



## PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

### SECRETARIA MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E TRABALHO

#### Gabinete da Secretária

Avenida São João, 473, 5º andar - Bairro Centro - São Paulo/SP - CEP 01035-000

Telefone: (11) 3224-6000

**Edital Nº 06/2020/SMDET**

### **EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO SIMPLIFICADO N. 06/2020/SMDET**

PROCESSO Nº 6064.2020/0000583-0

A **SECRETARIA MUNICIPAL DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO E TRABALHO - SMDET**, por meio da Coordenadoria de Segurança Alimentar e Nutricional - COSAN, no âmbito de suas atribuições, com fundamento na Lei Municipal nº 13.327/2002, no Decreto Municipal nº 42.177/2002 e na Portaria SMDET nº 08, de 17 de junho de 2020, **TORNA PÚBLICO** o presente Chamamento Público Simplificado, a fim de cadastrar entidades assistenciais junto ao Programa Municipal Banco de Alimentos, mediante as condições a seguir estabelecidas.

#### 1. **DO OBJETO**

1.1. A presente convocação tem por objeto oportunizar que 100 (cem) entidades assistenciais cadastrem-se junto ao Programa Municipal Banco de Alimentos.

1.2. Para cadastrar-se no Programa supra, a entidade assistencial interessada deverá apresentar:

- I - cópia da inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ);
- II - comprovante do regular funcionamento da entidade assistencial no endereço registrado no CNPJ ou em endereço diverso, desde que mediante justificativa, que poderá ser demonstrado por meio de contas de consumo de água, energia elétrica, serviços de telefonia e outras da espécie;
- III - cópia do ato constitutivo da entidade no respectivo registro;
- IV - cópia da ata de eleição e posse da Diretoria e/ou Conselho;
- V - cópia do estatuto social registrado em cartório;
- VI - relação completa dos beneficiários atendidos pela entidade quanto à doação de alimentos recebidos no âmbito do Programa Municipal Banco de Alimentos, incluindo nome completo, CPF, Número de Identificação Social (NIS) e endereço;
- VII - formulário de inscrição preenchido e assinado na forma do Anexo I deste Edital;
- VIII - termo de ciência e compromisso assinado na forma do Anexo II deste Edital;
- IX - cópia do certificado de participação em curso de boas práticas de manipulação de alimentos reconhecido pelo órgão municipal de vigilância sanitária ou pela Coordenadoria de Segurança Alimentar e Nutricional da SMDET, ressalvada a condição prevista no item 1.2.1.

X - 6 (seis) fotos panorâmicas, ou seja, de vista inteira, de ângulos opostos, da entidade assistencial contemplando os seguintes espaços físicos:

- a) 2 (duas) fotos da fachada;
- b) 2 (duas) área de armazenamento (estoque) de alimentos;
- c) 2 (duas) área de manipulação de alimentos;

1.2.1. Em razão da pandemia decorrente do coronavírus (COVID-19), no caso de impossibilidade de atendimento do inciso IX do item 1.2., a entidade poderá excepcionalmente apresentar o certificado de participação no curso online de Boas Práticas de Manipulação em Serviços de Alimentação disponibilizado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA (<https://www.escolavirtual.gov.br/curso/287>).

## 2. DAS CONDIÇÕES PARA O CADASTRAMENTO

2.1. Para os efeitos do presente Edital, serão adotadas as regras e os conceitos previstos na Portaria SMDet n. 08, de 17 de junho de 2020.

2.2. Somente podem se cadastrar no Programa Municipal Banco de Alimentos as entidades assistenciais sem fins lucrativos situadas, necessariamente, no Município de São Paulo.

2.3. A entidade interessada deverá encaminhar a documentação digitalizada para o correio eletrônico [bancodealimentos@prefeitura.sp.gov.br](mailto:bancodealimentos@prefeitura.sp.gov.br).

2.4. A entidade interessa é responsável por encaminhar a documentação de forma completa e legível, bem como é responsável por garantir que todos os documentos solicitados estejam anexados no e-mail encaminhado ao correio eletrônico supra.

2.5. Somente serão aceitos e-mails com conteúdo total de no máximo 2GB (dois gigabytes) de tamanho (e-mail e documentos anexos), devendo constar no assunto “Documentação para o credenciamento junto ao PMBA”.

2.6. Em razão da pandemia decorrente do coronavírus (COVID-19), o encaminhamento da documentação em meio físico não será aceito, conforme as regras do Decreto Municipal nº 59.283/2020 e na Portaria SMDet nº 03/2020,

## 3. DO NÚMERO DE VAGAS

3.1. Este Edital dispõe sobre a abertura de 100 (cem) vagas para preenchimento de cadastramento junto ao Programa Municipal Banco de Alimentos.

## 4. DOS PRAZOS E DO PROCEDIMENTO DE AVALIAÇÃO

4.1. O prazo para envio da documentação por meio de correio eletrônico é de **5 (cinco) dias corridos**, iniciado da publicação deste Edital no Diário Oficial da Cidade de São Paulo.

4.2. A documentação encaminhada será analisada pela Comissão de Avaliação no prazo de até **10 (dez) dias úteis**, que se inicia no dia útil seguinte ao término do prazo de envio indicado no item 4.1.

4.3. Concluída a análise pela Comissão de Avaliação, será divulgada, no Diário Oficial da Cidade de São Paulo e no site da SMDet (<https://www.prefeitura.sp.gov.br/desenvolvimento>), uma lista provisória informando o resultado da avaliação da documentação de cada entidade, com o devido detalhamento e com a classificação das entidades consideradas aptas, inaptas ou impossibilitadas para o preenchimento das vagas.

4.3.1. Serão consideradas aptas as entidades que cumprirem integralmente o item 1.2.;

4.3.2. Serão consideradas inaptas as entidades que encaminharem documentação incompleta, ilegível ou inválida;

4.3.3. Serão consideradas impossibilitadas as entidades que não se enquadrarem nas

condições previstas no item 2.2.

4.4. Se o número de entidades consideradas aptas ao preenchimento for inferior ao número total de vagas, será aberto o prazo de **2 (dois) dias corridos**, contado da data de publicação da lista provisória indicada no item 4.3., para que as entidades consideradas inaptas encaminhem a documentação readequada e/ou corrigida segundo os termos deste Edital.

4.4.1. Na hipótese do item anterior, a Comissão de Avaliação analisará as documentações encaminhadas pelas entidades no prazo de até **5 (cinco) dias úteis**, contado a partir do dia útil subsequente ao término do prazo indicado no item 4.4.

4.4.2. Concluída a análise das documentações indicada no item 4.4.1., será publicada a lista provisória no Diário Oficial da Cidade de São Paulo e no site da SMDT (<https://www.prefeitura.sp.gov.br/desenvolvimento>), informando o resultado da avaliação da documentação de cada entidade, com o devido detalhamento, segundo as diretrizes previstas no item 4.3.

4.5. Durante o procedimento de avaliação, no caso de haver mais de 100 (cem) entidades assistenciais aptas ao cadastramento junto ao PMBA, o preenchimento das vagas se dará mediante classificação por pontuação total, considerando os critérios de desempate e seleção relacionados na tabela indicada no item 5.

4.5.1. Para efeitos de desempate entre entidades consideradas aptas, a classificação levará em conta a maior pontuação obtida no Quesito 1, seguida da maior pontuação obtida no Quesito 2 e assim sucessivamente.

4.6. Após a divulgação da lista provisória com o resultado da avaliação, seja em razão da hipótese do item 4.3. ou do item 4.4.2., as entidades interessadas poderão apresentar recurso no prazo de até **03 (três) dias úteis** contados da data da publicação da lista provisória no Diário Oficial da Cidade de São Paulo.

4.6.1. O recurso deverá ser formulado de acordo com o Anexo III deste Edital, e deverá ser encaminhado na forma indicada no item 2.3., com o título “Recurso – Edital de cadastramento PMBA”.

4.6.2. A Comissão de Avaliação terá o prazo de até **3 (três) dias úteis** para divulgar o resultado do julgamento dos recursos apresentados.

4.7. A lista definitiva das entidades consideradas aptas ao cadastramento será publicada no primeiro dia útil subsequente ao término do julgamento dos recursos, ou, em caso de ausência de recursos, no primeiro dia útil subsequente ao prazo para apresentação de recursos.

4.7.1. O preenchimento se dará pela seleção das 100 (cem) entidades assistenciais com maior pontuação, na hipótese do item 4.5., ou pela totalidade de entidades consideradas aptas, conforme a hipótese do item 4.4.

4.8. As decisões da Comissão de Avaliação serão fundamentadas e lavradas em ata.

4.9. Todas as listas de divulgação do resultado das avaliações, sejam as de caráter provisório ou definitivo, serão publicadas no Diário Oficial da Cidade de São Paulo e no site da SMDT (<https://www.prefeitura.sp.gov.br/desenvolvimento>), sendo de responsabilidade da entidade interessada o acompanhamento e a ciência de seus teores, bem como o eventual atendimento do quanto previsto no item 4.4.

4.10. A Comissão de Avaliação responsável pela análise da documentação e seleção das entidades assistenciais será composta pelos servidores abaixo relacionados, sob a presidência do primeiro:

- a) José Antônio Varela Queija, RF 74157118;
- b) Tatiana Santos Veríssimo de Lima, RF 8538549;
- c) Karina Larissa Palma Reis, RF 8800766;

d) Maria de Lourdes Batista, RF 81274092;

e) Eliel Souza Guimarães, RF 85799541.

4.10.1. Será considerado impedido o membro da Comissão de Avaliação que tenha, entre os interessados deste Edital, cônjuges ou companheiros, bem como parentes em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau.

4.10.2. Configurado o impedimento do item anterior, deverá ser designado membro substituto.

4.10.3. A Comissão de Avaliação é soberana e compete a ela avaliar e resolver os casos omissos neste Edital.

## 5. DOS CRITÉRIOS DE DESEMPATE E SELEÇÃO

5.1. Para fins de desempate e seleção das entidades consideradas aptas, na ocorrência do quanto previsto no item 4.5., os seguintes critérios serão observados:

| QUESITO  | CRITÉRIO  | PONTUAÇÃO |
|--|---|-----------|
| 1 - Território de atuação.   | Atuar em regiões da periferia com alto índice de vulnerabilidade socioeconômica e insegurança alimentar e nutricional, a saber: Brasilândia, Capão Redondo, Jardim Ângela, Grajaú, Pedreira, São Rafael, Iguatemi, Cidade Tiradentes, Lajeado e Itaim Paulista. | 10        |
|  | Atuar em outras regiões de periferia com alto índice de vulnerabilidade socioeconômica.   | 05        |
| 2- Público-alvo majoritário atendido pela entidade assistencial.   | Crianças na faixa da primeira infância (0 a 6 anos).  | 10        |
|  | Mulheres em situação de violência doméstica e familiar.   | 07        |
|  | Idosos.   | 05        |
|  | Crianças e jovens em situação de violência doméstica e familiar.  | 03        |
|  | Pessoa com deficiência.   | 01        |
| Público LGBTQI+  |   |           |
| 3- Tempo de experiência da entidade.   | Pessoa em situação de rua.  | 04        |
|  | Acima de 60 meses   |           |
|  | De 25 meses até 60 meses  | 03        |
|  | De 13 meses até 24 meses  | 02        |
| 4 - Experiência na execução de atividades voltadas para a geração de renda, qualificação profissional e/ou desenvolvimento social. | De 25 meses ou mais   | 02        |
|  | De 13 a 24 meses  | 01        |

5.2. Para fins de comprovação e validação dos critérios indicados no item anterior, a entidade deverá observar o quanto segue:

5.2.1. A comprovação do Quesito 1 se dará pelo documento indicado no inciso II do item 1.2.;

5.2.2. A comprovação do Quesito 2 se dará pelo documento indicado no inciso VI do item 1.2., que deverá guardar correspondência às informações prestadas no item 2.2. do Anexo I do presente Edital;

5.2.3. A comprovação do Quesito 3 se dará pelo documento indicado no inciso V do item 1.2.;

5.2.4. A comprovação do Quesito 4 se dará mediante a apresentação, na forma do item 2.3., de ao menos um dos seguintes documentos: Atestado de Capacidade Técnica; Contrato de Prestação de Serviço; Termo de Parceria ou de Cooperação; Contrato de Gestão; ou instrumentos semelhantes que comprovem a experiência na execução das atividades conexas à geração de renda, qualificação profissional e/ou desenvolvimento social.

## 6. DISPOSIÇÕES FINAIS E TRANSITÓRIAS

6.1. Em razão da pandemia decorrente do coronavírus (COVID-19), com fundamento no Decreto Municipal nº 59.283/2020 e na Portaria SMDet nº 03/2020, o procedimento de envio de fotos indicado no inciso X do item 1.2. tem a finalidade de suprir provisoriamente a fase de visita às entidades, tal como prevista no art. 5º da Portaria SMDet nº 08/2020.

6.1.1. O quanto previsto no item anterior não prejudica as diligências de visita pela equipe de gestão do PMBA ao local da entidade assistencial, nos termos da Portaria SMDet nº 08/2020.

6.2. Esclarecimentos, dúvidas ou informações serão prestadas pela equipe de gestão do

PMBA, por meio no endereço eletrônico [bancodealimentos@prefeitura.sp.gov.br](mailto:bancodealimentos@prefeitura.sp.gov.br).

6.3. É vedada a participação de entidade que não esteja regularmente constituída ou cuja documentação esteja em desacordo com a [Instrução do Tribunal de Contas do Município - TCM nº 2 de 10 de maio de 2019](#).

## ANEXO I

### FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

#### EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO SIMPLIFICADO N. 06/2020/SMDT

#### À gestão do Programa Municipal Banco de Alimentos,

A [razão social da entidade assistencial], inscrita no CNPJ sob o n. [00.000.000/0001-00], representada por seu(sua) [cargo], Sr.(a) [nome completo], inscrito(a) no CPF n. [000.000.000-00], **DECLARA** interesse em participar do Programa Municipal Banco de Alimentos, instruindo o presente formulário com as seguintes informações:

#### 1. Dados da entidade (sede administrativa):

|   |         |
|---|---------|
| Razão Social:   |         |
| Nome Fantasia/Popular:  |         |
| CNPJ:   |         |
| Endereço:   | Bairro: |
| Subprefeitura Regional:   | CEP:    |
| Site:   |         |
| E-mail:   |         |
| Telefones – Comercial: (11) _____ Celular: ( ) _____ Outro: ( ) _____ |         |

#### 1.1. Dados do presidente

|  |         |
|--|---------|
| Nome:  |         |
| RG:  | CPF:    |
| Endereço:  | Bairro: |
| Município-UF:  | CEP:    |
| Telefones - Comercial: (11) _____ Celular: ( ) _____ |         |
| E-mail:  |         |

#### 1.2. Dados do vice-presidente ou representante

|  |         |
|--|---------|
| Nome:  |         |
| RG:  | CPF:    |
| Endereço:  | Bairro: |
| Município-UF:  | CEP:    |
| Telefones - Comercial: (11) _____ Celular: ( ) _____ |         |
| E-mail:  |         |

#### 1.3. Dados de contato emergencial

|  |         |
|--|---------|
| Nome:  |         |
| RG:  | CPF:    |
| Endereço:  | Bairro: |
| Município-UF:  | CEP:    |
| Telefones - Comercial: (11) _____ Celular: ( ) _____ |         |
| E-mail:  |         |

## 2. Eixo de atuação – Atendimento:

### 2.1. Classificação

Informe a Classificação Nacional de Atividades Econômicas – CNAE, conforme consta no CNPJ:

### 2.2. Público assistido

| Sim/Não | Descrição                      | Quantidade |
|---------|--------------------------------|------------|
|         | Primeira Infância – 0 a 6 anos |            |
|         | Crianças – 7 a 14 anos         |            |
|         | Adolescentes – 15 a 18 anos    |            |

|  |                           |  |
|--|---------------------------|--|
|  | Adultos – 18 a 59 anos    |  |
|  | Idosos – Acima de 60 anos |  |
|  | Família                   |  |

### 2.2.1. Informações sobre o público assistido

|  |
|--|
| Descrever abaixo a situação de alimentação e de segurança alimentar do público assistido |
|  |
| Indicar abaixo o(s) território(s) em que a população assistida é atendida                |
|  |

### 2.3. Horário de atendimento

| Sim/Não | Dia da semana               | Horário de funcionamento |
|---------|-----------------------------|--------------------------|
|         | Segunda-feira a sexta-feira |                          |
|         | Sábado                      |                          |
|         | Domingo                     |                          |
|         | Feriado                     |                          |
|         | Outro (indicar):            |                          |

## 3. Parceiros:

### 3.1. Parceria (Termo de Colaboração ou Termo de Fomento) com a Administração Pública

| Sim/Não | Esfera                         | Em caso positivo, indicar o nome da Secretaria ou Ministério, o nome do projeto e se há repasse específico para alimentação. |
|---------|--------------------------------|--|
|         | Governo Federal do Brasil      |  |
|         | Governo do Estado de São Paulo |  |
|         | Prefeitura de São Paulo        |  |

### 3.2. Demais parcerias

| Sim/Não | Entidade                                       | Nome da entidade e do projeto |
|---------|--|-------------------------------|
|         | Instituição de Ensino (escola ou universidade) |                               |
|         | Empresas                                       |                               |
|         | Organização da Sociedade Civil                 |                               |
|         | Instituição religiosa                          |                               |
|         | Outro (indicar):                               |                               |

## 4. Estrutura da entidade:

| Sim/Não | Espaço  | Quantidade | Porte (P, M ou G) |
|---------|---|------------|-------------------|
|         | Sanitários  |            |                   |
|         | Copa/Cozinha  |            |                   |
|         | Refeitório  |            |                   |
|         | Salas de atendimento em grupo/atividades comunitárias |            |                   |
|         | Outros (indicar):                                     |            |                   |

## 5. Alimentação do público assistido:

### 5.1. Caso a entidade realize o preparo de refeições:

| Sim/Não | Refeição                                | Número de pessoas servidas |
|---------|---|----------------------------|
|         | Café da manhã                           |                            |
|         | Almoço                                  |                            |
|         | Lanche da tarde                         |                            |
|         | Sopão                                   |                            |
|         | Jantar                                  |                            |
|         | <b>Número total de pessoas servidas</b> |                            |

|   |
|---|
| O custeio das refeições oferecidas é oriundo de convênio? |
|---|

## 6. Pessoas autorizadas pela entidade a retirar as doações:

| Nome | E-mail e telefone |
|------|-------------------|
|      |                   |
|      |                   |
|      |                   |

## 7. Fonte de recursos da entidade:

| Sim/Não | Fonte                     | Indicar o percentual aproximado ou a impossibilidade de fazê-lo |
|---------|---------------------------|---|
|         | Administração Pública     |   |
|         | Doação de pessoa física   |   |
|         | Doação de pessoa jurídica |   |
|         | Outros (indicar):         |   |
|         | Outros (indicar):         |   |

## 8. Veículo para a retirada das doações:

| A entidade possui veículo para a retirada das doações? S/N ( )        |                          |
|---|--------------------------|
| Em caso positivo, indicar os veículos no campo abaixo:                |                          |
| Veículo   | Capacidade de transporte |
|   |                          |
|   |                          |
|   |                          |
| A entidade vislumbra alternativa para a retirada das doações? S/N ( ) |                          |
| Em caso positivo, qual/quais? (indicar):                              |                          |

Termos em que pede deferimento.

São Paulo, [dia] de [mês] de [ano].

[nome do responsável legal]

[razão social da entidade assistencial]

## ANEXO II

### TERMO DE CIÊNCIA E COMPROMISSO

#### EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO SIMPLIFICADO N. 06/2020/SMDT

A [razão social da entidade assistencial], inscrita no CNPJ n. [00.000.000/0001-00], representada por seu(sua) [cargo/função], Sr.(a) [nome completo], inscrito(a) no CPF n. [000.000.000-00], com sede à [logradouro, número, complemento, bairro, cidade, Estado, CEP], com endereço eletrônico [e-mail] e telefone nº [11 00000-0000], doravante denominada entidade assistencial, resolve firmar o presente Termo de Ciência e Compromisso para fins de cadastramento no Programa Municipal Banco de Alimentos, sujeitando-se, no que couber, aos termos da Lei Municipal n. 13.327/2002, do Decreto Municipal n. 42.177/2002, da Lei Federal n. 13.019/2014, Decreto Municipal n. 57.575/2016, mediante as seguintes cláusulas e condições:

#### CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente instrumento tem por objeto as cláusulas de ciência e compromisso a serem observadas pela entidade assistencial interessada em cadastrar-se no Programa Municipal Banco de Alimento, nos termos da legislação referenciada no preâmbulo.

## **CLÁUSULA SEGUNDA – DAS CONDIÇÕES**

A entidade assistencial declara estar ciente de que:

**I** - O Programa Municipal Banco de Alimentos – PMBA tem como principais objetivos captar, coletar, receber, selecionar, armazenar e acondicionar toda espécie de alimento apto ao consumo humano, com ou sem valor comercial, com a finalidade de distribuí-los junto à parcela da população que se encontra em situação de vulnerabilidade, por meio das entidades assistenciais cadastradas no programa;

**II** - No âmbito do PMBA, são consideradas em situação de vulnerabilidade as pessoas ou famílias sob risco nutricional ou que não disponham de condições de acesso a refeições ou alimentos necessários à sua subsistência;

**III** - De maneira complementar, o PMBA tem como objetivo orientar, apoiar e qualificar as entidades assistenciais cadastradas em temas ligados à segurança alimentar e nutricional, especialmente, a educação alimentar e nutricional, o uso integral dos alimentos e combate ao desperdício e a segurança do alimento;

**IV** -Dentre a documentação exigida para o cadastramento, o presente instrumento cumpre o papel fundamental de informar as entidades assistenciais sobre as principais características e regras que regem o PMBA, trazendo à tona, além disso, as cláusulas de compromisso que condicionam a participação da entidade assistencial no PMBA;

**V** - A entidade assistencial está condicionada a distribuir gratuitamente as doações recebidas no âmbito do PMBA, sendo vedada a estipulação de contraprestação ou pagamento para a distribuição do alimento recebido;

**VI** - A não observância da vedação indicada no inciso anterior ou a prática de conduta equivalente que caracterize desvio de finalidade poderá acarretar a incidência do art. 73 da Lei Federal n. 13.019/2014, sem prejuízo de eventual configuração de responsabilidade criminal do representante legal, conforme indicado no inciso XIV da cláusula segunda do presente instrumento;

**VII** - A participação no PMBA envolve a atividade necessária de registro periódico, pela entidade assistencial, da quantidade de alimento arrecadado, aproveitado após a triagem e distribuído ao público assistido;

**VIII** - A equipe de gestão do Programa Municipal Banco de Alimentos poderá instituir meios de averiguação e de administração voltada a assegurar que os alimentos captados pela entidade assistencial no âmbito do PMBA estão sendo distribuídos adequadamente a famílias e pessoas em situação de vulnerabilidade;

**IX** - A distribuição dos alimentos será efetuada na ordem de cadastro das entidades assistenciais, da primeira da fila às conseqüentes, em sistema rodízio, observadas a viabilidade de retirada junto à unidade onde o PMBA é operacionalizado e a compatibilidade da natureza da entidade assistencial em relação aos itens disponíveis para a distribuição;

**X** - A ordem de distribuição poderá ser desconsiderada em situações de emergência e/ou calamidade, sendo que, a critério da Administração, os alimentos poderão ser encaminhados diretamente para a entidade assistencial à frente do atendimento da emergência;

**XI** - A entidade assistencial é responsável por providenciar os equipamentos e instrumentos adequados à execução das atividades do PMBA, bem como por garantir a segurança e a higiene dos alimentos e demais itens distribuídos no âmbito do PMBA, do recebimento à entrega aos beneficiários, atendendo às disposições da legislação sanitária municipal vigente;

**XII** - A equipe de gestão do PMBA procederá com visitas periódicas à entidade assistencial a partir da data do seu cadastramento, objetivando a verificação de suas instalações, a averiguação do registro do grupo assistido ou o acompanhamento das atividades desenvolvidas, sem



aviso prévio e de acordo com o planejamento do PMBA;

**XIII** - A entidade assistencial poderá ter o cadastro cancelado nos termos do art. 6º da Portaria nº 08, de 17/06/2020;

**XIV** - **Ao firmar o presente termo de ciência e compromisso, o responsável legal pela entidade assistencial declara estar ciente de que poderá ser responsabilizado criminalmente, nos termos do art. 372, § 1º, do Código Penal.**

#### **CLÁUSULA TERCEIRA – DO COMPROMISSO**

Ciente das condições, a entidade assistencial se compromete a:

**I** - Manter atualizada e disponível para consulta a documentação referente ao cadastramento no Programa Municipal Banco de Alimentos;

**II** - Apresentar cópia do certificado de participação em *curso de boas práticas e manipulação de alimentos* reconhecido pelo órgão municipal de vigilância sanitária ou pela Coordenadoria de Segurança Alimentar e Nutricional – COSAN da Secretaria Municipal de Desenvolvimento Econômico e Trabalho – SMDDET;

**III** - Atender às convocações da gestão do PMBA, participando de palestras, cursos, treinamento e atividades promovidas pertinentes ao programa;

**IV** - Garantir os instrumentos básicos necessários para a execução da ação, conforme indicado no item XI da cláusula segunda do presente instrumento;

**V** - Manter em sua equipe de trabalho profissionais aptos a conduzirem as atividades inerentes à ação de combate ao desperdício de alimentos, em especial, a manipulação, a triagem e o armazenamento dos alimentos; e de maneira diligente, providenciar as adequações necessárias para a correta manipulação e armazenamento dos alimentos até o momento de sua distribuição final;

**VI** - Realizar o levantamento periódico dos números referentes à coleta, ao aproveitamento (triagem) e à distribuição dos alimentos arrecadados (quantidade de pessoas e/ou famílias atendidas etc.), registrando os dados no documento apropriado, encaminhando-o no prazo estipulado pela gestão do PMBA;

**VII** - Permitir a visita periódica da gestão do PMBA nas imediações da entidade assistencial, com a eventual presença e participação de famílias assistidas para a sugestão e o debate de temas pertinentes à alimentação e segurança alimentar;

**VIII** - Distribuir gratuitamente as doações recebidas no âmbito do PMBA, sendo vedada a estipulação de contraprestação ou pagamento para a distribuição do alimento recebido;

**IX** - Orientar o público assistido pela entidade sobre as condições para retirada/recebimento dos alimentos, alertando-os sobre a proibição da comercialização destes alimentos, seja de maneira direta ou mediante preparo, além das demais informações pertinentes, como prazo de validade e forma adequada de utilização e armazenamento;

**X** - Cooperar, sempre que possível, para que os beneficiários advindos de outros programas municipais, como Programa Operação Trabalho – POT, cujo plano de trabalho tenha aderência às atividades do PMBA, e Programa Tem Saída, possam atuar na execução de apoio às tarefas inerentes às atividades do PMBA, conforme indicação da equipe de gestão do PMBA;

**XI** - Responder pela coleta, transporte, triagem, manipulação e doação/distribuição dos alimentos.

Sob tais condições, a [razão social da entidade assistencial] firma o presente Termo de Ciência e Compromisso, comprometendo-se a cumprir integralmente as suas cláusulas e condições, bem como a legislação disciplinadora do Programa Municipal Banco de Alimentos.

São Paulo, [dia] de [mês] de [ano].

[assinatura do representante legal da entidade assistencial]

### ANEXO III

#### MODELO DE RECURSO

#### EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO SIMPLIFICADO N. 06/2020/SMDET

A [razão social da entidade assistencial], inscrita no CNPJ n. [00.000.000/0001-00], representada por seu(sua) [cargo/função], Sr.(a) [nome completo], inscrito(a) no CPF n. [000.000.000-00], com sede à [logradouro, número, complemento, bairro, cidade, Estado, CEP], vem apresentar **recurso** fundamentado contra o resultado da classificação para fins de cadastramento no PMBA, conforme divulgado na lista publicada no Diário Oficial da Cidade de São Paulo no dia [00] de [mês] de 2020, pelas seguintes razões:

[descrever detalhadamente as razões pelas quais a entidade entende que a avaliação deve ser revisada, destacando o eventual erro ou elemento que não foi considerado pela Comissão de Avaliação]

Para tanto, este recurso segue acompanhado dos seguintes documentos que comprovam o alegado:

[elencar os documentos com título e descrição de cada um]

Assim, a entidade requer a revisão do resultado para fins de cadastramento, pois atende a todos os requisitos previstos neste Edital.

São Paulo, [dia] de [mês] de [ano].

[nome do responsável legal]

[razão social da entidade assistencial]



Documento assinado eletronicamente por **Aline Pereira Cardoso de Sá Barabinot, Secretário(a)**, em 09/07/2020, às 18:20, conforme art. 49 da Lei Municipal 14.141/2006 e art. 8º, inciso I do Decreto 55.838/2015



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site <http://processos.prefeitura.sp.gov.br>, informando o código verificador **030726312** e o código CRC **BC088B91**.

\*\*\*

(documento assinado eletronicamente)

**ALINE PEREIRA CARDOSO DE SÁ BARABINOT**

Secretária Municipal de Desenvolvimento Econômico e Trabalho