os cuidadores sociais por meio do acompanhamento da atuação dos mesmos nos territórios e dentro dos domicílios;
- ✓ Realizar articulação intersetorial entre as USF e os CRAS, intermediando as ações de cuidado na ponta entre saúde, assistência social, cuidadores sociais e a OSC;
- ✓ Participar do Grupo de Trabalho Local (GTL) do projeto;
- ✓ Realizar reuniões com os cuidadores sociais e as equipes da USF, Multi e CRAS, sempre que necessário;
- ✓ Recepcionar as demandas dos(as) cuidadores na prática profissional do projeto e levar para as discussões nos Grupos de Trabalhos (GT) mensais e fazer os devidos encaminhamentos;
- ✓ Identificar as demandas dos cuidadores e das famílias dos assistidos, objetivando buscar soluções;
- ✓ Participar das discussões sobre as orientações para a atenção à saúde e cuidados socioassistenciais das pessoas idosas e suas famílias, inseridas no projeto, sempre que necessário;
- ✓ Acompanhar o cumprimento das rotinas de cuidado de saúde e de assistência social, na prestação do cuidado realizado pelos cuidadores sociais do Projeto;
- ✓ Respeitar o código de conduta dos cuidadores sociais do Projeto;
- ✓ Manter o sigilo e confidencialidade das informações obtidas durante o desempenho das atividades;
- ✓ Propor atividades lúdicas que potencializam o trabalho dos cuidadores sociais;
- ✓ Motivar e estimular os cuidadores sociais do projeto ao trabalho em equipe;
- ✓ Zelar pela saúde física e mental dos cuidadores sociais do projeto;
- ✓ Organizar junto às equipes da USF, Multi e CRAS, atividades externas que promovam a socialização dos assistidos;
- ✓ Realizar visitas a famílias atendidas para avaliação do trabalho desenvolvido pelo cuidador;
- ✓ Organizar a escala de trabalho dos cuidadores sociais e propor rodízios, quando necessário;
- ✓ Monitorar junto à OSC os atestados e as faltas dos cuidadores sociais e orientar preenchimento de folha de ponto mensal;
- ✓ Elaborar e apresentar relatório de atividades realizadas nas reuniões quinzenais com a coordenação do projeto.

17.1.4 Profissional de Nível Superior - Psicólogo:

- ✓ Realizar atendimento psicoterapêutico individual ou em grupo para os cuidadores sociais;

- ✓ Criar, coordenar e acompanhar, individualmente ou em equipe multiprofissional, tecnologias próprias ao treinamento em saúde, particularmente em saúde mental, com o objetivo de qualificar o desempenho das equipes de cuidadores;
- ✓ Atuar junto à equipe dos cuidadores no sentido de levá-las a identificar e compreender os fatores emocionais que intervêm na saúde geral do indivíduo;
- ✓ Atuar como facilitador no processo de integração e adaptação do indivíduo ao Projeto Vida Nova 60+Cuidado;
- ✓ Zelar pela saúde física e mental dos cuidadores sociais;
- ✓ Orientar os cuidadores sociais quanto ao acompanhamento das pessoas idosas, familiares, técnicos e demais agentes que participam, diretamente ou indiretamente do projeto;
- ✓ Participar como consultor/orientador, no desenvolvimento das atividades programadas para as pessoas idosas, atuando como facilitador de processos de grupo e de intervenção psicossocial.

17.1.5 Profissionais de Nível Médio: Técnicos Administrativos:

- ✓ Auxiliar no apoio ao planejamento, execução e avaliação dos processos inerentes às rotinas e atividade estabelecidas pelo coordenador;
- ✓ Organizar documentos físicos e digitais referente ao Projeto;
- ✓ Elaborar, digitar, classificar e arquivar relatórios, formulários, planilhas, gráficos e outros documentos;
- ✓ Redigir e digitar documentos diversos (ofícios, CI, comunicado, e-mail, relatórios dentre outras correspondências);
- ✓ Preparar, fazer, tramitar e arquivar protocolos.
- ✓ Dá suporte ao supervisor de área nas rotinas dos recursos humanos (frequência, controle de férias, atestado e fardamento)
- ✓ Auxiliar no controle de saída, entrada e estoque de materiais do projeto

17.1.6 Cuidadores Sociais:

- ✓ Auxiliar na higiene pessoal, alimentação (exceto o preparo), deslocamento e outras atividades, que visam o bem-estar físico e a autonomia da pessoa idosa atendida no Projeto;
- ✓ Executar o Plano de Cuidado em estrita observância as orientações elaboradas pelas equipes de Saúde e Assistência Social durante o período que estiverem no domicílio da pessoa idoso;
- ✓ Orientar a família na organização do cuidado à pessoa idosa (tarefas, funções, atividades);
- ✓ Contribuir com ações que possam promover o fortalecimento de vínculos familiares e comunitários, assim como contribuir com a autonomia, a independência, a segurança, o acesso aos direitos e a participação plena e efetiva das pessoas idosas;
- ✓ Contribuir e apoiar o acesso à rede socioassistencial;
- ✓ Incentivar a participação e acompanhar, quando necessário, a pessoa idosa ao Serviço de Convivência e Fortalecimento de Vínculos;
- ✓ Estimular a pessoa idosa a dedicar-se a atividades de lazer e ocupacionais;

- ✓ Facilitar a convivência comunitária, atuando como elo entre a família, a pessoa cuidada e a comunidade;
- ✓ Estimular a autonomia da pessoa idosa;
- ✓ Participar de processos de formações e capacitações promovidos pela OSC, SEMPRE e SMS;
- ✓ Participar das reuniões mensais com o CRAS e a USF para acompanhamento e discussão de casos;
- ✓ Se ater às suas funções, cumprindo-as com responsabilidade, de acordo com as orientações da equipe do Projeto;
- ✓ Manter a ética profissional e relação de cooperação com a família respeitando a intimidade, a organização e crenças da família, evitando interferência e sobretudo exercendo o sigilo;
- ✓ Seguir as orientações estabelecidas pela supervisão e coordenação do Projeto e pela OSC em relação à sua conduta profissional;
- ✓ Comunicar aos familiares sobre o cotidiano da pessoa idosa;
- ✓ Manter atualizado o registro de atendimento e plano de cuidado da pessoa idosa;
- ✓ Zelar pelos materiais disponibilizados pelo projeto durante atribuições de suas funções (fardamento, Kit e EPIS).

18. INDICADORES, METAS E MEIOS DE VERIFICAÇÃO

Os indicadores, metas e parâmetros de avaliação deverão ser apresentados de forma clara, mensurável e compatível com o objeto da parceria, conforme quadro de referência constante neste instrumento. Os elementos considerados pertinentes ao projeto da OSC deverão constar obrigatoriamente no **Plano de Trabalho (modelo anexo)**, que integra o Termo de Referência para todos os fins legais, podendo ser ajustados em função das especificidades das ações propostas, desde que mantida a coerência com os resultados esperados e os critérios de monitoramento e avaliação.

INDICADORES	META(S)	MEIOS DE VERIFICAÇÃO
Composição da Equipe Técnica prevista.	-Seleção de 100 % da equipe técnica do Projeto. (coordenador, supervisores, Psicólogo, Técnico administrativo e Cuidadores) - Contratação de 100% da Equipe técnica completa conforme Proposta. -Capacitação continuada da equipe técnica/Cuidadores sociais	-Curriculum Vitae; -Diploma ou certificado de conclusão de curso; -Registro do Conselho de Classe; -Certificados de especializações, e/ou em cursos específicos na área; - Contrato de trabalho; Planejamento de educação permanente

<p>Execução do Projeto Vida Nova 60+Cuidado (redução do isolamento social e, interações /fortalecimento de vínculos familiares e comunitários e melhoria Qualidade de vida</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Selecionar 100 pessoas idosas que irão participar do Projeto sendo 25 por área de abrangência CRAS /USF; -Inserir 100 Pessoas idosas no Projeto; - Atender 100 pessoas idosas nos 04 territórios de abrangência de CRAS e USF definidos no Projeto; - Executar 100% das atividades de cuidado no domicílio conforme proposta. 	<ul style="list-style-type: none"> - Instrumental de Avaliação para Inserção das pessoas idosas no Projeto Vida Nova 60+cuidado -Ficha Cadastral individualizada com documentação; -Termo de consentimento da família e/ou responsável para a adesão do idoso ao projeto - Relação com dados pessoais das pessoas idosas; -Lista de presença cuidador; - Registros fotográficos; -Relatório das Atividades mensais; -Pasta individual das pessoas idosas; - Cronograma de Atividades; - Preenchimento dos Instrumentais disponibilizados; -Monitoramento do Programa.
<p>Acompanhamento do Projeto/pessoa Idosa</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 100% das pessoas idosas assistidos e acompanhadas pela equipe CRAS /USF e Cuidadores Sociais no domicílio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atas e listas de presença das reuniões dos grupos de trabalho de gestão e local; -Supervisão do trabalho do cuidador;(relatórios, reuniões, visitas, acompanhamento de instrumentais e pasta das pessoas idosas) -Acompanhamento das famílias nos CRAS; -Reuniões e atendimento com familiares das pessoas acompanhadas; -Atendimento das pessoas idosas com as equipes e-multi/USF;
<p>Avaliação geral do Projeto Vida Nova 60+Cuidado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Apresentação de Relatório Final com sistematização das ações do Projeto com dados estatísticos; -Aplicação de pesquisa de satisfação com 100% dos atendidos; -Vídeo de apresentação da experiência do Projeto 	<ul style="list-style-type: none"> - Lista de presença; -Relatório de pesquisa consolidado; - Questionários de pesquisa de satisfação; - Registros fotográficos. -Relatório final com a sistematização da experiência (Encadernado e em formato pdf para publicação) e vídeo institucional.

18.1 - Ao longo da execução da parceria, o **Gestor da Parceria** e a equipe técnica da **SEMPRE** realizarão o acompanhamento sistemático das ações, com foco no cumprimento das metas e nos resultados obtidos.

18.2 - Constituem parâmetros de monitoramento pelo órgão da Administração Municipal:

- a) Realização de visitas técnicas in loco, previamente agendadas ou não;
- b) Análise dos relatórios técnicos mensais apresentados pela OSC;
- c) Produzir registros fotográficos, durante a vista in loco - Gestor de Parceria, área técnica responsável e comissão de monitoramento e avaliação;
- d) Elaboração de relatórios técnicos pelo Gestor da Parceria, submetidos à Comissão de Monitoramento e Avaliação, para emissão de recomendações e, quando necessário, notificações à entidade;
- e) Envio de planilhas contendo dados quantitativos e resultados alcançados, conforme padrão definido pela gestão;
- f) Apresentação dos relatórios de prestação de contas, na forma e prazos estabelecidos na legislação e no instrumento da parceria.

19. RESULTADOS ESPERADOS

- ✓ Redução das ocorrências de situações de vulnerabilidade social;
- ✓ Prevenção da ocorrência de riscos sociais, seu agravamento ou reincidência;
- ✓ Aumento de acessos a serviços socioassistenciais e setoriais;
- ✓ Redução do número de internações e hospitalizações;
- ✓ Ampliação do acesso aos direitos socioassistenciais;
- ✓ Melhoria da qualidade de vida dos usuários e suas famílias;
- ✓ Aumento no número de usuários que conheçam as instâncias de denúncia e recurso em casos de violação de seus direitos;
- ✓ Melhoria da condição de sociabilidade das pessoas idosas;
- ✓ Redução e prevenção de situações de isolamento social e de institucionalização;
- ✓ Ampliação do acesso e do usufruto dos serviços e equipamentos públicos existentes no território.

20. DO VALOR PREVISTO - DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Os recursos aportados no projeto apresentado neste Termo de Referência, será no valor de R\$ 6.000.000,00 (seis milhões de reais), e serão oriundos da unidade orçamentária, Fundo Municipal da Pessoa Idosa (FMPI), contemplando as seguintes classificações:

- a) **Projeto/atividade:** 08.241.0003.118900
- b) **Subação:** Implantação e Implementação do Salvador 60+
33.50.43 - Subvenções Sociais
44.50.42 – Auxílios
- c) **Fontes de Recursos:** – Receita de Fonte Própria de Fundos
2.669.3.1.0.001 e/ou 1.669.3.1.0.001

Em conformidade com o disposto no art. 16 da Lei Complementar nº 101/2000 (Lei de Responsabilidade Fiscal), declara-se que a despesa possui adequação orçamentária e financeira com a Lei Orçamentária Anual (LOA), compatibilidade com o Plano Plurianual (PPA) e com a Lei de Diretrizes Orçamentárias (LDO), estando prevista no orçamento do exercício financeiro vigente.

21. FORMA DE REPASSE

O repasse do recurso será distribuído em 08 (oito) parcelas, sendo realizado 4 parcelas por exercício, em estrita conformidade com o Cronograma de Desembolso previsto no Plano de Trabalho. O mesmo guardará consonância com as metas da parceria, ficando a liberação condicionada, ao cumprimento dos requisitos previstos no art. 48 da Lei nº 13.019, de 2014, e nos artigos. 46,47 e 48 do Decreto municipal nº 29.129/2017.

O cronograma de Desembolso do Plano de Trabalho obedecerá às indicações a partir das seguintes entregas:

- 1ª Parcela - R\$750.000,00 (após assinatura do Termo de Colaboração);
- 2ª parcela - R\$750.000,00 (após contratação de 100% da equipe técnica e 75% das pessoas idosas selecionados e em atendimento);
- 3ª parcela - R\$750.000,00 (cumprimento das fases do Projeto/cronograma de execução);
- 4ª parcela - R\$ 750.000,00 (cumprimento das fases do Projeto/ cronograma de execução);
- 5ª parcela - R\$ 750.000,00 (cumprimento das fases do Projeto/ cronograma de execução);
- 6ª parcela - R\$ 750.000,00 (cumprimento das fases do Projeto/ cronograma de execução);
- 7ª parcela - R\$ 750.000,00 (cumprimento das fases do Projeto/ cronograma de execução);
- 8ª parcela - R\$ 750.000,00 (cumprimento das fases do Projeto/ cronograma de execução).

22. CRITERIOS DE SELEÇÃO DA OSC

A OSC será avaliada considerando os seguintes pontos:

- 1 - Proposta:** As propostas devem guardar conformidade com o Edital e conter, no mínimo, as seguintes informações conforme art. 28 e 29, §1º, do Decreto nº 29.129/17):
 - a)** a descrição da realidade do objeto da parceria e o nexo com a atividade ou o projeto proposto;
 - b)** as ações a serem executadas, as metas a serem atingidas e os indicadores que aferirão o cumprimento das metas;

- c) os prazos para a execução das ações e para o cumprimento das metas;
d) o valor global.

2 - Capacidade Técnica e operacional: A OSC deve comprovar que possui conhecimento e experiência prévia com efetividade, na realização do objeto da parceria ou natureza semelhante e dispõe de instalações, condições e materiais e capacidade técnica operacional compatíveis ao desenvolvimento das atividades ou projeto previsto na parceria;

3 - Contextualização: É a Capacidade de descrever a realidade na qual está contextualizado o objeto da parceria, demonstrando o nexo entre essa realidade e o projeto proposto, incluindo dados de pesquisas;

4 - Inscrição e tempo de registro nos Conselhos Municipais correlatas com o Projeto: Possuir inscrição e tempo de registro nos Conselhos de Direito da Pessoa Idosa – CMPI Conselho Municipal da Assistência Social – CMASS

22.1 Barema:

CRITERIOS DE JULGAMENTO	METODOLOGIA DE PONTUAÇÃO	PONTUAÇÃO MÁXIMA
1 - Proposta As propostas devem guardar conformidade com o edital e conter, no mínimo, as seguintes informações (art. 28 e 29, §1º, do Decreto nº 29.129/17): a) a descrição da realidade objeto da parceria e o nexo com a atividade ou o projeto proposto; b) as ações a serem executadas, as metas a serem atingidas e os indicadores que aferirão o cumprimento das metas; c) os prazos para a execução das ações e para o cumprimento das metas; d) o valor global.	Cada item (a, b, c e d) será avaliado da seguinte forma: - Grau pleno de atendimento: 2,5 pontos - Grau satisfatório de atendimento: 1,5 ponto - Não atendido ou atendimento insatisfatório: 0,0 pontos	10,0
2- Capacidade Técnica e Operacional a) Comprovar por meio de experiência no portfólio de realizações, na gestão de atividades ou projetos	Cada item (a, b e c) será avaliado da seguinte forma: - Grau pleno de atendimento: 3,0 pontos	9,0



<p>relacionados ao objeto da parceria ou de natureza semelhante destacando a capacidade de atendimento e a capilaridade da organização.</p> <p>b) Comprovar experiência relacionada ao público alvo do objeto ou de natureza semelhante;</p> <p>c) Capacidade de atendimento da organização, instalações, condições materiais, acessibilidade e capacidade técnica operacional compatível com a meta.</p>	<p>- Grau satisfatório de atendimento: 1,5 ponto</p> <p>- Não atendido ou atendimento insatisfatório: 0,0 ponto</p>	
<p>3 - Contextualização</p> <p>Capacidade de descrever a realidade na qual está contextualizado o objeto da parceria, demonstrando o nexo entre essa realidade e o projeto proposto, incluindo dados de pesquisas recentes</p>	<p>O item será avaliado da seguinte forma:</p> <p>- Grau pleno de atendimento: 5,0 pontos</p> <p>- Grau satisfatório de atendimento: 2,5 ponto</p> <p>- Não atendido ou atendimento insatisfatório: 0,0 ponto</p>	5,0
<p>4- Inscrição e tempo de registro nos Conselhos Municipais correlatas com o Projeto</p> <p>Será computada a inscrição e tempo de registro da OSC nos respectivos Conselhos (CMass, CMPI) de acordo a pontuação do registro válido em cada Certificação apresentada.</p>	<p>O item será avaliado da seguinte forma:</p> <p><u>CMass:</u></p> <p>De 01 a 02 anos (1,0)</p> <p>De 03 a 05 anos (2,0)</p> <p>De 06 acima (3,0)</p> <p><u>CMPI:</u></p> <p>De 01 a 02 anos (1,0)</p> <p>De 03 a 05 anos (2,0)</p> <p>De 06 acima (3,0)</p>	6,0
Valor Global dos Pontos		30,0 pontos

22.2 ELIMINAÇÃO DAS PROPOSTAS:

Serão desclassificadas as propostas que:

- I – A pontuação total for inferior a 17 (dezesete) pontos;
- II – Alcançarem pontuação igual a zero nos critérios de julgamento referentes aos itens **1- (Proposta)** ou **2 – (Capacidade Técnica e Operacional)**;
- III- A apresentarem informações inverídicas, hipótese que poderá ensejar, além da eliminação, a aplicação de sanções administrativas à OSC e a comunicação às autoridades competentes para apuração de eventual ilícito.

22.3 CRITÉRIOS DE DESEMPATE

Na hipótese de **empate de pontos na classificação**, deverá ser seguido os seguintes critérios, nesta ordem:

1º critério: Maior pontuação obtida nos Critérios de Julgamento dos itens (1- a, b, c e d); e (2- a, b e c);

2º critério: Maior pontuação obtida, sucessivamente, nos Critérios de Julgamento dos itens **(3) e (4)**, do Barema **22.1**

22.4 CLASSIFICAÇÃO FINAL

As propostas serão classificadas por ordem de pontuação total, apurada com base no Barema. A nota final corresponderá as pontuações atribuídas pela Comissão de Seleção para cada critério de julgamento.

23. REQUISITOS E IMPEDIMENTOS PARA CELEBRAÇÃO DO TERMO DE PARCERIA

Para a celebração do termo de colaboração, a OSC deverá atender aos seguintes requisitos:

- ✓ Ter objetivos estatutários ou regimentais voltados à promoção de atividades e finalidades de relevância pública e social, bem como compatíveis com o objeto do instrumento a ser pactuado;
- ✓ Ser regida por normas de organização interna que prevejam expressamente que, em caso de dissolução da entidade, o respectivo patrimônio líquido será transferido a outra pessoa jurídica de igual natureza que preencha os requisitos da Lei nº 13.019 de 2014 e cujo objeto social seja, preferencialmente, o mesmo da entidade extinta;

- ✓ Ter previsto, em estatuto, a escrituração de acordo com os princípios fundamentais de contabilidade e com as Normas Brasileiras de Contabilidade;
- ✓ Possuir, no momento da apresentação do plano de trabalho/aplicação, no mínimo um (01) a três (03) anos de existência, com cadastro ativo, comprovado por meio de documentação emitida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil, com base no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica – CNPJ; (art. 33, inciso V, alínea “a”, da Lei n.º 13.019/2014);
- ✓ Experiência prévia na realização, com efetividade, do objeto da parceria ou de natureza semelhante; Art. 38, inciso III letra a, b,c,d,e,f do Decreto Municipal 29.129/2017;
- ✓ Dos Impedimentos para a Celebração (art. 39, caput, incisos I a VII, da lei nº 13.019, de 2014): Ficará impedida de celebrar o termo de colaboração a OSC que:
 - a) Não esteja regularmente constituída ou, se estrangeira, não esteja autorizada a funcionar no território nacional;
 - b) Esteja omissa no dever de prestar contas de parceria anteriormente celebrada;
 - c) Possua em seu quadro de dirigentes, membro de Poder ou do Ministério Público, ou dirigente de órgão ou entidade da administração pública da mesma esfera governamental na qual será celebrado o termo de colaboração, estendendo-se a vedação aos respectivos cônjuges ou companheiros, bem como parentes em linha reta, colateral ou por afinidade, até o segundo grau, exceto em relação às entidades que, por sua própria natureza, sejam constituídas pelas autoridades referidas. Não são considerados membros de Poder os integrantes de conselhos de direitos e de políticas públicas;
 - d) Tenha tido as contas rejeitadas pela administração pública nos últimos 5 (cinco) anos, exceto se for sanada a irregularidade que motivou a rejeição e quitados os débitos eventualmente imputados, ou for reconsiderada ou revista a decisão pela rejeição, ou, ainda, a apreciação das contas estiver pendente de decisão sobre recurso com efeito suspensivo;
 - e) Tenha sido punida, pelo período que durar a penalidade, com suspensão de participação em licitação.

24. PRESTAÇÃO DE CONTAS

A prestação de contas tem por objetivo a demonstração e a verificação de informações sobre a utilização dos recursos repassados para a OSC e avaliar a execução do objeto, o resultado e alcance das metas pactuadas durante a parceria. Devem estar em consonância com as regras constantes da Lei Federal nº 13.019/2014, Decreto Municipal nº 29.129/2018, e Resoluções nº 1381/2018 e 1385/2019 do Tribunal de Contas dos Municípios – TCM e Termos de parceria celebrado.

As entidades deverão prestar contas no prazo máximo de 60 (sessenta) dias contados da aplicação de cada parcela recebida, nos termos do § 1º do art. 1º da

Resolução TCM nº 1.385, de 27 de junho de 2019, que alterou o § 1º do art. 3º da Resolução nº 1.381, de 19 de dezembro de 2018, além das prestações de contas, anual e Final.

A prestação de contas apresentada pela OSC deverá conter elementos que permitam avaliar o andamento ou concluir que o seu objeto foi executado conforme pactuado, com a descrição pormenorizada das atividades realizadas e a comprovação do alcance das metas e dos resultados esperados, até o período de que trata a prestação de contas, segundo previsto no plano de trabalho.

A OSC deverá apresentar os relatórios de execução de objeto e de execução financeira.

24.1 Relatório de Execução do Objeto:

Os Relatórios deverão ser apresentados pela OSC com os seguintes pontos, além dos itens previstos no Termo de Parceria:

- a)** Descrição pormenorizada das ações desenvolvidas para o cumprimento do objeto;
- b)** Documentos de comprovação da execução das ações e do alcance das metas que evidenciem o cumprimento do objeto (em fotos, vídeos ou outros suportes), definidos no plano de trabalho como meios de verificação;
- c)** Justificativa na hipótese de não cumprimento do alcance das metas indicando medida saneadora;
- d)** Relação de bens adquiridos, produzidos ou transformados, quando houver;
- e)** Plano de ação contendo as atividades, responsáveis e prazos necessários ao aprimoramento da execução do objeto, quando identificadas oportunidades de melhoria;
- f)** Demonstrativo dos resultados e benefícios alcançados em comparação com as metas referentes ao período de que trata a prestação de contas;
- g)** Relação das pessoas assistidas diretamente e documentação civil;
- h)** Lista de presença do pessoal treinado ou capacitado;
- i)** Relação dos Profissionais do Projeto, dentre outros.

24.2 Relatório de Execução Financeira:

Os Relatórios deverão ser apresentados pela OSC com os seguintes pontos além dos itens previstos no Termo de Parceria:

- a) Demonstrativo de execução das receitas e despesas;
- b) Relação das receitas auferidas, inclusive rendimentos financeiros e recursos captados, e das despesas realizadas com a demonstração da vinculação com a origem dos recursos e a execução do objeto, em observância ao plano de trabalho, fazendo constar a explicação de eventuais fatos relevantes;
- c) Comprovante da devolução do saldo remanescente da conta bancária específica quando houver;
- d) Extratos da conta bancária específica;
- e) Memória de cálculo do rateio das despesas, quando for o caso;
- f) Comprovantes das despesas realizadas;
- g) Comprovantes de regularidade trabalhista, previdenciária e fiscal da entidade.

25. DOS BENS REMANESCENTES

25.1. Considera-se bens remanescentes aqueles de natureza permanente adquiridos com recursos financeiros públicos envolvidos na parceria, necessários à consecução do objeto do Termo de Colaboração ou Termo de Fomento, mas que, por sua natureza, não se incorporam diretamente ao objeto pactuado, nos termos da Lei Federal nº 13.019/2014.

25.2. Os bens remanescentes, quando adquiridos em conformidade com o Termo de Referência e com o plano de trabalho aprovado, poderão vir a ser incorporados ao patrimônio da Organização da Sociedade Civil – OSC, desde que haja previsão expressa no Termo de Colaboração ou Termo de Fomento, seja comprovado o atendimento ao interesse público e sejam observadas as disposições dos arts. 35 e 36 da Lei Federal nº 13.019/2014, permanecendo, em qualquer hipótese, gravados com cláusula de inalienabilidade e afetação à finalidade pública.

25.3. Na hipótese de extinção da OSC, esta deverá formalizar a promessa de transferência da propriedade dos bens remanescentes à Administração Pública Municipal, no prazo máximo de 30 (trinta) dias, contado da data da extinção, nos termos dos arts. 10 e 12 da Lei Orgânica Municipal, sem prejuízo das demais obrigações previstas na legislação aplicável.

25.4. Os bens adquiridos ou doados no âmbito da parceria deverão ser utilizados exclusivamente para a execução de objeto de interesse público igual ou semelhante ao previsto no instrumento celebrado, sendo vedada sua alienação, cessão, doação, oneração ou destinação diversa, salvo mediante autorização expressa e formal da Administração Pública, precedida de manifestação técnica, sob pena de reversão imediata ao patrimônio público.

25.5. A OSC será integralmente responsável pela guarda, conservação, manutenção e adequada utilização dos bens remanescentes durante a vigência da parceria,

respondendo por eventual dano, extravio, perda ou uso indevido, sem prejuízo da apuração de responsabilidades administrativas, civis e do dever de ressarcimento ao erário.

25.6. Os bens remanescentes deverão constar expressamente da prestação de contas final da parceria, acompanhados de inventário atualizado, comprovação de uso compatível com o objeto pactuado e informações quanto ao seu estado de conservação, ficando sujeitos à fiscalização da Administração Pública, do controle interno e dos órgãos de controle externo, especialmente o Tribunal de Contas.

25.7. Encerrada a parceria, ainda que não haja extinção da OSC, a destinação final dos bens remanescentes dependerá de ato administrativo formal da Administração Pública, observado o interesse público, as disposições do Termo de Parceria da Lei Federal nº 13.019/2014, da Portaria nº 235/2025 e da Lei Orgânica Municipal.

26. ATUAÇÃO EM REDE:

A Organização da Sociedade Civil (OSC) selecionada para o Projeto Vida Nova 60+Cuidado deverá ter experiência previa e capacidade técnica conforme expresso no art.35, inciso V, alínea b e c da Lei 13.019/2014, para executar o serviço diretamente, conforme definidos no plano de trabalho, de acordo com as normas e objetivos da parceria estabelecida com a administração pública. Não sendo permitido a atuação em rede

27. GUARDA DE DOCUMENTOS:

Fica instituído que toda documentação produzida e instrumentais preenchidos e assinados pela equipe da OSC e Secretarias SEMPRE e SMS, durante a vigência do Programa, deverá após finalização do Termo de Colaboração, serem encaminhadas em Caixas Arquivos e protocoladas para a Diretoria de Proteção Social Básica - DPSB/SEMPRE, que efetuará a guarda dos mesmos por período de 10 anos, assim como em formato digitalizado.

Vale ressaltar, que independente dos documentos entregues a SEMPRE, a OSC deverá cumprir o que determina a legislação, pertinente as prestações de contas, devendo atender o que preconiza o parágrafo único do art. 68, da Lei 13.019/2014 referente ao período da guarda dos documentos, por período de 10 anos.

28. PRAZO E MONITORAMENTO DA PARCERIA

O Projeto terá prazo de execução de 24 (vinte e quatro) meses, contado a partir da data de assinatura do Termo de Colaboração.

A execução do Projeto será monitorada e avaliada pelo gestor da parceria e analisada pela Comissão de Monitoramento e Avaliação de Parceria, designados pela Secretaria Municipal de Promoção Social, Combate à Pobreza e Esportes e Lazer - SEMPRE em Portaria específica.



Salvador, 29 de setembro de 2026.

Tercio Almir Brandão Santana
Diretor de Proteção Social Básica - DPSB/SEMPRE
Matrícula: 3167584