

#### Saúde

#### GABINETE DO SECRETÁRIO

#### Resolução SS - 63, de 3-7-2013

Altera a Resolução SS - 83, de 7-8-2012, que disciplina, no âmbito da Pasta, o atendimento aos pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA), com a participação, de forma complementar e integrada à rede psicossocial, de entidades especializadas, mediante a celebração de contratos ou convênios, e dá providências decorrentes.

O Secretário de Estado da Saúde, considerando:

a necessidade de introduzir na Política de Saúde do Estado de São Paulo o atendimento de pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA);

a insuficiência de equipamentos próprios do Estado para o atendimento desses pacientes;

a necessidade da criação de rede credenciada de instituições privadas especializadas no atendimento a esses pacientes, de forma complementar ao Sistema Único de Saúde;

Resolve:

Artigo 1º - Fica aprovada, no âmbito da Pasta, a convocação pública para seleção de instituições especializadas no atendimento de pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA), como especificado pelo Código Internacional de Doenças – CID, em sua décima versão: F84.0; F84.1; F84.5; F84.8; F84.9, com o objetivo de realizar cadastro de credenciados para eventual celebração de contrato ou convênio, quando o Poder Público necessitar, na forma do Edital de Convocação para credenciamento de instituições especializadas em atendimento a pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA).

Artigo 2º - O atendimento, de que trata a convocação para eventual contratação ou convênio, se destina aos indivíduos que apresentem laudo médico, subscrito por especialista em neurologia, neuropediatria ou psiquiatria, com título de especialista emitido por Associação de Especialidade e Associação Médica Brasileira ou Residência Médica reconhecida pelo MEC, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, atestando o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA) e indicando, de maneira justificada, tal modalidade de tratamento intensivo, devendo ainda seguir os critérios do protocolo estadual em TEA, anexando os documentos a seguir elencados:

instrumentos de livre uso (disponíveis no site da Secretaria), aplicados pelo médico ou por outro profissional de saúde habilitado:

o ABC (Autism Behavior Checklist/Checklist de comportamentos autistas – versão em português) ou M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers / Checklist modificado para autismo em crianças – versão em português) de acordo com a faixa-etária; e

o AGF (escala de avaliação global de funcionamento) avaliação psicossocial justificando a necessidade de atendimento especializado, nos moldes desta resolução, e informando sobre a existência de condições para inserção na educação inclusiva.

Artigo 3º - Fica estabelecido que o valor mensal a ser pago, pela Secretaria, para as entidades que vierem a ser cadastradas e firmarem contratos ou convênios com a Administração corresponderá à multiplicação do número de pacientes pelo valor de R\$ 2060,00 (dois mil e sessenta Reais) mensais para cada paciente atendido em regime de período integral (45 horas semanais) e R\$ 1236,00 (um mil duzentos e trinta e seis Reais) para o atendimento de meio período (22,5 horas semanais).

Artigo 4º - Os pacientes já inseridos em programa de tratamento nas entidades que já celebraram contrato, ou convênio, com a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e se apresentaram à convocação efetuada nos termos do edital aprovado pela Resolução SS Nº 83, de 7-8-2012 não serão prejudicados, devendo, o programa de tratamento da entidade, ser adequado aos termos dos contratos, ou convênios, aprovados por esta Resolução, dispensada a apresentação do laudo exigido pelo artigo 2º, uma vez já comprovadas, na oportunidade, as condições necessárias.

Artigo 5º - As entidades que participaram da convocação pública e celebraram contrato ou convênio com a Administração, nos moldes da Resolução nº 83/2012, terão os valores constantes dos respectivos ajustes alterados, em conformidade com o disposto no artigo 3º desta resolução, a partir da data de sua publicação.

Artigo 6º - Os interessados que atenderem as condições de participação constarão do cadastro de credenciados, da Secretaria, com os quais esta poderá, constatada a necessidade, celebrar contrato, se instituição privada com fins lucrativos, ou convênio, se instituição filantrópica sem fins lucrativos.

Artigo 7º - O cadastro de credenciados será permanente e os interessados poderão, a qualquer tempo, requerer sua inscrição ou atualização desta, desde que observadas as disposições normativas e regulamentares do SUS.

Artigo 8º - Caberá aos Departamentos Regionais de Saúde – DRS's, da Coordenadoria de Regiões de Saúde, promover a seleção das entidades interessadas, localizadas nas respectivas áreas de abrangência, mediante convocação pública, nos termos do edital que integra a presente.

Artigo 9º – Integram esta Resolução os seguintes anexos:

ANEXO - I – Minuta de edital de convocação para credenciamento de instituições especializadas em atendimento a pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA);

ANEXO II - Minuta de convênio a ser celebrado com entidades especializadas no atendimento aos portadores de TEA, sem fins lucrativos;

ANEXO III – Minuta de contrato a ser celebrado com entidades especializadas no atendimento aos portadores de TEA, com fins lucrativos.

Artigo 10 - Esta Resolução entra em vigor a partir da data da publicação.

#### ANEXO I MINUTA

#### EDITAL DE CONVOCAÇÃO PARA CREDENCIAMENTO DE INSTITUIÇÕES ESPECIALIZADAS EM ATENDIMENTO A PACIENTES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA), PARA EVENTUAL CELEBRAÇÃO DE CONTRATO OU CONVÊNIO.

O Estado de São Paulo, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, com sede na Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, n.º 188, São Paulo – Capital, neste ato representada pelo seu DIRETOR REGIONAL DE SAÚDE, DR....., (QUALIFICAÇÃO PESSOAL), portador do RG. n.º ....., CPF. n.º ....., doravante denominada SECRETARIA, torna público o presente Edital de Convocação, para fins de constituição de cadastro de credenciados de Instituições especializadas no atendimento a pacientes com Transtorno do Espectro Autista - TEA que se interessem em participar, de forma complementar e integrada à rede de atenção psicossocial do Sistema Único de Saúde, em conformidade com seus princípios e conceitos, estabelecidos pela Constituição Federal e Lei Orgânica de saúde nº 8080/1990, para eventual formalização de ajuste, o qual será processado, no que couber, em conformidade com a Lei Federal nº 8666/93, observadas as demais disposições aplicáveis à espécie, especialmente à regulamentação dos órgãos gestores do SUS.

Os documentos para habilitação das entidades interessadas deverão ser endereçados aos respectivos Departamentos Regionais de Saúde.

#### 1 - DO OBJETO

1.1 - Seleção de Instituições especializadas no atendimento de indivíduos com Transtorno do Espectro Autista (TEA), como especificado pelo Código Internacional de Doenças – CID, em sua décima versão: F84.0; F84.1;F84.5;F84.8;F84.9, com o objetivo de cadastramento de credenciamento para eventual celebração de contrato ou convênio, , na conformidade do Projeto Básico ou Plano de Trabalho que integrará o ajuste quando da eventual celebração.

1.2 - O atendimento de que trata a convocação para eventual contratação ou convênio se destina aos indivíduos que apresentem laudo médico de especialista em neurologia, neuropediatria ou psiquiatria, com título de especialista emitido por Associação de Especialidade e Associação Médica Brasileira ou residência médica reconhecida pelo MEC, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, atestando o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA) e indicando de maneira justificada tal modalidade de tratamento intensivo, devendo ainda seguir critérios do protocolo estadual em TEA, anexando os seguintes documentos elencados abaixo:  
instrumentos de livre uso (disponíveis no site da Secretaria), aplicados pelo médico ou por outro profissional de saúde habilitado:

o ABC (Autism Behavior Checklist/Checklist de comportamentos autistas – versão em português) ou M-CHAT (Modified

CHECKLIST TOR AUTISM IN TODDLERS / CHECKLIST modificado para autismo em crianças – versão em português) de acordo com a faixa-etária; e

o AGF (escala de avaliação global de funcionamento).

avaliação psicossocial justificando necessidade de atendimento especializado nos moldes desta resolução e se há condições para inserção na educação inclusiva.

1.3 - Não haverá prejuízo aos pacientes já inseridos em programa de tratamento nas entidades que já celebram convênio ou contrato com a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo e se apresentarem ao edital de convocação, devendo o programa de tratamento ser adequado aos termos do novo contrato ou convênio, sem necessidade de apresentação do laudo exigido no inciso 1.2.

1.4 - O atendimento aos pacientes com TEA inclui:

a) - Avaliações iniciais:

a.1 - Diagnóstico Médico

a.2- Avaliação Psicológica do Nível cognitivo e Comportamental;

a.3 - Diagnóstico psicopedagógico;

a.4 - Diagnóstico em Fonoaudiologia

a.5 - Avaliação em terapia ocupacional;

a.6 – diagnóstico em fisioterapia

b) Elaboração do plano terapêutico individualizado.

c) Execução do plano: inclusão nos grupos, oficinas e atendimentos individuais.

1.5 – Os regimes de tratamento são os seguintes:

a) Integral, 9 horas por dia, totalizando 45 horas semanais;

b) Meio Período: 22,5 horas semanais, podendo ser divididas ao longo da semana de acordo com o plano terapêutico de cada assistido (para pacientes inseridos na educação inclusiva ou que tenham indicação de menor número de horas de tratamento intensivo por semana).

1.6 – Tratando-se de entidade de assistência à saúde em que não é possível a interrupção do tratamento, a assistência será contínua, vedada a interrupção a título de férias.

1.7 - A presente seleção e celebração eventual de futuros ajustes visa atender as demandas existentes nos Departamentos Regionais de Saúde adiante indicados, e municípios das respectivas jurisdições:

DRS - I - DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE DA GRANDE SÃO PAULO;

DRS – II DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE DE ARAÇATUBA;

DRS - III - DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE DE ARARAQUARA;

DRS – IV - DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE DA BAIXADA SANTISTA;

DRS – V - DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE DE BARRETOS;

DRS -VI - DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE DE BAURÚ;

DRS -VII - DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE DE CAMPINAS;

DRS -VIII - DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE DE FRANCA;

DRS – IX - DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE DE MARÍLIA;

DRS X - DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE DE SAÚDE DE PIRACICABA;

DRS XI - DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE DE PRESIDENTE PRUDENTE;

DRS – XII - DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE DE REGISTRO;

DRS – XIII - DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO;

DRS – XIV - DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DA BOA VISTA;

DRS XV - DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO;

DRS – XVI - DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE DE SOROCABA;

DRS XVII - DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE DE TAUBATÉ.

1.8 - Conforme disposto no artigo 199, parágrafo primeiro, da Constituição Federal e artigo 25 da Lei 8080/90, terão preferência na participação do SUS, de forma complementar, as entidades filantrópicas e as sem fins lucrativos.

1.9 – Quando houver necessidade, esgotados os recursos próprios e os dos filantrópicos/sem fins lucrativos, o órgão gestor do SUS poderá buscar a complementação dos atendimentos médicos necessários à cobertura assistencial dentro as instituições credenciadas.

## 2 - DA REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS E REAJUSTE

2.1 - O valor total estimado do ajuste corresponderá ao número máximo de vagas disponibilizadas pela instituição aos pacientes do SUS/SP discriminadas na declaração descrita no PROJETO BÁSICO ou PLANO DE TRABALHO a ser elaborado quando da contratação ou celebração de convênio.

2.2 - O valor mensal a ser pago corresponderá à: multiplicação do número de pacientes pelo valor de R\$ 2060,00 (dois mil, e sessenta reais) mensais para cada paciente atendido em regime de período integral (45 horas semanais) e R\$ 1236,00 (um mil duzentos e trinta e seis reais) para o atendimento de meio período (22,5 horas semanais).

2.3 - O valor referido no item anterior inclui todas as despesas necessárias ao integral e regular cumprimento do ajuste; nele incluídos todos os custos diretos e indiretos, bem como os encargos, benefícios e despesas indiretas (BDI) e, demais despesas de qualquer natureza.

2.4 - O valor da prestação mensal devida pelo contratante ou conveniado será reajustado anualmente; mediante a aplicação da fórmula para métrica, estabelecida no §5º do artigo 1º da Resolução CC-79 de 12/12/03 a seguir descrita:

$R = Po \cdot [(IPC) - i]$

IPCo

Onde:

R = parcela de reajuste;

Po = preço inicial do contrato no mês de referenciados preços, ou preço do contrato no mês de aplicação do último reajuste;

IPC e IPCO = variação do IP e FIPE índice de Preço ao Consumidor ocorrida entre o mês de referência de preços ou o mês do último reajuste aplicado e o mês de aplicação do reajuste.

2.5 – A periodicidade do reajuste de preço dos contratos ou convênios será contada a partir da data da assinatura do contrato ou convênio.

2.6 - O pagamento previsto no item 2.2 será efetuado no prazo de até 5 (cinco) dias úteis após o recebimento da frequência mensal e notas fiscais/faturas.

2.7 - As notas fiscais/faturas, que apresentarem incorreções serão devolvidas à instituição credenciada para as devidas correções. Nesses casos, o prazo de que trata o item anterior começará a fluir a partir da data de apresentação da nota fiscal/fatura, sem incorreções.

### 3 – DA HABILITAÇÃO

#### 3.1 – HABILITAÇÃO JURÍDICA

a) Registro comercial, no caso de empresário;

b) Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, em se tratando de sociedades empresárias, e, no caso de sociedades por ações, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores;

c) Inscrição do ato constitutivo, no caso de sociedades simples, acompanhada de prova de diretoria em exercício;

d) Documentos de eleição ou designação dos atuais administradores.

#### 3.2 - REGULARIDADE FISCAL

a) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica

- CNPJ - do Ministério da Fazenda, sendo aceito documento extraído via INTERNET;

b) Prova de inscrição nos cadastros de contribuintes estadual e municipal, relativos ao domicílio ou sede da entidade, pertinentes ao seu ramo de atividade e compatíveis com o objeto;

c) Prova de regularidade para com as Fazendas Estadual e Municipal, do domicílio ou sede da entidade;

d) Certidão Negativa de Débito (CND), expedida pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), e ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço – FGTS, demonstrando situação regular no cumprimento dos encargos sociais instituídos por lei;

e) Certidão Negativa de Débitos dos tributos federais e da Dívida Ativa da União;

f) Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas (CNDT).

3.2.1 - Na hipótese de não constar prazo de validade nas certidões apresentadas a Administração aceitará como válidas as expedidas até 180 (cento e oitenta) dias imediatamente anteriores à data da sua apresentação.

#### 3.3 – QUALIFICAÇÃO ECONÔMICA FINANCEIRA

3.3.1 Para a aferição da qualificação econômica financeira a entidade deverá apresentar:

a) Certidão negativa de falência, concordata, recuperação judicial e extrajudicial, expedida pelo distribuído da sede da pessoa jurídica;

3.3.2 - Na hipótese de não constar prazo de validade nas certidões apresentadas a Administração aceitará como válidas as expedidas até 180 (cento e oitenta) dias imediatamente anteriores à data da sua apresentação.

#### 3.4 QUALIFICAÇÃO TÉCNICA

3.4.1 - A entidade interessada deverá apresentar declaração do responsável legal de que a entidade disponibilizará equipe técnica multidisciplinar adiante indicada, tendo como base o atendimento de até 50 (cinquenta) pacientes para o período integral, ou o equivalente em meio período:

a) 1 profissional em fonoaudiologia especialista em linguagem (30h/semana);

b) 1 profissional em fisioterapia (30h/semana);

c) 2 psicólogos (especialização/capacitação no atendimento aos TEA - 30h/semana cada um);

d) 1 Terapeuta Ocupacional (30h/semana);

e) 1 enfermeiro (30h/semana);

f) 1 médico com experiência em TEA (10h/semana);

3.4.1.2 – Para cada 25 pacientes adicionais em período integral (ou número proporcional de atendidos em meio período), deverá a entidade providenciar a contratação de, no mínimo, mais 30 horas de trabalho semanais de profissional de nível superior com formação nas áreas de saúde e/ou educação.

3.4.1.3 - Toda entidade contratada ou conveniada, além das categorias acima citadas, deverá contar com um profissional de nível médio para cada grupo de 5 pacientes atendidos em período integral (aplicando-se a proporcionalidade para os de meio período), entre técnicos em enfermagem, monitores ou educadores.

3.4.2 - A entidade deverá apresentar plano terapêutico individual com o objetivo de desenvolver no paciente assistido

capacidades nas atividades de vida diária, tais como: higiene, alimentação, exercícios físicos e lazer, de forma a aumentar a interação social, comunicação e comportamento, visando à melhoria em sua socialização, seu desenvolvimento psicossocial, auto-cuidado e autonomia, sendo desejável a co-participação do CAPS ou unidade Estadual de referência no desenho do referido plano.

3.4.4 – A entidade deverá ainda:

- a) manter quadro funcional com sua respectiva carga horária;
- b) apresentar comprovante de inscrição dos profissionais nos respectivos Conselhos Regionais;
- c) elaborar plano de atendimento coletivo, apontando as potencialidades e dificuldades de cada paciente, observando os avanços e a evolução para adquirir o máximo de autonomia possível desses pacientes;
- d) manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no credenciamento, e apresentar quando solicitado pela equipe técnica da CONTRATANTE, a relação do quadro funcional com sua respectiva carga horária e o comprovante de inscrição dos profissionais nos respectivos Conselhos Regionais;
- e) comunicar à SECRETARIA a constatação de quaisquer discrepâncias, omissões ou erros, inclusive transgressões às normas ou leis em vigor durante a execução do contrato;
- f) responsabilizar-se pela contratação e credenciamento dos profissionais necessários a execução, do objeto deste ajuste, correndo por sua conta exclusiva toda a responsabilidade, pelo ônus decorrentes das leis trabalhistas, previdenciárias e encargos sociais, bem como serão de sua exclusiva responsabilidade todos os tributos, contribuições fiscais e parafiscais decorrentes da execução deste ajuste;
- g) apresentar à contratante relatório da evolução de cada paciente em relação às metas traçadas no plano terapêutico individual, incluindo aplicação da ATEC - Autism Treatment Evaluation Checklist ou Checklist de avaliação do tratamento do autismo - no momento inicial e a cada 6 meses;
- h) apresentar à Secretaria declaração de que seguirá o “Protocolo do Estado de São Paulo de Diagnóstico, Tratamento e Encaminhamento de Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA)”, utilizando sempre que indicado métodos validados tais quais PECS (em português, Sistema de Comunicação por Troca de Imagens), ABA (Análise Aplicada do Comportamento) ou TEACCH (em português, Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Déficit relacionados com a Comunicação), sem prejuízo de outras técnicas que se façam necessárias no contexto de cada caso e família.
- i) apresentar à contratante parecer semestral quanto à necessidade de continuidade do tratamento intensivo, eventual indicação de diminuição da carga-horária ou indicação de encaminhamento para a rede territorial de CAPS ou unidade de referência do Estado;
- j) ter um CAPS de referência para cada paciente, próximo da residência do assistido, para encaminhamento quando da melhora do quadro que justificou o encaminhamento à contratada;
- k) encaminhar cada assistido para avaliação no CAPS de referência ou unidade Estadual de Referência, a cada 6 meses, para avaliar a evolução do caso e persistência da indicação desta modalidade de assistência, devendo o parecer ser encaminhado ao DRS;
- l) apresentar o cadastramento no CNES;
- m) apresentar, no momento da contratação ou celebração de convênio, Alvará de Funcionamento expedido pela Vigilância Sanitária.

#### 4 - OUTRAS COMPROVAÇÕES

4.1 - Relação do quadro funcional com sua respectiva carga horária, que deverá ser atualizada à época da formalização do contrato.

4.2 - Comprovante de inscrição dos profissionais nos respectivos Conselhos Regionais.

4.3 – Em se tratando de entidades sem fins lucrativos ou filantrópicas, deverão estas apresentar cópia do Certificado de Regularidade Cadastral de Entidade – CRCE.

#### 5 – DA APROVAÇÃO DO CREDENCIAMENTO

5.1 – As equipes técnicas da SECRETARIA - SES, por intermédio da Coordenadoria de Saúde Mental, Coordenadoria de Regiões de Saúde – CRS e respectivas Diretorias Regionais de Saúde- DRS, quando for o caso, procederão a vistoria nas instalações dos participantes interessados.

5.2 – A documentação apresentada será analisada pelas referidas equipes técnicas, constituídas por Regional, para esse fim, que divulgará no Diário Oficial do Estado – DOE e no site da [www.saude.sp.gov.br](http://www.saude.sp.gov.br) a relação dos participantes habilitados e inabilitados, podendo estes últimos, querendo, interpor recurso, no prazo de 05(cinco) dias, contados da data da divulgação.

5.3 – Os interessados que atenderem as condições de participação constarão do cadastro de credenciados da SES, que publicará a relação final destes.

#### 6 – DO PRAZO DE VALIDADE

6.1 - O Cadastro de credenciados é permanente e os interessados poderão, a qualquer tempo, requererem sua inscrição ou atualização deste, desde que atendidas as normas contidas na regulamentação do SUS.

## 7 – DA CONTRATAÇÃO

7.1 – A SECRETARIA - SES, sempre que o interesse público o exigir, poderá formalizar contratos ou convênios com as instituições especializadas credenciadas neste edital, observados os seguintes critérios: i) demanda existente; ii) proximidade da localização da entidade frente ao domicílio do paciente/responsável; iii) disponibilidade de vagas.

7.2 – Constitui condição para a celebração do ajuste a inexistência de registros em nome da credenciada no Cadastro Informativo dos Créditos não Quitados de órgãos e Entidades Estaduais do Estado de São Paulo – CADIN ESTADUAL, o qual será consultado por ocasião da respectiva celebração;

7.3 – A rescisão do ajuste pela inexecução total ou parcial, bem como a má execução dos serviços, acarretará, além das consequências acordadas e as previstas em lei ou regulamento, o descredenciamento do cadastro da SES.

7.4 – A vigência do ajuste celebrado com as instituições, está prevista para até 05 (cinco) anos, sem prejuízo das necessárias e constantes revisões das quantidades contratadas, em face à especificidade e natureza assistencial do ajuste.

## 8 – DAS SANÇÕES E DO DESCREDENCIAMENTO

8.1 – Se a contratada ou conveniada inadimplir as obrigações assumidas, no todo ou em parte, ficará sujeita às sanções previstas nos artigos 86 e 87 da Lei Federal nº 8666/93, nos artigos 80 e 81 da lei Estadual nº 6544/89 e Resolução SS 26/90.

8.2 – As multas são autônomas e a aplicação de uma não exclui a da outra.

8.3 – A prática de atos que configurem inadimplemento contratual ou descumprimento de regras do convênio, bem como que importem na rescisão unilateral do ajuste ou revogação do convênio, ambas por culpa da contratada/conveniada, acarretará o seu descredenciamento .

## 9 – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

9.1 – Não poderão participar desta seleção as entidades que mantêm contrato ou convênio com o município para o mesmo objeto de que trata esta convocação.

9.2 – A participação nesta seleção implica a aceitação integral e irretroatável pelo interessado dos termos deste Edital, não sendo aceita, sob qualquer hipótese, alegação do seu desconhecimento.

9.3 – A SECRETARIA – SES não se obriga pela presente seleção a formalizar ajuste com todos os interessados, mas apenas com aqueles cujos serviços ofertados forem reputados necessários ao atendimento da demanda.

9.4 – Quaisquer informações ou esclarecimentos poderão ser obtidos mediante solicitação escrita endereçada às Diretorias Regionais de Saúde.

9.5 – Os casos omissos da presente seleção serão solucionados pela Comissão ou pela Equipe Técnica da SES.

9.6 – Integram o presente edital os seguintes anexos

### ANEXO I – MINUTAS DE CONTRATO

### ANEXO II – MINUTA DE CONVÊNIO

#### ANEXO I

#### MINUTA DE CONTRATO

#### (AUTISTAS)

CONTRATO QUE ENTRE SI, CELEBRAM O ESTADO DE SÃO PAULO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DA SAÚDE, E A (O) ....., OBJETIVANDO O ATENDIMENTO ESPECIALIZADO A PACIENTES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA).

PROCESSO nº .....

CONTRATO nº .....

O Estado de São Paulo, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, com sede na Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, nº 188, São Paulo – Capital, neste ato representada por seu DIRETOR REGIONAL DE SAÚDE, DR....., (QUALIFICAÇÃO PESSOAL), portador do RG. n.º ....., CPF. n.º....., doravante denominada SECRETARIA, e, de outro lado,

(NOME DA Instituição), com sede , ....., com Estatuto/Contrato Social registrado no ....., inscrita no CNPJ sob nº ....., neste ato representada por seu representante legal, Sr. ...., cargo, ....., RG nº ....., CPF ....., doravante denominada simplesmente CONTRATADO(A), sujeitando-se às normas da Lei estadual nº 6.544/89, Lei federal nº 8.666/93 e demais normas regulamentares e às cláusulas contratuais a seguir avençadas, em conformidade com a Convocação Pública de Credenciamento nº....., Processo nº....., com inexigibilidade de licitação, nos termos de artigo 25 caput da lei Federal nº 8.666/93, nos termos da Proposta apresentada, em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, estabelecidos pela Constituição Federal, Lei Orgânica da Saúde nº 8080/90 e demais legislações que regem o SUS, têm entre si justos e acordados a celebração do presente contrato nas seguintes condições:

#### CLÁUSULA PRIMEIRA

## DO OBJETO

O objeto do presente contrato é a prestação de serviços pelo CONTRATADO, previamente credenciado e selecionado, para o atendimento de pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA), como especificado pelo Código Internacional de Doenças – CID, em sua Décima versão: F84.0; F84.1;F84.5;F84.8;F84.9 (autistas), na Região de ....., conforme Projeto Básico que integra o presente instrumento.

**PARÁGRAFO PRIMEIRO** – O atendimento de que trata este contrato se destina aos indivíduos que apresentem laudo médico de especialista em neurologia, neuropsiquiatria ou psiquiatria, com título de especialista emitido por Associação de Especialidade e Associação Médica Brasileira ou residência médica reconhecida pelo MEC, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, atestando o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA) e indicando de, maneira justificada, tal modalidade de tratamento intensivo, devendo ainda seguir critérios do protocolo estadual em TEA, anexando os seguintes documentos elencados abaixo:

\* instrumentos de livre uso, aplicados pelo médico ou por outro profissional de saúde habilitado:

o ABC (Autism Behavior Checklist/Checklist de comportamentos autistas) ou M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers / Checklist modificado para autismo em crianças) de acordo com a faixa-etária; e

o AGF (escala de avaliação global de funcionamento)

\* avaliação psicossocial indicando entidade especializada nos moldes desta resolução.

**PARÁGRAFO SEGUNDO** - O atendimento aos pacientes com TEA inclui:

a) - Avaliações iniciais:

a.1 - Diagnóstico Médico;

a.2- Avaliação Psicológica do Nível cognitivo e Comportamental;

a3 - Diagnóstico psicopedagógico;

a4 - Diagnóstico em Fonoaudiologia

a5 - Avaliação em terapia ocupacional;

a6 – diagnóstico em fisioterapia.

b) Elaboração do plano terapêutico individualizado.

c) Execução do plano: inclusão nos grupos, oficinas e atendimentos individuais.

**PARÁGRAFO TERCEIRO** – Os regimes de tratamento são os seguintes:

c) Integral, 9 horas por dia, totalizando 45 horas semanais;

d) Meio Período: 22,5 horas semanais, podendo ser divididas ao longo da semana de acordo com o plano terapêutico de cada assistido (para pacientes inseridos na educação inclusiva ou que tenham indicação de menor número de horas de tratamento intensivo por semana).

## CLÁUSULA SEGUNDA

### DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO (A) CONTRATADO

(A)

Constitui obrigação do (A) CONTRATADO(A):

a) desenvolver os serviços objeto deste contrato com pessoal adequado e capacitado, em todos os níveis de trabalho, dispondo de equipe técnica multidisciplinar composta por no mínimo, tendo como base o atendimento de até 50 pacientes:

1 profissional em fonoaudiologia especialista em linguagem (30h/semana);

1 profissional em fisioterapia (30h/semana);

2 psicólogos (especialização/capacitação no atendimento aos TEA - 30h/semana cada um);

1 Terapeuta Ocupacional (30h/semana);

1 enfermeiro (30h/semana);

1 médico com experiência em TEA (10h/semana);

a.1) – Para cada 25 pacientes adicionais em período integral (ou número proporcional de atendidos em meio período), deverá a entidade providenciar a contratação de, no mínimo, mais 30 horas de trabalho semanais de profissional de nível superior com formação nas áreas de saúde e/ou educação.

a.2) - Toda entidade contratada, além das categorias acima citadas, deverá contar com um profissional de nível médio para cada grupo de 5 pacientes atendidos em período integral (aplicando-se a proporcionalidade para os de meio período), entre técnicos em enfermagem, monitores ou educadores.

b) A entidade deverá apresentar plano terapêutico individual com o objetivo de desenvolver no paciente assistido capacidades nas atividades de vida diária, tais como: higiene alimentação, exercícios físicos e lazer, de forma a aumentar a interação social, comunicação e comportamento, visando à melhoria em sua socialização, seu desenvolvimento psicossocial, auto-cuidado e autonomia, sendo desejável a co-participação do CAPS ou unidade Estadual de referência no desenho do referido plano.

c) manter quadro funcional com sua respectiva carga horária;

d) Apresentar comprovante de inscrição dos profissionais nos respectivos Conselhos Regionais;

e) elaborar plano de atendimento individual e coletivo, apontando as potencialidades e dificuldades de cada paciente, observando os avanços e a evolução para adquirir o máximo de autonomia possível desses pacientes;

f) manter, durante toda a execução do contrato, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as

condições de habilitação e qualificação exigidas no credenciamento, e apresentar quando solicitado pela equipe técnica da CONTRATANTE, a relação do quadro funcional com sua respectiva carga horária e o comprovante de inscrição dos profissionais nos respectivos Conselhos Regionais;

g) Comunicar à SECRETARIA a constatação de quaisquer discrepâncias, omissões ou erros, inclusive transgressões às normas ou leis em vigor durante a execução do contrato;

h) responsabilizar-se pela contratação e credenciamento dos profissionais necessários à execução do objeto deste ajuste, correndo por sua conta exclusiva toda a responsabilidade, pelo ônus decorrentes das leis trabalhistas, previdenciárias e encargos sociais, bem como serão de sua exclusiva responsabilidade todos os tributos, contribuições fiscais e parafiscais decorrentes da execução deste ajuste.

i) apresentar à Secretaria declaração de que seguirá o

“Protocolo do Estado de São Paulo de Diagnóstico, Tratamento e Encaminhamento de Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA)”, utilizando sempre que indicado métodos validados tais quais PECS (em português, Sistema de Comunicação por Troca de Imagens), ABA (Análise Aplicada do Comportamento) ou TEACCH (em português, Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Déficit relacionados com a Comunicação), sem prejuízo de outras técnicas que se façam necessárias no contexto de cada caso e família.

j) Apresentar à contratante relatório da evolução de cada paciente em relação às metas traçadas no plano terapêutico individual, incluindo aplicação da ATEC - Autism Treatment Evaluation Checklist ou Checklist de avaliação do tratamento do autismo - no momento inicial e a cada 6 meses.

k) Apresentar à contratante parecer semestral quanto à necessidade de continuidade do tratamento intensivo, eventual indicação de diminuição da carga-horária ou indicação de encaminhamento para a rede territorial de CAPS ou unidade de referência do Estado.

l) Ter um CAPS de referência para cada paciente, próximo da residência do assistido, para encaminhamento quando da melhora do quadro que justificou o encaminhamento à contratada.

m) Encaminhar cada assistido para avaliação no CAPS de referência ou unidade Estadual de Referência, a cada 6 meses, para avaliar a evolução do caso e persistência da indicação desta modalidade de assistência, devendo o parecer ser encaminhado ao DRS.

n) fornecer refeições correspondentes ao período de permanência dos pacientes na instituição.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - O CONTRATADO é responsável por todos os encargos trabalhistas; previdenciários, securitários, fiscais e comerciais decorrentes da execução dos serviços objeto desta contratação, cabendo ao CONTRATANTE apenas o pagamento do preço estipulado no presente contrato;

PARÁGRAFO SEGUNDO – O CONTRATADO é responsável, por si ou seus pressupostos, pelos danos causados à Administração ou a pacientes atendidos, decorrentes de culpa ou dolo, na execução do objeto contratado.

PARÁGRAFO TERCEIRO - Tratando-se de entidade de assistência à saúde em que não seja possível a interrupção do tratamento, a assistência será contínua, vedada a interrupção a título de férias.

### CLÁUSULA TERCEIRA

#### DAS OBRIGAÇÕES E DAS RESPONSABILIDADES DA SECRETARIA

Constituem obrigações da SECRETARIA:

a) efetuar o pagamento devido no prazo e condições estabelecidos neste contrato.

b) facilitar, por todos os meios, o exercício das funções do (a) CONTRATADO(A),

c) responsabilizar-se por fornecer ao (à) CONTRATADO( A) as orientações e os elementos indispensáveis ao cumprimento do objeto.

d) auditar o cumprimento do disposto no contrato, através de inspeções e avaliações presenciais e dos relatórios.

e) Na ausência de CAPS ou unidade estadual de referência na região do(a) Contratado(a), indicar serviço de saúde onde será feita a articulação com a rede, ou isentar o(a) Contratado(a) desta obrigação.

### CLÁUSULA QUARTA

#### DO PREÇO

O valor total estimado do ajuste corresponderá ao número de vagas máximo de vagas disponibilizadas pela instituição aos pacientes do SUS/SP discriminadas na declaração descrita no PROJETO BÁSICO a ser elaborado quando da contratação.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - O valor mensal a ser pago corresponderá à: multiplicação do número de pacientes pelo valor de R\$ 2060,00 (dois mil, e sessenta Reais) mensais para cada paciente atendido em regime de período integral (45 horas semanais) e R\$ 1236,00 (um mil duzentos e trinta e seis Reais) para o atendimento de meio período (22,5 horas semanais).

PARÁGRAFO SEGUNDO - O valor referido no item anterior inclui todas as despesas necessárias ao integral e regular cumprimento do ajuste; nele estão incluídos todos os custos diretos e indiretos, bem como os encargos, benefícios e despesas indiretas (BDI) e, demais despesas de qualquer natureza.

### CLÁUSULA QUINTA

#### DO REAJUSTE E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

- O valor da prestação mensal devida pelo contratante ou conveniado será reajustado anualmente; mediante a aplicação

da fórmula para métrica, estabelecida no §5º do artigo 1º da Resolução CC-79 de 12/12/03 a seguir descrita:

$R = P_o \cdot [(IPC) - i]$

IPCo

Onde:

R = parcela de reajuste;

Po = preço inicial do contrato no mês de referenciados preços, ou preço do contrato no mês de, aplicação do último reajuste;

IPC e IPCO = variação do IP e FIPE índice de Preço ao Consumidor ocorrida entre o mês de referência de preços ou o mês do último reajuste aplicado e o mês de aplicação do reajuste.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - A periodicidade do reajuste de preço dos contratos ou convênios será contada a partir da data da assinatura do contrato ou convênio.

PARÁGRAFO SEGUNDO - O pagamento previsto na cláusula quarta – parágrafo primeiro será efetuado no prazo de até 5 (cinco) dias úteis após o recebimento da frequência mensal e notas fiscais/faturas.

PARÁGRAFO TERCEIRO - As notas fiscais/faturas, que apresentarem incorreções serão devolvidas à instituição credenciada para as devidas correções. Nesses casos, o prazo de que trata o item anterior começará a fluir a partir da data de apresentação da nota fiscal/fatura, sem incorreções.

PARÁGRAFO QUARTO - O pagamento será efetuado pela divisão de finanças da SECRETARIA mediante crédito em conta corrente indicada pelo(a) CONTRATADO(A), junto ao Banco Brasil S.A, à vista das respectivas notas fiscais/faturas e mediante comprovação de pagamentos da seguridade social (INSS) e FGTS.

PARÁGRAFO QUINTO - Constitui condição para a realização dos pagamentos a inexistência de registros em nome da Contratada no Cadastro Informativo dos Créditos não Quitados de Órgãos e Entidades Estaduais do Estado de São Paulo – CADIN ESTADUAL, o qual será consultado por ocasião da realização de cada pagamento.

PARÁGRAFO SEXTO - Havendo atraso no pagamento, sobre o valor devido incidirá correção monetária, nos termos do artigo 74. da Lei Estadual nº 6.544/89, bem como juros moratórios, à razão de 0,5 (meio) por cento ao mês, calculados pro-ratempore em relação ao atraso ocorrido.

#### CLÁUSULA SEXTA

##### DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

A despesa estimada do presente contrato no valor total de R\$ (.....) correrá à conta da dotação orçamentária deste exercício de 2013, na seguinte classificação orçamentária,....., sendo que para o próximo exercício de 2014, a despesa prevista em R\$..... onerará a dotação orçamentária do próximo exercício de 2014.

#### CLÁUSULA SÉTIMA

##### DA ALTERAÇÃO DO CONTRATO

O presente contrato está sujeito às alterações previstas nos artigos 52, §1, e 62, da Lei Estadual nº 6.544/89, artigos 57, § 1 e 65, da Lei Federal nº 8.666/93 e Resolução SS-26/90, unilateralmente ou por acordo entre as partes

PARÁGRAFO PRIMEIRO - O(A) CONTRATADO(A) obriga-se

a aceitar, nas mesmas condições contratuais, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessários, a critério da SECRETARIA, respeitado o limite fixado no artigo 62, parágrafo 1º da Lei estadual nº 6.544/89 e nos parágrafos 10 e 20 artigo 65 da Lei Federal nº 8.666/93;

PARÁGRAFO SEGUNDO – A eventual alteração do ajuste será obrigatoriamente formalizada por meio de Termo Aditivo ao presente Contrato.

#### CLAÚSULA OITAVA

##### DAS SANÇÕES E DO DESCREDENCIAMENTO

Se a contratada inadimplir as obrigações assumidas, no todo ou em parte, ficará sujeita às sanções previstas nos artigos 86 e 87 da Lei Federal nº 8666/93, nos artigos 80 e 81 da lei Estadual nº 6544/89 e Resolução SS-26/90

PARÁGRAFO PRIMEIRO - As multas são autônomas e a aplicação de uma não exclui a da outra.

PARÁGRAFO SEGUNDO - A prática de atos que configurem inadimplemento contratual, bem como que importem na rescisão unilateral do ajuste por culpa da contratada, acarretará o seu descredenciamento.

PARÁGRAFO TERCEIRO - Salvo ocorrência de caso fortuito ou de força maior; devidamente comprovados, o descumprimento, pelo (a) CONTRATADO (A), de suas obrigações ou a infringência de preceitos legais implicarão, segundo a gravidade da falta, na aplicação das seguintes penalidades:

a) advertência, sempre que forem constatadas irregularidades de pouca gravidade a juízo da SECRETARIA para as quais tenha o(a) CONTRATADO(A) concorrido diretamente, situação que será registrada no Cadastro de Fornecedores do SIAFÍSICO;

b) multa de 10% (dez por cento), do valor total do contrato, no caso de inexecução total da obrigação;

c) multa de 1% (um por cento) do valor referente à parte da obrigação não cumprida, no caso de inexecução parcial da obrigação;

d) 0,03% (três centésimos por cento) ao dia, no caso de descumprimento das obrigações contidas na Cláusula Segunda.

PARÁGRAFO QUARTO - As multas são autônomas e a aplicação de uma não exclui a da outra,

PARÁGRAFO QUINTO - A prática de atos que configurem completo inadimplemento contratual; bem como que importem na rescisão unilateral do contrato por culpa da contratada e aplicação de sanções restritivas do direito de licitar e contratar com a Administração, acarretarão o seu descredenciamento.

PARÁGRAFO SEXTO - As multas previstas neste Contrato têm caráter moratório, conseqüentemente o seu pagamento não exime o(a) CONTRATADO(A) da reparação dos eventuais danos, perdas ou prejuízos que seu ato punível venha acarretar à SECRETARIA.

PARÁGRAFO SÉTIMO - As penalidades pecuniárias serão, sempre que possível e independentemente de qualquer aviso ou notificação judicial ou extrajudicial, descontadas dos créditos do(a) CONTRATADO(A) ou, se for o caso, cobradas administrativa ou judicialmente.

#### CLÁUSULA NONA

##### DA RESCISÃO E RECONHECIMENTO DOS DIREITOS DA SECRETARIA

O contrato poderá ser rescindido pelos motivos e com as conseqüências previstas nos artigos 75 e 82 da Lei Estadual nº 6.544/89 artigo 77 a 80 e 86 a 87 da lei Federal nº 8.666/93; sem prejuízo da aplicação das penalidades cabíveis;

PARÁGRAFO PRIMEIRO - A rescisão por inexecução total ou parcial dos serviços ou, ainda, pelo descumprimento das obrigações objeto deste contrato acarretará, além das penalidades cabíveis, o descredenciamento imediato da instituição educacional.

PARÁGRAFO SEGUNDO - O(A) CONTRATADO(A) reconhece, desde já, os direitos da SECRETARIA nos casos de rescisão administrativa, prevista no artigo 79 da lei Federal nº 8.666/93 e no artigo 77 da Lei Estadual nº 6.544/89.

#### CLAUSULA DÉCIMA

##### COORDENAÇÃO DOS SERVIÇOS

As partes designarão um representante, denominado gestor do contrato, com poderes para adotar as providências necessárias ao bom andamento dos serviços, respeitando os limites estabelecidos neste instrumento, através dos quais serão feitos os contatos recíprocos;

PARÁGRAFO PRIMEIRO - Os representantes deverão ser indicados pelas partes em até 5 (cinco) dias úteis contados da assinatura do contrato.

PARÁGRAFO SEGUNDO - Todas as solicitações, envio de documentos e comunicações relativas a este contrato deverão sempre ser feitas por intermédio dos representantes/gestores indicados.

PARÁGRAFO TERCEIRO - Os representantes das partes, de comum acordo, proporão as eventuais alterações que se fizerem necessárias para o bom andamento dos serviços, cabendo, porém, exclusivamente aos representantes legais das mesmas, aceitar condições de serviço diversas das estabelecidas neste contrato .

#### CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA

##### DA VIGÊNCIA

O prazo de vigência do contrato é de 12 (doze) meses contados a partir da data da sua assinatura, podendo ser prorrogado por igual período até o limite de 60 (sessenta) meses, mediante Termo Aditivo.

#### CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA

##### DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Aplicam-se às omissões deste contrato os princípios e as disposições legais e regulamentares que regem a matéria especialmente a Lei Federal nº 8.666/93, sendo considerado partes integrantes do presente contrato o Edital de Credenciamento e seus anexos, bem como-as normas regulamentares expedidas pela Secretaria de Saúde.

Fica eleito o Foro da Comarca da Capital do Estado de São Paulo para dirimir as questões decorrentes da presente contratação com expressa renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem assim justos e contratados, assinam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor.

São Paulo, de ..... de 2013

#### SECRETARIA INSTITUIÇÃO

##### TESTEMUNHAS:

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_  
RG Nº

#### ANEXO II

##### MINUTA DE CONVÊNIO

##### (AUTISTAS)

CONVÊNIO QUE ENTRE SI, CELEBRAM O ESTADO DE SÃO PAULO, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA DA SAÚDE, E A (O) ....., OBJETIVANDO O ATENDIMENTO ESPECIALIZADO A PACIENTES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA).

PROCESSO nº .....

CONVÊNIO nº .....

O Estado de São Paulo, por intermédio da Secretaria de Estado da Saúde, com sede na Av. Dr. Eneas de Carvalho Aguiar, n.º 188, São Paulo – Capital, neste ato representada por seu DIRETOR REGIONAL DE SAÚDE, DR....., (QUALIFICAÇÃO PESSOAL), portador do RG. n.º ....., CPF. n.º ....., doravante denominada SECRETARIA, e, de outro lado, (NOME DA Instituição), com sede, ....., com Estatuto/ contrato Social registrado no ....., inscrita no CNPJ sob n.º ....., neste ato representada por seu representante legal, Sr. ...., cargo, ....., RG n.º ....., CPF ....., doravante denominada simplesmente CONVENIADO(A), sujeitando-se às normas da Lei estadual n.º 6.544/89, Lei federal n.º 8.666/93 e demais normas regulamentares e às cláusulas a seguir avençadas, em conformidade com a Convocação Pública de Credenciamento n.º....., Processo n.º....., com inexigibilidade de licitação, nos termos de artigo 25 caput da lei Federal n.º 8.666/93, nos termos da Proposta apresentada, em conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde – SUS, estabelecidos pela Constituição Federal, Lei Orgânica da Saúde n.º 8080/90 e demais legislações que regem o SUS, têm entre si justos e acordados a celebração do presente CONVÊNIO nas seguintes condições:

#### CLÁUSULA PRIMEIRA DO OBJETO

O objeto do presente CONVÊNIO é a prestação de serviços pelo CONVENIADO, previamente credenciado e selecionado, para o atendimento de pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA), como especificado pelo Código Internacional de Doenças – CID, em sua Décima versão: F84.0; F84.1;F84.5;F84.8;F84.9 (autistas), na Região de ....., conforme Projeto Básico que integra o presente instrumento.

PARÁGRAFO PRIMEIRO – O atendimento de que trata este CONVÊNIO se destina aos indivíduos que apresentem laudo médico de especialista em neurologia, neuropediatria ou psiquiatria, com título de especialista emitido por Associação de Especialidade e Associação Médica Brasileira ou residência médica reconhecida pelo MEC, devidamente registrado no Conselho Regional de Medicina, atestando o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA) e indicando de, maneira justificada, tal modalidade de tratamento intensivo, devendo ainda seguir critérios do protocolo estadual em TEA, anexando os seguintes documentos elencados abaixo:

instrumentos de livre uso, aplicados pelo médico ou por outro profissional de saúde habilitado:

o ABC (Autism Behavior Checklist/Checklist de comportamentos autistas) ou M-CHAT (Modified Checklist for Autism in Toddlers / Checklist modificado para autismo em crianças) de acordo com a faixa-etária; e

o AGF (escala de avaliação global de funcionamento) avaliação psicossocial indicando entidade especializada nos moldes desta resolução.

PARÁGRAFO SEGUNDO - O atendimento aos pacientes com TEA inclui:

a) - Avaliações iniciais:

a.1 - Diagnóstico Médico;

a.2- Avaliação Psicológica do Nível cognitivo e Comportamental;

a3 - Diagnóstico psicopedagógico;

a4 - Diagnóstico em Fonoaudiologia

a5 - Avaliação em terapia ocupacional;

a6 – diagnóstico em fisioterapia.

d) Elaboração do plano terapêutico individualizado.

e) Execução do plano: inclusão nos grupos, oficinas e atendimentos individuais.

PARÁGRAFO TERCEIRO – Os regimes de tratamento são os seguintes:

e) Integral, 9 horas por dia, totalizando 45 horas semanais;

f) Meio Período: 22,5 horas semanais, podendo ser divididas ao longo da semana de acordo com o plano terapêutico de cada assistido (para pacientes inseridos na educação inclusiva ou que tenham indicação de menor número de horas de tratamento intensivo por semana).

#### CLÁUSULA SEGUNDA

##### DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO (A) CONVENIADO (A)

Constitui obrigação do (A) CONVENIADO(A):

b) desenvolver os serviços objeto deste CONVÊNIO com pessoal adequado e capacitado, em todos os níveis de trabalho, dispondo de equipe técnica multidisciplinar composta por no mínimo, tendo como base o atendimento de até 50 pacientes:

1 profissional em fonoaudiologia especialista em linguagem (30h/semana);

1 profissional em fisioterapia (30h/semana);

2 psicólogos (especialização/capacitação no atendimento aos TEA - 30h/semana cada um);

1 Terapeuta Ocupacional (30h/semana);

1 enfermeiro (30h/semana);

1 médico com experiência em TEA (10h/semana);

- a.1) – Para cada 25 pacientes adicionais em período integral (ou número proporcional de atendidos em meio período), deverá a entidade providenciar a contratação de, no mínimo, mais 30 horas de trabalho semanais de profissional de nível superior com formação nas áreas de saúde e/ou educação.
- a.2) - Toda entidade conveniada, além das categorias acima citadas, deverá contar com um profissional de nível médio para cada grupo de 5 pacientes atendidos em período integral (aplicando-se a proporcionalidade para os de meio período), entre técnicos em enfermagem, monitores ou educadores.
- b) A entidade deverá apresentar plano terapêutico individual com o objetivo de desenvolver no paciente assistido capacidades nas atividades de vida diária, tais como: higiene, alimentação, exercícios físicos e lazer, de forma a aumentar a interação social, comunicação e comportamento, visando à melhoria em sua socialização, seu desenvolvimento psicossocial, auto-cuidado e autonomia, sendo desejável a co-participação do CAPS ou unidade Estadual de referência no desenho do referido plano.
- c) manter quadro funcional com sua respectiva carga horária;
- d) Apresentar comprovante de inscrição dos profissionais nos respectivos Conselhos Regionais;
- e) elaborar plano de atendimento individual e coletivo, apontando as potencialidades e dificuldades de cada paciente, observando os avanços e a evolução para adquirir o máximo de autonomia possível desses pacientes;
- f) manter, durante toda a execução do CONVÊNIO, em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições de habilitação e qualificação exigidas no credenciamento, e apresentar quando solicitado pela equipe técnica da SECRETARIA a relação do quadro funcional com sua respectiva carga horária e o comprovante de inscrição dos profissionais nos respectivos Conselhos Regionais;
- g) Comunicar à SECRETARIA a constatação de quaisquer discrepâncias, omissões ou erros, inclusive transgressões às normas ou leis em vigor durante a execução do CONVÊNIO;
- h) responsabilizar-se pela contratação e credenciamento dos profissionais necessários à execução do objeto deste ajuste, correndo por sua conta exclusiva toda a responsabilidade, pelo ônus decorrentes das leis trabalhistas, previdenciárias e encargos sociais, bem como serão de sua exclusiva responsabilidade todos os tributos, contribuições fiscais e parafiscais decorrentes da execução deste ajuste.
- i) Apresentar à Secretaria declaração de que seguirá o “Protocolo do Estado de São Paulo de Diagnóstico, Tratamento e Encaminhamento de Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA)”, utilizando sempre que indicado métodos validados tais quais PECS (em português, Sistema de Comunicação por Troca de Imagens), ABA (Análise Aplicada do Comportamento) ou TEACCH (em português, Tratamento e Educação para Autistas e Crianças com Déficit relacionados com a Comunicação), sem prejuízo de outras técnicas que se façam necessárias no contexto de cada caso e família.
- j) Apresentar à SECRETARIA relatório da evolução de cada paciente em relação às metas traçadas no plano terapêutico individual, incluindo aplicação da ATEC - Autism Treatment Evaluation Checklist ou Checklist de avaliação do tratamento do autismo - no momento inicial e a cada 6 meses.
- k) Apresentar à SECRETARIA parecer semestral quanto à necessidade de continuidade do tratamento intensivo, eventual indicação de diminuição da carga-horária ou indicação de encaminhamento para a rede territorial de CAPS ou unidade de referência do Estado.
- l) Ter um CAPS de referência para cada paciente, próximo da residência do assistido, para encaminhamento quando da melhora do quadro que justificou o encaminhamento à conveniada.
- m) Encaminhar cada assistido para avaliação no CAPS de referência ou unidade Estadual de Referência, a cada 6 meses, para avaliar a evolução do caso e persistência da indicação desta modalidade de assistência, devendo o parecer ser encaminhado ao DRS.
- n) fornecer refeições correspondentes ao período de permanência dos pacientes na instituição.
- PARÁGRAFO PRIMEIRO - O CONVENIADO é responsável por todos os encargos trabalhistas; previdenciários, securitários, fiscais e comerciais decorrentes da execução dos serviços objeto deste convênio, cabendo à SECRETARIA apenas o pagamento do preço estipulado no presente CONVÊNIO;**
- PARÁGRAFO SEGUNDO – O CONVENIADO é responsável, por si ou seus pressupostos, pelos danos causados à Administração ou a pacientes atendidos, decorrentes de culpa ou dolo, na execução do objeto CONVENIADO.**
- PARÁGRAFO TERCEIRO - Tratando-se de entidade de assistência à saúde em que não seja possível a interrupção do tratamento, a assistência será contínua, vedada a interrupção a título de férias.**
- CLÁUSULA TERCEIRA**
- DAS OBRIGAÇÕES E DAS RESPONSABILIDADES DA SECRETARIA**
- Constituem obrigações da SECRETARIA:
- a) efetuar o pagamento devido no prazo e condições estabelecidos neste CONVÊNIO.
- b) facilitar, por todos os meios, o exercício das funções do(a) CONVENIADO(A),
- c) responsabilizar-se por fornecer ao (à) CONVENIADO( A) as orientações e os elementos indispensáveis ao cumprimento do objeto.
- d) auditar o cumprimento do disposto no CONVÊNIO, através de inspeções e avaliações presenciais e dos relatórios.
- e) Na ausência de CAPS ou unidade estadual de referência na região do(a) CONVENIADO(a), indicar serviço de saúde onde será feita a articulação com a rede, ou isentar o(a) CONVENIADO(a) desta obrigação.

#### CLAUSULA QUARTA DO VALOR

O valor total estimado do ajuste corresponderá ao número de vagas máximo de vagas disponibilizadas pela instituição aos pacientes do SUS/SP discriminadas na declaração descrita no PROJETO BÁSICO a ser elaborado quando da celebração do convênio.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - O valor mensal a ser pago corresponderá à: multiplicação do número de pacientes pelo valor de R\$ 2060,00 (dois mil, e sessenta Reais) mensais para cada paciente atendido em regime de período integral (45 horas semanais) e R\$ 1236,00 (um mil duzentos e trinta e seis Reais) para o atendimento de meio período (22,5 horas semanais).

PARÁGRAFO SEGUNDO - O valor referido no item anterior inclui todas as despesas necessárias ao integral e regular cumprimento do ajuste; nele estão incluídos todos os custos diretos e indiretos, bem como os encargos, benefícios e despesas indiretas

(BDI) e, demais despesas de qualquer natureza.

#### CLÁUSULA QUINTA DO REAJUSTE E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

- O valor da prestação mensal devida pelo CONVENIANTE ou conveniado será reajustado anualmente, mediante a aplicação da fórmula estabelecida no §5º do artigo 1º da Resolução CC-79 de 12/12/03 a seguir descrita:

$R = Po \cdot [(IPC) - i]$

IPCo

Onde:

R = parcela de reajuste;

Po = preço inicial do CONVÊNIO no mês de referenciados preços, ou preço do CONVÊNIO no mês de, aplicação do último reajuste;

IPC e IPCO = variação do IP e FIPE índice de Preço ao Consumidor ocorrida entre o mês de referência de preços ou o mês do último reajuste aplicado e o mês de aplicação do reajuste.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - A periodicidade do reajuste será contada a partir da data da assinatura do CONVÊNIO.

PARÁGRAFO SEGUNDO - O pagamento previsto na cláusula quarta – parágrafo primeiro será efetuado no prazo de até 5 (cinco) dias úteis após o recebimento da frequência mensal e notas fiscais/faturas.

PARÁGRAFO TERCEIRO - As notas fiscais/faturas, que apresentarem incorreções serão devolvidas à instituição credenciada para as devidas correções. Nesses casos, o prazo de que trata o item anterior começará a fluir a partir da data de apresentação da nota fiscal/fatura, sem incorreções.

PARÁGRAFO QUARTO - O pagamento será efetuado pela divisão de finanças da SECRETARIA mediante crédito em conta corrente indicada pelo(a) CONVENIADO(A), junto ao Banco Brasil S.A, à vista das respectivas notas fiscais/faturas e mediante comprovação de pagamentos da seguridade social (INSS) e FGTS.

PARÁGRAFO QUINTO - Constitui condição para a realização dos pagamentos a inexistência de registros em nome da conveniada no Cadastro Informativo dos Créditos não Quitados de Órgãos e Entidades Estaduais do Estado de São Paulo – CADIN ESTADUAL, o qual será consultado por ocasião da realização de cada pagamento.

PARÁGRAFO SEXTO - Havendo atraso no pagamento, sobre o valor devido incidirá correção monetária, nos termos do artigo 74. da Lei Estadual nº 6.544/89, bem como juros moratórios, à razão de 0,5 (meio) por cento ao mês, calculados pro-ratempore em relação ao atraso ocorrido.

#### CLÁUSULA SEXTA DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

A despesa estimada do presente CONVÊNIO no valor total de R\$ (.....) correrá à conta da dotação orçamentária deste exercício de 2013, na seguinte classificação orçamentária,....., sendo que para o próximo exercício de 2014, a despesa prevista em R\$..... onerará a dotação orçamentária do próximo exercício de 2014.

#### CLÁUSULA SÉTIMA DA ALTERAÇÃO DO CONVÊNIO

O presente CONVÊNIO está sujeito às alterações previstas nos artigos 52, §1, e 62, da Lei Estadual nº 6.544/89, artigos 57, § 1 e 65, da Lei Federal nº 8.666/93 e Resolução SS-26/90, unilateralmente ou por acordo entre as partes

PARÁGRAFO PRIMEIRO - O(A) CONVENIADO(A) obriga-se a aceitar, nas mesmas condições pactuadas, os acréscimos ou supressões que se fizerem necessários, a critério da SECRETARIA, respeitado o limite fixado no artigo 62, parágrafo 1º da Lei estadual nº 6.544/89 e nos parágrafos 10 e 20 artigo 65 da Lei Federal nº 8.666/93;

PARÁGRAFO SEGUNDO – A eventual alteração do ajuste será obrigatoriamente formalizada por meio de Termo Aditivo ao presente CONVÊNIO.

#### CLAUSULA OITAVA DAS SANÇÕES E DO DESCREDENCIAMENTO

Se a conveniada inadimplir as obrigações assumidas, no todo ou em parte, ficará sujeita às sanções previstas nos artigos 86 e 87 da Lei Federal nº 8666/93, nos artigos 80 e 81 da lei Estadual nº 6544/89 e Resolução SS-26/90

PARÁGRAFO PRIMEIRO - As muitas são autônomas e a aplicação de uma não exclui a da outra.

PARÁGRAFO SEGUNDO - A prática de atos que configurem inadimplemento das obrigações, bem como que importem na rescisão unilateral do ajuste por culpa da conveniada, acarretará o seu descredenciamento.

PARÁGRAFO TERCEIRO - Salvo ocorrência de caso fortuito ou de força maior; devidamente comprovados, o descumprimento, pelo (a) CONVENIADO (A), de suas obrigações ou a infringência de preceitos legais implicarão, segundo a gravidade da falta, na aplicação das seguintes penalidades:

- a) advertência, sempre que forem constatadas irregularidades de pouca gravidade a juízo da SECRETARIA para as quais tenha o(a) CONVENIADO(A) concorrido diretamente, situação que será registrada no Cadastro de Fornecedores do SIAFÍSICO;
- b) multa de 10% (dez por cento), do valor total do CONVÊNIO, no caso de inexecução total da obrigação;
- c) multa de 10% (dez por cento) do valor referente à parte da obrigação não cumprida, no caso de inexecução parcial da obrigação;
- d) 0,03% (três centésimos por cento) ao dia, no caso de descumprimento das obrigações contidas na Cláusula Segunda.

PARÁGRAFO QUARTO - As multas são autônomas e a aplicação de uma não exclui a da outra,

PARÁGRAFO QUINTO - A prática de atos que configurem completo inadimplemento das obrigações; bem como que importem na rescisão unilateral do CONVÊNIO por culpa da conveniada e aplicação de sanções restritivas do direito de licitar e conveniar com a Administração, acarretarão o seu descredenciamento.

PARÁGRAFO SEXTO - As multas previstas neste CONVÊNIO têm caráter moratório, conseqüentemente o seu pagamento não exime o(a) CONVENIADO(A) da reparação dos eventuais danos, perdas ou prejuízos que seu ato punível venha acarretar à SECRETARIA.

PARÁGRAFO SÉTIMO - As penalidades pecuniárias serão, sempre que possível e independentemente de qualquer aviso ou notificação judicial ou extrajudicial, descontadas dos créditos do(a) CONVENIADO(A) ou, se for o caso, cobradas administrativa ou judicialmente.

#### CLÁUSULA NONA

##### DA RESCISÃO E RECONHECIMENTO DOS DIREITOS DA SECRETARIA

O CONVÊNIO poderá ser rescindido pelos motivos e com as conseqüências previstas nos artigos 75 e 82 da Lei Estadual nº 6.544/89 artigo 77 a 80 e 86 a 87 da lei Federal nº 8.666/93; sem prejuízo da aplicação das penalidades cabíveis;

PARÁGRAFO PRIMEIRO - A rescisão por inexecução total ou parcial dos serviços ou, ainda, pelo descumprimento das obrigações objeto deste CONVÊNIO acarretará, além das penalidades cabíveis, o descredenciamento imediato da instituição educacional.

PARÁGRAFO SEGUNDO - O(A) CONVENIADO(A) reconhece, desde já, os direitos da SECRETARIA nos casos de rescisão administrativa, prevista no artigo 79 da lei Federal nº 8.666/93 e no artigo 77 da Lei Estadual nº 6.544/89.

#### CLAUSULA DÉCIMA

##### COORDENAÇÃO DOS SERVIÇOS

As partes designarão um representante, denominado gestor do CONVÊNIO, com poderes para adotar as providências necessárias ao bom andamento dos serviços, respeitando os limites estabelecidos neste instrumento, através dos quais serão feitos os contatos recíprocos.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - Os representantes deverão ser indicados pelas partes em até 5 (cinco) dias úteis contados da assinatura do CONVÊNIO.

PARÁGRAFO SEGUNDO - Todas as solicitações, envio de documentos e comunicações relativas a este CONVÊNIO deverão sempre ser feitas por intermédio dos representantes/gestores indicados.

PARÁGRAFO TERCEIRO - Os representantes das partes, de comum acordo, proporão as eventuais alterações que se fizerem necessárias para o bom andamento dos serviços, cabendo, porém, exclusivamente aos representantes legais das mesmas, aceitar condições de serviço diversas das estabelecidas neste CONVÊNIO.

#### CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA

##### DA VIGÊNCIA

O prazo de vigência do CONVÊNIO é de 12 (doze) meses contados a partir da data da sua assinatura, podendo ser prorrogado por igual período até o limite de 60 (sessenta) meses, mediante Termo Aditivo.

#### CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA

##### DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Aplicam-se às omissões deste CONVÊNIO os princípios e as disposições legais e regulamentares que regem a matéria especialmente a Lei Federal nº 8.666/93, sendo considerado partes integrantes do presente CONVÊNIO o Edital de Credenciamento e seus anexos, bem como as normas regulamentares expedidas pela Secretaria de Saúde.

Fica eleito o Foro da Comarca da Capital do Estado de São Paulo para dirimir as questões decorrentes do presente convênio com expressa renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem assim justos e Conveniados, assinam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor.

Sao Paulo, de ..... de 2013

SECRETARIA INSTITUIÇÃO

---

TESTEMUNHAS:

1 \_\_\_\_\_ 2 \_\_\_\_\_

RG N°