PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OURO PRETO DO OESTE
GABINETE DO PREFEITO

Ofício n.º 69 /Gab/13 Ouro Preto do Oeste, 28 de março de 2013.

Câmara Municipal de Ouro Preto do Oeste - RO
Proc. nº 124/13
Folhas 02
Assinatura

À Sua Excelência o Senhor
EDIS FARIAS AMARAL
Presidente da Câmara Municipal
Ouro Preto do Oeste – RO

Senhor Presidente,

Através deste, encaminhamos a Vossa Excelência, o Projeto de Lei n.º 1758 de 28 de março de 2013, que "**AUTORIZA O PODER EXECUTIVO A RECONHECER DÍVIDA COM A COMUNIDADE TERAPÊUTICA NOVA ALIANÇA E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS**", para a devida apreciação por esta Casa legislativa, aguardando desde já a sua aprovação em regime de urgência.

Na oportunidade, renovamos os protestos de elevada estima e consideração.

Atenciosamente.

JUAN ALEX TESTONI
PREFEITO

Câmara Municipal de Ouro Preto do Oeste - RO
Prot. nº 049
Recebido em
28/03/13
13:30
Às ..... Horas
Assinatura

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OURO PRETO DO OESTE
GABINETE DO PREFEITO

Mensagem n.º 545

CÂMARA MUNICIPAL DE OURO PRETO DO OESTE
Proc. nº 124/13
Folha: 03
Assinatura

Excelentíssimo Senhor Presidente,

Honra-nos encaminhar o Projeto de Lei nº 1758 de 28 de março de 2013, que "**AUTORIZA O PODER EXECUTIVO A RECONHECER DÍVIDA COM A COMUNIDADE TERAPÊUTICA NOVA ALIANÇA E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS**", para que seja submetida à elevada apreciação desta Augusta Casa de Leis.

Visa o presente Projeto de Lei reconhecer dívida em favor da **COMUNIDADE TERAPÊUTICA NOVA ALIANÇA**, tudo de conformidade com o Processo Administrativo nº 1005/2013, cópia em anexo.

Através do Ofício nº. 67/CERNA/2012 e das Fichas de Internação fornecidas pela **COMUNIDADE TERAPÊUTICA NOVA ALIANÇA** e a Justificativa apresentada pela Secretaria Municipal de Saúde, restou constatado que o Município tem dívidas em relação a cada paciente para com a mesma no valor de R$ 4.316,81 (Quatro mil trezentos e dezesseis reais e oitenta e um centavo).

O reconhecimento da dívida faz-se necessário, haja vista, que não pode haver, por parte do ente público municipal, qualquer forma de enriquecimento ilícito.

De outro norte, vemos a necessidade de internação dos pacientes, tendo em vista o tratamento terapêutico realizado, favorecendo de maneira salutar na vida tanto do paciente como da família que sofre diretamente com a dependência química do seu ente.

Assim, com este intuito é que sujeitamos a presente matéria, à apreciação dos Senhores Vereadores, aguardando desde já, em regime de urgência, a sua aprovação.

Ouro Preto do Oeste, em 28 de Maio de 2013.

CÂMARA MUNICIPAL DE OURO PRETO DO OESTE
Proc. nº 124/13
Folha: 04
Assinatura

JUAN ALEX TESTONI
PREFEITO

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE OURO PRETO DO OESTE
GABINETE DO PREFEITO

CÂMARA MUNICIPAL DE OURO PRETO DO OESTE
Proc. nº 124/13
Folha: 05
Assinatura

PROJETO DE LEI Nº 758, DE 28 DE março DE 2013.

"AUTORIZA O PODER EXECUTIVO A RECONHECER DÍVIDA COM A COMUNIDADE TERAPÊUTICA NOVA ALIANÇA E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS."

O Prefeito do Município de Ouro Preto do Oeste,

Faço saber que a Câmara Municipal aprovou e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica o Poder Executivo autorizado a reconhecer, para fins de pagamento futuro, dívida no valor de até R$ 4.316,81 (Quatro mil trezentos e dezesseis reais e oitenta e um centavo), em favor da **COMUNIDADE TERAPÊUTICA NOVA ALIANÇA**.

Art. 2º A referida despesa está prevista no orçamento do exercício de 2013, programação: 10.122.0001.2033.000, elemento de despesa: 3.3.90.30.00 e Nota de Reserva nº 842/2013.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Ouro Preto do Oeste, em 28 de março de 2013.

CÂMARA MUNICIPAL DE OURO PRETO DO OESTE
APROVADO
1ª VOTAÇÃO
Quorum 08 Favor FAV Contra
Sessão Ordinária Horas 19:30
Em 08 de 04 de 13

Celson Cabral de Souza
Secr Legis. e Apoio Parlamentar
Port. nº 060/GP/CMOPO/RO/13

JUAN ALEX TESTONI
PREFEITO

CÂMARA MUNICIPAL DE OURO PRETO DO OESTE
APROVADO
2ª VOTAÇÃO
Quorum 08 Favor FAV Contra
Sessão Ordinária Horas 18:20
Em 08 de 04 de 13

Celson Cabral de Souza
Secr Legis. e Apoio Parlamentar
Port. nº 060/GP/CMOPO/RO/13

Prefeitura Municipal de Ouro Preto do Oeste

04.380.507/0001-79
Praça da Liberdade, 1156 - Bairro Jardim Tropical

26.03.2013

Processo: 1005/2013

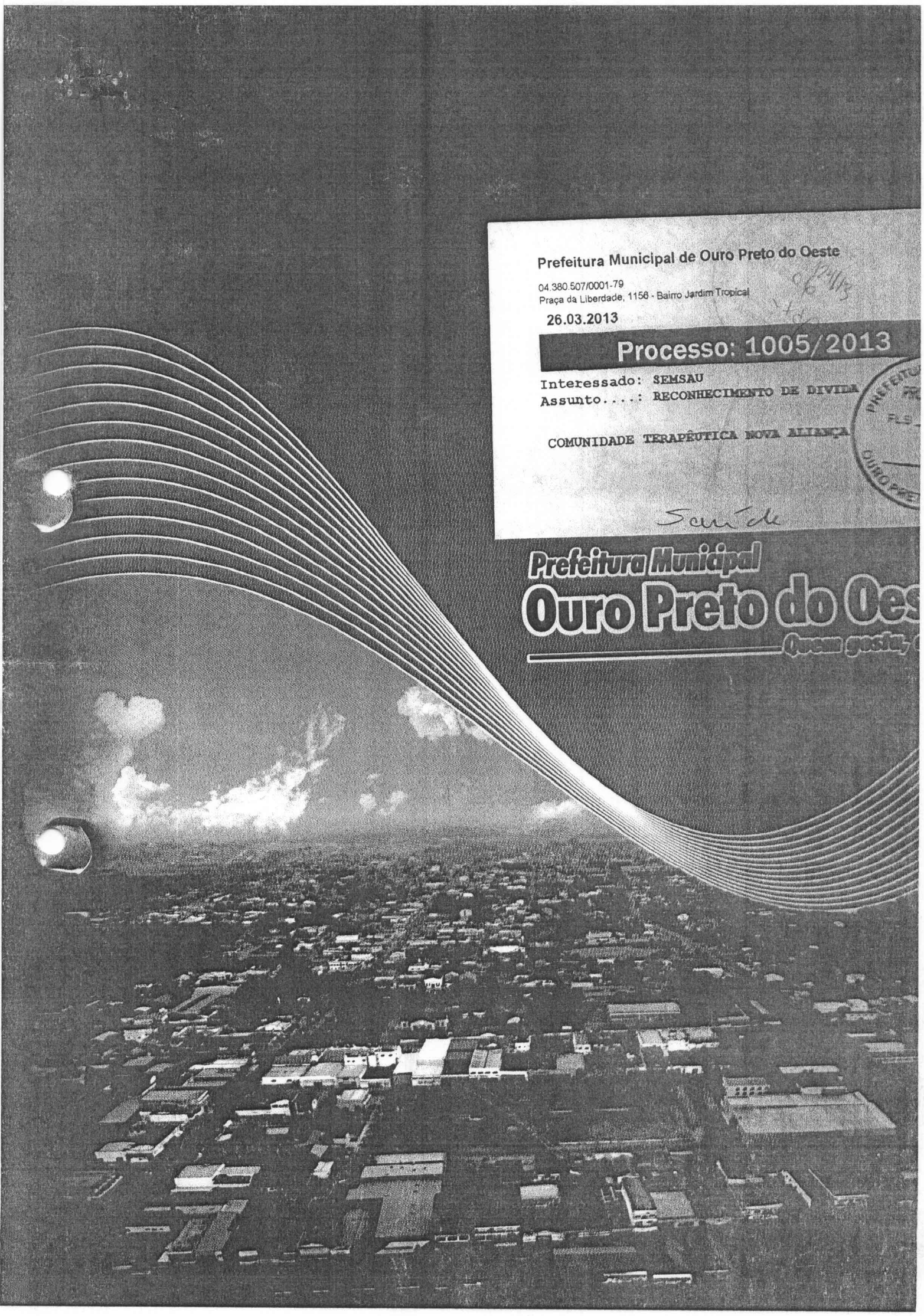
Interessado: SEMSAU
Assunto....: RECONHECIMENTO DE DIVIDA

COMUNIDADE TERAPÊUTICA NOVA ALIANÇA

Saúde

FLS

Prefeitura Municipal
Ouro Preto do Oes
Quem gosta,



ESTADO DE RONDÔNIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO PRETO DO OESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

CÂMARA MUNICIPAL DE OURO PRETO DO OESTE - RO
Proc. nº 124/13
Folha: 07
Assinatura

PREFEITURA MUNICIPAL
PROTOCOLO
FLS 02
OURO PRETO DO OESTE

Memorando nº 08 /SEMSAU-FMS/2013

Para: Exmo Senhor Prefeito

Assunto: Conhecimento e Autorização de Montagem de Processo

Ouro Preto do Oeste, 26 de março de 2013

Exmo Senhor Prefeito,

Em resposta a solicitação encaminhada pela empresa COMUNIDADE TERAPÊUTICA NOVA ALIANÇA, em anexo, encaminhamos documentos para conhecimento, e solicitação de autorização de montagem de processo para apuração dos fatos. A empresa alega que os serviços foram prestados conforme especificadas nos relatórios em anexo, inclusive com a assinatura de encaminhamento e de comprometimento dos referidos beneficiados.

Sem mais para o momento, aguardo resposta.

Juan Alex Vestoli
PREFEITO - OPO/RO

Marinei Brilhante de Souza

Comunidade Terapêutica Nova Aliança
Util. Pública Conf. Lei Municipal 1.255/2006 – Util. Pública Conf. Lei Estadual 2.546 de 25/08/2011
CNPJ: 07.716.409/0001-58 - Telefone: (69) 3442-9374 e (69) 8464-9372
CERNA Travessa Nova Aliança, 3254, Setor Chacareiro CEP: 76.940-000 – Rolim de Moura/RO
site: www.cerna.com.br - e-mail: amandovidas@hotmail.com

Ofício nº 067/CERNA/ 2012

CÂMARA MUNICIPAL DE OURO PRETO DO OESTE - RO
Proc. nº 124/13
Folha: 08
Assinatura

Rolim de Moura, 03 de abril de 2012.

PREFEITURA MUNICIPAL
PROTOCOLO
FLS. 08
OURO PRETO DO OESTE

Ilustríssimo Senhor,

Por meio do presente, enviamos relatório das pendências existentes da parte deste município para com o CERNA, objetivando a regularização e eliminação de qualquer empecilho que impossibilite o andamento do convênio.

Interno	Entrada	Saída	Pendência	
Francisco de Araújo Prestes	23/02/2011	11/03/2011	R$	500,00
Gilberto da Silva Souza	17/07/2011	01/09/2011	R$	750,15
Levindo Damião de Laia	04/08/2011	01/12/2011	R$	2.000,00
Elias de Souza	13/11/2011	17/01/2012	R$	1.066,66
TOTAL			**R$**	**4.316,81**

Agradecidos pelo vosso apoio e compreensão, desde já desejamos toda sorte de bênçãos sobre o vosso trabalho.

João Batista Beraldo
Coordenador - CERNA

Ao
Ilustríssimo Senhor
Secretário Municipal de Saúde
Ouro Preto do Oeste - RO

Amando, acreditando e investindo em pessoas

Enviado por e-mail p/ Sra Ilda (Saúde) em 03/04/12

PREFEITURA MUNICIPAL PROTOCOLO FLS 04 OURO PRETO DO OESTE

ESTADO DE RONDÔNIA
Poder Judiciário
Comarca de Ouro Preto do Oeste
Vara dos Juizados Especiais Cível e Criminal

Ofício nº 078/2011/VJE

Em , 11 de fevereiro de 2011.

CÂMARA MUNICIPAL DE OURO PRETO DO OESTE Proc. nº 124/13 Folha: 09 Assinatura

Senhor Prefeito,

Solicito a Vossa Excelência, que encaminhe FRANCISCO DE ARAÚJO PRESTES, brasileiro, portador do RG nº 285.643 SSP/RO, e CPF nº: 600.425.242-53, filho de Francisco Prestes Rozas e Raimunda Batista de Araújo Rozas, residente na Rua Rio de Janeiro, 0478, Bairro Nova Ouro Preto, na cidade de Ouro Preto do Oeste/RO, Fone: 9214-3067, para trátamento terapêutico de combate à dependência química e providencie os valores necessários para custear a internação e medicamentos necessários.

Atenciosamente,

Glauco Antônio Alves
Juiz de Direito

Exmo Sr. Prefeito Municipal
Ouro Preto do Oeste/RO

lsos/.

Sede do Juízo : **Fórum Jurista Teixeira de Freitas** - Rua Café Filho, 127, Bairro União,
CEP: 78950-000 - Fone (Fax): 461-2050, 461-3813(Fax).

Recebi em 23/02/2011
Raimunda.

CÂMARA MUNICIPAL DE OURO PRETO DO OESTE RO
Proc. nº 124/13
Folha: 80
Assinatura

PREFEITURA MUNICIPAL
PROTOCOLO
FLS 05
OURO PRETO DO OESTE

CERNA

Centro de Recuperação Nova Aliança

Escritório: Travessa Nova Aliança nº. 3254 – Setor Chacareiro
Rolim de Moura – Rondônia cep: 76987-000
Telefones: 69 3442-9374 - 69 3442-2681

FICHA DE INTERNAÇÃO Nº ..... DATA 23 / 02 / 2011

DECLARAÇÃO

Eu FRANCISCO de JESUS PRESTES
natural de Ouro Preto - RO
Data Nasc. ...../...../..... RG 285643-RO CPF 600.425.242-53
Nacionalidade Brasileiro Profissão .....
Endereço Rua Rio de Janeiro nº 0478 Bairro Nova Ouro Preto
Cidade Ouro Preto do Oeste UF RO
DECLARO ser responsável pelo menor:
Nome .....
Nascido(a) em ...../...../..... UF ..... Data de nasc. ...../...../.....
Nacionalidade ..... Profissão .....

DECLARO sob as penas da Lei:

I. Que recebi todas as informações e orientações quanto ao tratamento no **CENTRO DE RECUPERAÇÃO NOVA ALIANÇA** e nada há de minha parte que se oponha.

II. Que concordo plenamente em participar do tratamento de recuperação do **CENTRO DE RECUPERAÇÃO NOVA ALIANÇA**, sendo que a permanência é totalmente livre e voluntária e em caso de meu desligamento será comunicado tomando-se as devidas providências.

III. Que as atividades das quais participarei não gerarão vínculo empregatício, pois fazem parte do tratamento.

IV. Que fica resguardado o direito de desistência sem qualquer tipo de constrangimento a minha pessoa, comprometendo-me a assinar o **TERMO DE DESISTÊNCIA** assim como informar o responsável pela casa com antecedência de 24 horas para que sejam tomadas as providências cabíveis.

V. Que reconheço a possibilidade de interrupção do tratamento a qualquer momento, resguardadas as situações de risco imediato para terceiros constatado por SPA, avaliada por médico responsável.

VI. Que em caso de estar sendo encaminhado por meio de mandado judicial, submeto-me a todas as normas e regulamentos do **CENTRO DE RECUPERAÇÃO NOVA ALIANÇA**.

VII. Que estou ciente que o período de internação para o tratamento é de 180 dias (6 meses), podendo haver prorrogação, dependendo da avaliação e de minha concordância.

VIII. Que após ler e aprovar, aceito voluntariamente todos os regulamentos e normas do **CENTRO DE RECUPERAÇÃO NOVA ALIANÇA**.

E por ser do que lhe, assino juntamente com o recuperando, dando-lhe total e plena valia.

Rolim de Moura, 23 de 02 de 2011

RESPONSÁVEL

INTERNADO

RESPONSÁVEL CERNA

TESTEMUNHA

Desligou em: 11/03/2011

CERNA

Centro de Recuperação Nova Aliança

Escritório: Travessa Nova Aliança nº. 3254 – Setor Chacareiro
Rolim de Moura – Rondônia cep: 78987-000
Telefones: 69 3442-9374 - 69 3442-2681

PREFEITURA MUNICIPAL
PROTOCOLO
FLS
OURO PRETO DO OESTE

FICHA DE INTERNAÇÃO Nº.....**DATA** 17 / 09 / 11

DECLARAÇÃO

CÂMARA MUNICIPAL DE OURO PRETO DO OESTE
Proc. nº 1244/13
Folha: 12
Assinatura

Eu Gilberto da Silva Souza
natural de .....
Data nasc ... / ... / ... RG ..... CPF .....
Nacionalidade ..... Profissão .....
Endereço ..... nº ..... Bairro .....
Cidade Ouro Preto ..... UF RO .....

DECLARO ser responsável pelo menor:
Nome .....
Natural de ..... UF ..... Data de nasc ... / ... / ...
Nacionalidade ..... Profissão .....

DECLARO, sob as penas da Lei:

I. Que recebi todas as informações e orientações quanto ao tratamento no **CENTRO DE RECUPERAÇÃO NOVA ALIANÇA** e nada há de minha parte que se oponha.
II. Que concordo plenamente em participar do tratamento de recuperação do **CENTRO DE RECUPERAÇÃO NOVA ALIANÇA**, sendo que a permanência é totalmente livre e voluntária e em caso de fuga o desligamento será automático, tomando-se as devidas providências.
III. Que as atividades das quais participarei não gerarão vínculo empregatício, pois fazem parte do tratamento.
IV. Que fica resguardado o direito de desistência sem qualquer tipo de constrangimento a minha pessoa, comprometendo-me a assinar o **TERMO DE DESISTÊNCIA** assim como informar ao responsável pela casa com antecedência de 24 horas para que sejam tomadas as providências cabíveis.
V. Que reconheço a possibilidade de interrupção do tratamento a qualquer momento, resguardados as exceções de risco imediato para terceiros, intoxicação por SPA, avaliada por médico responsável.
VI. Que em caso de estar sendo encaminhado por meio de mandado judicial, submeto-me a todas as normas e regulamentos do **CENTRO DE RECUPERAÇÃO NOVA ALIANÇA**.
VII. Que estou ciente que o período de internação para o tratamento é de 180 dias (6 meses), podendo haver prorrogação, dependendo da avaliação e de minha concordância.
VIII. Que após ler e aprovar, aceito voluntariamente todos os regulamentos e normas do **CENTRO DE RECUPERAÇÃO NOVA ALIANÇA**.

Ciente do que li, assino juntamente com o recuperando, dando-lhe total e plena valia.

Rolim de Moura, 17 de 09 de 2011

Gilberto da Silva Souza

.....
RESPONSÁVEL

INTERNADO

.....
COORDENADOR - CERNA

.....
TESTEMUNHA

Saiu: 01/09/2011
(Desistência)

PREFEITURA MUNICIPAL
PROTOCOLO
FLS 07
OURO PRETO DO OESTE

Centro de Recuperação Nova Aliança
Escritorio: Travessa Nova Aliança nº. 3254 – Setor Chacareiro
Rolim de Moura – Rondônia cep: 78987-000
Telefones: 69 3442-9374 - 69 3442-2681

CÂMARA MUNICIPAL DE OURO PRETO DO OESTE
Proc. nº 124/13
Folha: 12
Assinatura

TERMO DE RESPONSABILIDADE

- Prometo não usar bebidas alcoólicas.
- Prometo não fumar cigarro, cachimbo ou outro tipo de drogas.
- Prometo não provocar brigas, desordens ou discriminar alguém.
- Prometo cuidar de meus pertences pessoais tais como: meias, sapatos, roupas etc.
- Prometo não deixar a casa sem informar a liderança.
- Prometo não furtar.
- Prometo não usar aparelhos sonoros, fotos ou objetos que venham lembrar o passado e gabar-se dele.
- Prometo entregar todos os meus documentos para serem arquivados no escritório.
- Prometo ser responsável diante de todos os membros da casa, por minha atitude e comportamento.
- Prometo participar de todas as atividades dispostas no programa da instituição, por exemplo: cultos, estudo, etc.
- Prometo não sair dos limites determinados pela entidade.
- Prometo não sair da Casa de Reabilitação, a não ser acompanhado de algum monitor.
- Prometo esforçar-me para ser recuperado.
- Prometo permitir revistarem todos os meus pertences.

LENDO ESTE TERMO, IREI CUMPRÍ-LO FIELMENTE.

INTERNADO Gilberto da Silva Souza

ASSINATURA Gilberto da Silva Souza

COORDENADOR .....

Rolim de Moura 17 de julho de 20 11

PREFEITURA MUNICIPAL
PROTOCOLO
FLS
OURO PRETO DO OESTE

PREFEITURA MUNICIPAL DE OURO PRETO DO OESTE
SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
CNPJ: 04.380.507/0001-79

CÂMARA MUNICIPAL DE VEREADORES DE OURO PRETO DO OESTE - RO
Proc. nº 124/13
Folha: 13
Assinatura

ENCAMINHAMENTO

ASSUNTO	**Atendimento a dependente de álcool/droga**
ACOMPANHADO	**Nome : Levindo Damiao de Laia** **Idade : 53 anos** **Endereço : Rua Maria Lizarda 119 - Jardim Novo Horizonte** **Município : Ouro Preto do Oeste – RO**
DATA	**04/08/2011**

Encaminhamos ao CERNA-Centro de Recuperação Nova Aliança, a pessoa acima identificada para tratamento, pois, segundo relato da família a mesma não se encontra em condição fisica/psicológica/emocional para conviver com os demais membros tornando-se uma pessoa sem controle do vicio estando correndo risco de vida em virtude do uso contínuo de entorpecentes.

Ouro Preto do Oeste – RO, 04 de agosto de 2011

Dulce Helena Mesquita
Gestora do Sist. Mun. de Ass. Social da SEMA
Port. 0299 de 31/05/11

PREFEITURA MUNICIPAL
PROTOCOLO
FLS 09
OURO PRETO DO OESTE

CERNA

Centro de Recuperação Nova Aliança

Escritório: Travessa Nova Aliança nº. 3254 – Setor Chacareiro
Rolim de Moura – Rondônia cep: 78987-000
Telefones: 69 3442-9374 - 69 3442-2681

CÂMARA MUNICIPAL DE OURO PRETO DO OESTE
Proc. nº 1241/13
Folha: 14
Assinatura

FICHA DE INTERNAÇÃO Nº.....**DATA**..04../..08../..11.....

DECLARAÇÃO

Eu..Levindo Domaio de Maia.....
natural de..Rondonópolis - MT.....
Data nasc..27/09/1957 RG..132 703 9 SSP/MT CPF..244.160.376-00
Nacionalidade..Brasileiro.....Profissão..motorista.....
Endereço..R. Maria Elizabete Nunes nº 0119 Bairro..J. Nova Morumbi
Cidade..Ouro Preto.....UF..RO.....

DECLARO ser responsável pelo menor:
Nome .....
Natural de.....UF.....Data de nasc...../...../.....
Nacionalidade.....Profissão.....

DECLARO, sob as penas da Lei:

I. Que recebi todas as informações e orientações quanto ao tratamento no **CENTRO DE RECUPERAÇÃO NOVA ALIANÇA** e nada há de minha parte que se oponha.
II. Que concordo plenamente em participar do tratamento de recuperação do **CENTRO DE RECUPERAÇÃO NOVA ALIANÇA**, sendo que a permanência é totalmente livre e voluntária e em caso de fuga o desligamento será automático, tomando-se as devidas providências.
III. Que as atividades das quais participarei não gerarão vínculo empregatício, pois fazem parte do tratamento.
IV. Que fica resguardado o direito de desistência sem qualquer tipo de constrangimento a minha pessoa, comprometendo-me a assinar o **TERMO DE DESISTÊNCIA** assim como informar ao responsável pela casa com antecedência de 24 horas para que sejam tomadas as providências cabíveis.
V. Que reconheço a possibilidade de interrupção do tratamento a qualquer momento, resguardados as exceções de risco imediato para terceiros, intoxicação por SPA, avaliada por médico responsável.
VI. Que em caso de estar sendo encaminhado por meio de mandado judicial, submeto-me a todas as normas e regulamentos do **CENTRO DE RECUPERAÇÃO NOVA ALIANÇA**.
VII. Que estou ciente que o período de internação para o tratamento é de 180 dias (6 meses), podendo haver prorrogação, dependendo da avaliação e de minha concordância.
VIII. Que após ler e aprovar, aceito voluntariamente todos os regulamentos e normas do **CENTRO DE RECUPERAÇÃO NOVA ALIANÇA**.

Ciente do que li, assino juntamente com o recuperando, dando-lhe total e plena valia.

Rolim de Moura,..04..de..agosto.....de2011..

.....
RESPONSÁVEL

.....
INTERNADO

.....
COORDENADOR - CERNA

.....
TESTEMUNHA

Saiu: 01/12/11 (Desistência)

Comunidade Terapêutica Nova Aliança
Util. Pública Conf. Lei Municipal 1.255/2006 – Util. Pública Conf. Lei Estadual 2.546 de 25/08/2011
CNPJ: 07.716.409/0001-58 - Telefone: (69) 3442-9374 e (69) 8464-9372
CERNA Travessa Nova Aliança, 3254, Setor Chacareiro CEP: 76.940-000 – Rolim de Moura/RO
site: www.cerna.com.br - e-mail: amandovidas@hotmail.com

PREFEITURA MUNICIPAL PROTOCOLO FLS 16 OURO PRETO DO OESTE

FICHA DE INTERNAÇÃO Nº.....**DATA**.12/11/2011

3ª Entrada

DECLARAÇÃO

Eu Elias de Souza
natural de Iturama MG
Data nasc. 12/11/1981 RG 1269322 SSP/RO CPF 225.439.408-80
Nacionalidade Brasileira Profissão Construtor civil (pintor)
Endereço Rua JK nº 980 Bairro Liberdade
Cidade Ouro Preto do Oeste UF RO

Proc. nº 124/13 Folha: 15 Assinatura

DECLARO ser responsável pelo menor:
Nome .....
Natural de.....UF.....Data de nasc...../...../.....
Nacionalidade.....Profissão.....

DECLARO, sob as penas da Lei:

I. Que recebi todas as informações e orientações quanto ao tratamento na **COMUNIDADE TERAPÊUTICA NOVA ALIANÇA** e nada há de minha parte que se oponha.
II. Que concordo plenamente em participar do tratamento de recuperação da **COMUNIDADE TERAPÊUTICA NOVA ALIANÇA**, sendo que a permanência é totalmente livre e voluntária e em caso de fuga o desligamento será automático, tomando-se as devidas providências.
III. Que as atividades das quais participarei não gerarão vínculo empregatício, pois fazem parte do tratamento.
IV. Que fica resguardado o direito de desistência sem qualquer tipo de constrangimento a minha pessoa, comprometendo-me a assinar o **TERMO DE DESISTÊNCIA** assim como informar ao responsável pela casa com antecedência de 24 horas para que sejam tomadas as providências cabíveis.
V. Que reconheço a possibilidade de interrupção do tratamento a qualquer momento, resguardados as exceções de risco imediato para terceiros, intoxicação por SPA, avaliada por médico responsável.
VI. Que em caso de estar sendo encaminhado por meio de mandado judicial, submeto-me a todas as normas e regulamentos do **CENTRO DE RECUPERAÇÃO NOVA ALIANÇA**.
VII. Que estou ciente que o período de internação para o tratamento é de 180 dias (6 meses), podendo haver prorrogação, dependendo da avaliação e de minha concordância.
VIII. Que após ler e aprovar, aceito voluntariamente todos os regulamentos e normas do **CENTRO DE RECUPERAÇÃO NOVA ALIANÇA**.

Ciente do que li, assino juntamente com o recuperando, dando-lhe total e plena valia.

Rolim de Moura, 12 de Novembro de 20 11

.....
RESPONSÁVEL

× Elias de Souza
INTERNADO

.....
COORDENADOR - CERNA

.....
TESTEMUNHA

Amando, acreditando e investindo em pessoas.

Saída: 17 de janeiro de 2012.

Comunidade Terapêutica Nova Aliança
Util. Pública Conf. Lei Municipal 1.255/2006 – Util. Pública Conf. Lei Estadual 2.346 de 25/05/2011
CNPJ: 07.716.409/0001-58 - Telefone: (69) 3442-9374 e (69) 8464-9372
CERNA Travessa Nova Aliança, 3254, Setor Chacareiro CEP: 76.940-000 – Rolim de Moura/RO
site: www.cerna.com.br - e-mail: amandovidas@hotmail.com

PREFEITURA MUNICIPAL
PROTOCOLO
FLS 11
OURO PRETO DO OESTE

TERMO DE RESPONSABILIDADE

- Prometo não usar bebidas alcoólicas.
- Prometo não fumar cigarro, cachimbo ou outro tipo de drogas.
- Prometo não provocar brigas, desordens ou discriminar alguém.
- Prometo cuidar de meus pertences pessoais tais como: peças íntimas, sapatos, roupas etc.
- Prometo não deixar a casa sem informar a liderança.
- Prometo não furtar.
- Prometo não usar aparelhos sonoros, fotos ou objetos que venham lembrar o passado e gabar-se dele.
- Prometo entregar todos os meus documentos para serem arquivados no escritório.
- Prometo ser responsável diante de todos os membros da casa, por minha atitude e comportamento.
- Prometo participar de todas as atividades dispostas no programa da instituição, por exemplo: cultos, estudo, etc.
- Prometo não sair dos limites determinados pela entidade.
- Prometo não sair da Casa de Reabilitação, a não ser acompanhado de algum monitor.
- Prometo esforçar-me para ser recuperado.
- Prometo permitir revistarem todos os meus pertences.

CÂMARA MUNICIPAL DE OURO PRETO DO OESTE
Proc. nº 124/13
Folha: 16
Assinatura

LENDO ESTE TERMO, IREI CUMPRÍ-LO FIELMENTE.

INTERNADO: Elias de Souza

ASSINATURA: Elias de Souza

COORDENADOR: José B. Bezerra

Rolim de Moura, 12 de Novembro de 2012.

Amanda, acreditando e investindo em pessoas

PREFEITURA DE OURO PRETO DO OESTE

PROTOCOLO

PARA Secretaria

Segue processo devidamente formalizado com paginas numeradas de 01 a 12

Em 26/03/13

Elvis Ferreira dos Santos
Agente Administrativo

PREFEITURA MUN
PROTOCOLO
FLS 12
OURO PRETO DO OE

CÂMARA MUNICIPAL DE OURO PRETO DO OESTE - RO
Proc. nº 127/13
Folha: 17
Assinatura

PREFEITURA MUN. OURO PRETO DO OESTE
PRAÇA DA LIBERDADE, 1156

04380507/0001-79 Exercício: 2013

CÂMARA MUNICIPAL DE OURO PRETO DO OESTE
Proc. nº 1005/13
Folha: 18
Assinatura

PREFEITURA MUNIC
SEMSAU
FLS 13
PROC 1005/13
OURO PRETO DO OESTE

NOTA DE RESERVA ORÇAMENTARIA

Nº 842

Ficha Nº : **251** Processo Nº : **1005/2013**

Unidade : 020500 **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**
Funcional : 10.122.0001.2033.0000 Manutenção e Funcionamento da SEMSAU
Cat. Econ. : **3.3.90.39.00** **OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS - PESSOA JURÍDICA**
Código de Aplicação: 010 044 RECURSO PRÓPRIO - SAÚDE

Saldo Inicial	Alteração (+)	Alteração (-)	Empenhado	Saldo Atual
80.000,00	0,00	0,00	43.425,52	**36.574,48**

Data	Histórico
27/03/2013	RESERVA DE SALDO PARA COBRIR DESPESAS COM RECONHECIMENTO DE DIVIDA A FAVOR DA COMUNIDADE TERAPÊUTICA NOVA ALIANÇA.

RESERVA JÁ UTILIZADA	**4.316,81**
RESERVA ANULADA	0,00
VALOR DA RESERVA	0,00
SALDO ANTERIOR	36.574,48
VALOR DA RESERVA	**4.316,81**
SALDO ORÇAMENTÁRIO DISPONIVEL	31.184,34

Sidônio Jose da Silva
Ag. Ativ. ADM.
MAT. 300043887 SESAU RO

JUSTIFICATIVA

CÂMARA MUNICIPAL Proc. nº 124/13 Folha: 19 Assinatura
PREFEITURA MUNICIPAL SEMSAU FLS 14 PROC 1005/13 OURO PRETO

O Reconhecimento de Dívida faz-se necessário, sobretudo, no intuito de pagamento das despesas de internação de pacientes que fizeram uso dos serviços de atendimento ao tratamento terapêutico oferecido pela Comunidade Terapêutica Nova Aliança.

Foi feita comprovação da efetiva prestação de serviços, os encaminhamentos emitidos pela Secretaria de Assistência Social, conhecimento do Gabinete do prefeito e ainda fichas de internação assinadas pelos pacientes.A empresa emitiu ainda um relatório com as pendências do período de 22/02/2011 a 17/01/2012.

Apesar das solicitações serem feitas em nome da Secretaria Municipal de Assistência Social as internações são de competência da Secretaria Municipal de Saúde, que só teve conhecimento dos fatos a partir do relatório encaminhado em 26/03/2013, fazendo assim a solicitação de reconhecimento da dívida, uma vez que entende-se que os documentos comprovam a efetiva prestação de serviços.

Sabendo que a despesa foi comprovada e de acordo com a Lei 4.320/64 no seu Art. 63, que diz:

Lei nº 4.320, de 1964:
"Art. 63. A liquidação da despesa consiste na verificação do direito adquirido pelo credor tendo por base os títulos e documentos comprobatórios do respectivo crédito."

Sabendo ainda, que em cumprimento ao que determina os Art. 37 e 63 da Lei 4.320/64, que exige a disponibilidade orçamentária da Secretaria de Saúde, poderá a despesa ser paga. Fazendo-se necessária a elaboração de Projeto de Lei para aprovação e quitação do débito, sabendo que de acordo com Reserva de Saldo nº 842/13, anexa a folha 13, existe a disponibilidade orçamentária para a execução do processo.

Prefeitura Municipal de Ouro Preto do Oeste
04.380.507/0001-79
Praça da Liberdade, 1156 - Bairro Jardim Tropical
www.ouropretodooeste.ro.gov.br

PREFEITURA MUNICIPAL SEMSAU FLS 15 PROC/0051/13 OURO PRETO DO OESTE

DESPACHO DO PROCESSO

CÂMARA MUNICIPAL DE OURO PRETO Proc. nº 124/13 Folha: 20 Assinatura

Processo...: 1-1005/2013
Interessado: SEMSAU (9743)
Assunto....: RECONHECIMENTO DE DIVIDA (119)

Data.....: 27/3/2013 16:51:02
Origem.....: SECRETARIA MUN. DE SAUDE (85)
Destino....: PJ - PROCURADORIA JURIDICA (79)

Despacho

Segue processo para análise e posterior elaboração de Projeto de Lei para o reconhecimento de dívida.

Ouro Preto do Oeste/RO, 27 de março de 2013.

Genefisson Fagundes de Oliveira
SEMSAU - Cadastro nº 4046/0