



**MUNICÍPIO DE ARIRANHA  
ESTADO DE SÃO PAULO**

**CNPJ. 45.117.116/0001-43**

Rua: Dr. Oliveira Neves, 476 - Telefone: 17-3576-9200 – Fax: 17-3576-9204 - CEP:  
15.960-000

e-mail: [secretaria@ariranha.sp.gov.br](mailto:secretaria@ariranha.sp.gov.br)

---

**CONTRATO Nº. 013/2025**

O MUNICÍPIO DE ARIRANHA, com sede na Rua Dr. Oliveira Neves nº 476 na cidade de Ariranha/SP, neste ato, sendo representada pelo Prefeito Municipal, o Senhor EMERSON ANTONIO TROVÓ, brasileiro, casado, portador do CPF/MF nº. 121.609.018-14 e Cédula de Identidade nº. 25.562.723 SSP/SP, residente e domiciliado, na Rua Camilo Campana, 152, Jardim São Domingos, na cidade de Ariranha/SP, Comarca de Santa Adélia, Estado de São Paulo, doravante designado MUNICÍPIO e a CASA DE APOIO, RECUPERAÇÃO E TRATAMENTO PARA DEPENDENTES QUÍMICOS CAMINHO DE LUZ, inscrita no C.N.P.J. sob nº 11.244.733/0001-98 com sede na Avenida Antonio Carvalho Neto, Nº. 670, Chácara Flora Araraquara, na cidade de Araraquara/SP, CEP: 14.805-325, telefone 16 997007117, 16 996035964, email: [comunidadecaminhodeliz@hotmail.com](mailto:comunidadecaminhodeliz@hotmail.com) neste ato representada pela Sra. LUANA BIAJIZ SILVESTRE, brasileira, portadora do RG nº. 46.036.286 e do CPF nº. 387.117.498-06, resolvem celebrar o presente, mediante as cláusulas e condições a seguir enunciada:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

**1.1** - Constitui objeto deste Contrato, determinar deveres e responsabilidades durante o tratamento e recuperação, segundo modelo psicossocial, às pessoas com transtornos decorrentes do uso ou abuso de substâncias psicoativas, prestado pela **CASA DE APOIO, RECUPERAÇÃO E TRATAMENTO PARA DEPENDENTES QUÍMICOS CAMINHO DE LUZ** ao residente C. H. C., através do Processo nº. 0000292-70.2025.8.26.0531 - Ação de Internação Compulsória, Com Pedido de Antecipação dos Efeitos da Tutela, ao qual ficando a Autora efetuar todos os procedimentos necessários à internação compulsória do réu, com o auxílio da Diretoria de Saúde e Higiene Pública de Ariranha/SP, ficando autorizado ainda o uso de força policial se necessário e do SAMU, se o caso, visto que pode haver necessidade de serviços especializados em caso de o réu prestar resistência.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES**

**2.1.** – O residente em tratamento na **CASA DE APOIO, RECUPERAÇÃO E TRATAMENTO PARA DEPENDENTES QUÍMICOS CAMINHO DE LUZ**, tem por obrigação seguir o programa de tratamento proposto, bem como participar da manutenção, limpeza e disciplina que a Casa determina.

**I – A CLÍNICA:**

**A)-** Tem por sua função a oferta de um ambiente protegido, técnica e esteticamente orientados, que forneça suporte e tratamento ao residente, de acordo com o programa terapêutico, adaptado às necessidades de cada caso. A permanência ou a



**MUNICÍPIO DE ARIRANHA**  
**ESTADO DE SÃO PAULO**

**CNPJ. 45.117.116/0001-43**

Rua: Dr. Oliveira Neves, 476 - Telefone: 17-3576-9200 – Fax: 17-3576-9204 - CEP:  
15.960-000

e-mail: [secretaria@ariranha.sp.gov.br](mailto:secretaria@ariranha.sp.gov.br)

---

exclusão do residente em processo de recuperação é de inteira responsabilidade da equipe técnica.

**B)** – Tem por vocação desenvolver um programa de recuperação em liberdade restrita, mantendo o direito do indivíduo intocável no que concerne ao ir e vir, portanto, no caso de ordem judicial, havendo fugas ou evasão do residente será feito um boletim de ocorrência policial e a família será comunicada por telefone.

**C)** – As visitas ao Residente em tratamento se restringem somente aos familiares, ou pessoas previamente autorizadas/agendadas, conforme determinação da Casa.

**D)** – Em caso de exclusão por parte da **CASA DE APOIO, RECUPERAÇÃO E TRATAMENTO PARA DEPENDENTES QUÍMICOS CAMINHO DE LUZ** ou por desistência do Residente, não haverá devolução de mensalidades pagas. No caso de desistência do tratamento, por parte do residente, ou familiar, antes do período estipulado neste Contrato, fica claro que será cobrado uma multa por quebra de Contrato, no valor de uma mensalidade vigente, que deverá ser paga no momento em que o residente deixar a Casa.

**E)** – Nos casos em que o residente apresentar problemas de saúde, que não seja o uso e abuso de S.P.A., a **CASA DE APOIO, RECUPERAÇÃO E TRATAMENTO PARA DEPENDENTES QUÍMICOS CAMINHO DE LUZ**, tomará providências com autorização assinada pela família.

**F)** – Todos os trabalhos realizados pelo residente, no período de sua internação nesta **CASA DE APOIO, RECUPERAÇÃO E TRATAMENTO PARA DEPENDENTES QUÍMICOS CAMINHO DE LUZ**, será de origem terapêutico ocupacional – (laborterapia).

**G)** – Os familiares do residente, para ter direito as visitas, deverão freqüentar grupos de apoio ligados a dependência química e álcool (amor exigente, alanon, naranon) e apresentar seus comprovantes de comparecimento junto à equipe técnica da **CASA DE APOIO, RECUPERAÇÃO E TRATAMENTO PARA DEPENDENTES QUÍMICOS CAMINHO DE LUZ**.

## **II – O MUNICÍPIO:**

**A) - O MUNICÍPIO** pagará à **CASA DE APOIO, RECUPERAÇÃO E TRATAMENTO PARA DEPENDENTES QUÍMICOS CAMINHO DE LUZ**, o valor de 7 parcelas de **R\$ 1.700,00 (UM MIL E SETECENTOS REAIS)** mensais, com vencimento todo dia 20 (vinte) de cada mês, mais **R\$ 1.000,00 (MIL REAIS)**, referente ao resgate, SENDO ASSIM A PRIMEIRA NOTA (RESGATE E PARCELA) SERÁ NO VALOR DE **R\$ 2.700,00 (DOIS MIL E SETECENTOS REAIS)**, após a **internação**, e as demais mensalidades serão pagas através de transferência bancária para o Banco Santander, Agência 3432, c/c 13004789-4 em nome da **CASA DE APOIO, RECUPERAÇÃO E TRATAMENTO PARA DEPENDENTES QUÍMICOS CAMINHO DE LUZ**. As notas fiscais deverão ser enviadas no e-mail: [planejamento@ariranha.sp.gov.br](mailto:planejamento@ariranha.sp.gov.br).



**MUNICÍPIO DE ARIRANHA  
ESTADO DE SÃO PAULO**

**CNPJ. 45.117.116/0001-43**

Rua: Dr. Oliveira Neves, 476 - Telefone: 17-3576-9200 – Fax: 17-3576-9204 - CEP:  
15.960-000

e-mail: secretaria@ariranha.sp.gov.br

---

**CLÁUSULA TERCEIRA - DA LIBERAÇÃO DOS RECURSOS**

**3.1** - Os recursos para a cobertura das despesas decorrentes deste Contrato serão liberados pela PREFEITURA no exercício de 2025 no valor total de **R\$ 12.900,00 (doze mil e novecentos reais)**. Tais recursos serão liberados pela PREFEITURA todo dia 05 (cinco) de cada mês, sendo que os recursos repassados pelo Município onerarão a classificação orçamentária: **0203 – FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL – 08.244.0003.2017.0000 – Manutenção do Fundo Municipal da Assistência Social – 3.3.90.39.00 – OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS – PESSOA JURÍDICA- 510.000- ASSISTÊNCIA SOCIAL - GERAL.**

**CLÁUSULA QUARTA – DA VIGÊNCIA**

**4.1** – O prazo do presente Contrato será de 6 (seis) meses.

**CLÁUSULA QUINTA – DO FORO**

**5.1.** – Os contratantes elegem o Foro da Comarca de Santa Adélia/SP, para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente Contrato.

E, por estarem concordes após lido e achado conforme, firmam os contratantes perante as testemunhas abaixo assinadas, o presente Contrato, em três (03) vias de igual teor e valor.

Ariranha/SP, 12 de maio de 2.025.

---

**Prefeitura Municipal de Ariranha  
EMERSON ANTONIO TROVÓ  
Contratante**

---

**CASA DE APOIO, RECUPERAÇÃO E TRATAMENTO PARA DEPENDENTES  
QUÍMICOS CAMINHO DE LUZ  
Contratada**

Testemunhas:

---

---