



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PROCESSO nº 001.0201.002.582/2014

CONVÊNIO nº ..1317/2014

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

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 por seu Secretário **DAVID EVERSON UIP**, Brasileiro, casado, médico, portador do RG. n.º 4.509.000-2, CPF n.º. 791.037.668-53, doravante denominada SECRETARIA, e, de outro lado, a instituição **BENEFICÊNCIA NIPO BRASILEIRA DE SÃO PAULO**, com sede à Rua Fagundes 121 Liberdade São Paulo com Estatuto/contrato Social registrado e arquivado no Registro Civil da Pessoas Jurídicas de São Paulo sob o n.º 599935, inscrita no CNPJ sob n.º 60.992.427/0001-45, neste ato representada por seu Diretor Presidente **YOSHIHARU KIKUCHI**, japonês, casado, empresário, portador do RNE n.º. W151465-S e inscrito no CPF/MF sob n.º. 226.497.518-00, doravante denominada simplesmente CONVENIADO, 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.063/2013. Processo nº001.0201.001795/2013, 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 Metropolitana da Grande São Paulo, 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; eo AGF (escala de avaliação global de funcionamento)avaliação psicossocial indicando entidade especializada nos moldes desta resolução.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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 CONVENIADO: a) 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;



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

- 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.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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 CONVENIADO 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 CONVENIADO indicar serviço de saúde onde será feita a articulação com a rede, ou isentar o CONVENIADO desta obrigação.

CLÁUSULA 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\$ 2.060,00** (dois mil, e sessenta Reais) mensais para cada paciente atendido em regime de período integral (45 horas semanais) e **R\$ 1.236,00** (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.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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:

$R = Po. [(IPC) - i] IPCo$

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, (agência 1196-7 Liberdade - conta corrente 27676-6)** 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-rata tempore em relação ao atraso ocorrido.

CLÁUSULA SEXTA -DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

A despesa estimada do presente CONVÊNIO no valor total de até **R\$ 593.280,00** (quinhentos e noventa e três mil, duzentos e oitenta reais) em parcelas de até **R\$ 49.440,00** (quarenta e nove mil, quatrocentos e quarenta reais) correrá à conta da dotação orçamentária do exercício de 2014 e 2015, na seguinte classificação orçamentária:

UGE: 090191

Programa de Trabalho: 10.302.0930.4849.0000

Natureza de despesa: 33.50.43

FONTE - TESOURO



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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 CONVENIADO 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 multas 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 CONVENIADO, 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 CONVENIADO 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.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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 CONVENIADO 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 CONVENIADO 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.



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

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.


São Paulo, 29 de outubro de 2024


YOSHIHARU KIKUCHI
Diretor Presidente


DAVID EVERSON
Secretário de Estado da Saúde

*Prof. Dr. Wilson Follara
Secretário Adjunto
Secretaria de Estado da Saúde*

TESTEMUNHAS:


VÂNIA SOARES DE AZEVEDOTARDELLI
Diretor Técnico de Saúde III
DRS-I Grande São Paulo


AFFONSO VIVIANI JÚNIOR
Coordenador de Saúde
CRS



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANEXO 16 - TCE

TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO

Processo nº 001.0201.002.582/2014

Órgão Público Conveniente: DEPARTAMENTO REGIONAL DE SAÚDE I – UGE 090191

Entidade Conveniada: BENEFICÊNCIA NIPO BRASILEIRA DE SÃO PAULO

Convênio nº *1317/2014*

Objeto: RECURSOS FINANCEIROS ATENDIMENTO ESPECIALIZADO A PACIENTES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA).

Advogado (s): (*)

Na qualidade de Conveniente e Conveniada, respectivamente, do ajuste acima identificado, e cientes do seu encaminhamento ao TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO, para fins de instrução e julgamento, damo-nos por CIENTES e NOTIFICADOS para acompanhar todos os atos da tramitação processual, até o julgamento e sua publicação e, se for o caso e de nosso interesse, para, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito da defesa, interpor recursos e o mais que couber.

Outrossim, estamos CIENTES, doravante, de que todos os despachos e decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, de conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº. 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais.

São Paulo, *29 de outubro de 2014*


Secretário Adjunto
Secretaria de Estado da Saúde

DAVID EVERSON
Secretário de Estado da Saúde


YOSHIHARU KIKUCHI
Diretor Presidente

(*) Facultativo. Indicar quando já constituído