

Termo de Adesão – Monitoramento de Contatos 2.0

Anexo II (a que se refere a Resolução SS-110, de 22-07-2020) Termo de Adesão Pelo presente, o Município de _____, com sede na Rua _____, nº _____ CEP _____, neste ato representado por seu (Prefeito Municipal/Secretário Municipal de Saúde), Sr(a). _____, CPF/MF _____, manifestando interesse, declara, para os devidos fins, que está ciente e conforme com todos os termos e condições do “Projeto de Monitoramento de Contatos 2.0”.

Clausula Primeira

Do Objeto

Constitui objeto do presente Termo de Adesão a implantação de novo sistema para monitoramento e rastreamento de contatos e a cooperação com voluntários na atividade de monitoramento e rastreamento de casos confirmados e suspeitos de Covid-19, assim como seus respectivos contactantes.

O representante legal que este subscreve declara, perante a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, para todos os fins e efeitos, ter os poderes necessários e suficientes para implantação do sistema de monitoramento e rastreamento de contatos e para gestão do time de voluntários destinado ao seu município.

Clausula Segunda

Da Responsabilidade do Aderente

Implantar como prática de monitoramento a utilização do sistema de monitoramento e rastreamento de contatos fornecido pela Secretaria de Estado da Saúde;

-Cooperar com a Secretaria de Estado da Saúde na gestão dos dados de monitoramento e rastreamento;

Providenciar toda a infraestrutura local para permitir a integração com o sistema de monitoramento e rastreamento, incluindo computador e internet;

Se responsabilizar e gerir a atuação dos voluntários indicados pela Secretaria de Estado da Saúde, os quais entrarão através do Projeto de Voluntários Acadêmicos da Área das Ciências da Saúde, no processo de monitoramento e rastreamento de contatos, o qual é de responsabilidade do município;

Clausula Terceira

Da Vigência

O presente Termo de Adesão entra em vigor a partir da data de sua assinatura, podendo ser prorrogado, no interesse dos partícipes, mediante termo de prorrogação.

E por estarem os partícipes de acordo, assinam o presente em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para um só efeito.

Município / Prefeitura, em _____ de _____ de 2020

Prefeito / Secretário (a) Municipal de Saúde

Secretário Estadual de Saúde.

Ponto focal do projeto no município

Nome:

Função:

Telefone:

E-mail: