



Governo do Estado de São Paulo
Secretaria de Estado da Saúde
Termo de Convênio

PROCESSO nº **SES-PRC -2020/46030**

CONVÊNIO nº **00031/2021**

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

O Governo do 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 Secretário, **Jeancarlo Gorinchteyn**, brasileiro, casado, médico, portador do RG. n.º 17.321.176, CPF n.º. 111.746.368-07, doravante denominado **SECRETARIA**, e, de outro lado, a BENEFICENCIA NIPO BRASILEIRA DE SAO PAULO com sede na Rua Soldado João Pereira da Silva, 272 - Parque novo mundo, inscrita no CNPJ sob nº 60.992.427/0001-45 neste ato representada por seu representante legal, Sr. Paulo Seichiti Saita, Diretor Presidente, RG nº 5.737.060-5, CPF 565.124.578-20, doravante denominada simplesmente **CONVENIADO (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, com inexigibilidade de licitação, nos termos de artigo 25 caput da lei Federal nº 8.666/93, nos termos do Plano de Trabalho apresentado, em conformidade com os princípios e conceitos 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 CONVÊNIO nas seguintes condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O objeto do presente CONVÊNIO é a prestação de serviços pelo **CONVENIADO**, previamente credenciada e selecionada, 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 DRS I - São Paulo, conforme PLANO DE TRABALHO 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, atestando o diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA).

PARÁGRAFO SEGUNDO - O atendimento aos pacientes com TEA inclui:



Governo do Estado de São Paulo
Secretaria de Estado da Saúde
Termo de Convênio

- 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.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS OBRIGAÇÕES E RESPONSABILIDADES DO (A) CONVENIADO (A)

Constitui obrigação do (a) CONVENIADO (A):

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 com conhecimentos em linguagem pragmática (30h/semana);
- * 1 profissional em fisioterapia (30h/semana);
- * 2 psicólogos (especialidade em Terapia Cognitivo Comportamental - 30h/semana);
- * 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



Governo do Estado de São Paulo
Secretaria de Estado da Saúde
Termo de Convênio

(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, autocuidado e autonomia.

c) Utilizar métodos cognitivo comportamentais validados na literatura científica, tais como PECS (*Picture Exchange Communication System*) – *Sistema de Comunicação por figuras*); ABA (*Applied Behavior Analysis*) – *Análise do Comportamento Aplicada*; TEACCH (*Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children*) – *Tratamento e Educação de Crianças Autistas com desvantagem na Comunicação*).

d) manter quadro funcional com sua respectiva carga horária;

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

f) Planejar anualmente as ações de saúde com objetivo de desenvolver capacidades nas áreas de interação social, comunicação e comportamento dos pacientes, visando a melhoria em sua socialização, seu desenvolvimento psicossocial em autocuidado e sua autonomia, contendo inclusive, orientação aos pacientes nas atividades da vida diária, tais como: higiene, alimentação, exercícios físicos, esportivos e lazer;

g) 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;

h) respeitar os dados sensíveis dos pacientes, nos termos da Lei Federal n. 13.709/2018, a Lei Geral de Proteção de Dados (LGPD);

i) 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 CONTRATANTE, a relação do quadro funcional com sua respectiva carga horária e o comprovante de inscrição dos profissionais nos respectivos Conselhos Regionais;

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

k) 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 para fiscais decorrentes da execução deste ajuste.

l) aplicar dos recursos repassados com despesas de: taxas administrativas, tarifas, juros moratórios, multas, pagamento de dívidas anteriormente contraídas, recursos humanos não envolvidos na consecução do objeto do convênio, consultorias e honorários advocatícios.



Governo do Estado de São Paulo
Secretaria de Estado da Saúde
Termo de Convênio

PARÁGRAFO PRIMEIRO - O CONVENIADO 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 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.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS OBRIGAÇÕES E DAS RESPONSABILIDADES DA SECRETARIA

Constitui obrigação 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) responsabiliza-se por fornecer ao (à) CONVENIADO (A) as orientações e os elementos indispensáveis ao cumprimento do objeto.

CLÁUSULA QUARTA - DO PREÇO

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 PLANO DE TRABALHO 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\$ 2.060,00 (dois mil e sessenta reais) mensais para cada paciente atendido em regime de período integral (45 horas semanais) e R\$ 1.391,87 (mil trezentos e noventa e um reais e oitenta e sete centavos) 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 incluídos todos os custos diretos e indiretos, bem como os encargos, benefícios e despesas indiretas (BDI) e, demais despesas de qualquer natureza.



Governo do Estado de São Paulo
Secretaria de Estado da Saúde
Termo de Convênio

CLÁUSULA QUINTA - DO REAJUSTE E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

O valor da prestação mensal devida pela SECRETARIA previsto na cláusula quarta 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:

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

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 ultimo reajuste aplicado e o mês de aplicação do reajuste.

PARÁGRAFO PRIMEIRO - A periodicidade do reajuste de preço dos atendimentos será contada a partir da publicação do presente edital de convocação.

PARÁGRAFO SEGUNDO - O pagamento previsto na cláusula quarta será efetuado no prazo de até 05 (cinco) dias úteis após o recebimento das notas fiscais/faturas, acompanhadas da Frequência Mensal dos Pacientes e respectivos relatórios de atendimento, atestado pelo Gestor da Conveniente.

PARÁGRAFO TERCEIRO - As notas fiscais/faturas, que apresentarem incorreções serão devolvidas à instituição conveniada 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 - UGE Pagadora 090191 - DRS I - São Paulo, 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.



Governo do Estado de São Paulo
Secretaria de Estado da Saúde
Termo de Convênio

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

Para execução deste Convênio serão destinados recursos financeiros, no montante global de R\$ 668.100,00 (Seiscentos e Sessenta e Oito Mil e Cem Reais). Os repasses serão realizados em parcelas mensais de R\$ 55.675,00 (Cinquenta e Cinco Mil, Seiscentos e Setenta e Cinco Reais), onerando a seguinte classificação orçamentária:

UGE: 090196

Programa de Trabalho: 10.302.0930.6213.0000

Natureza de despesa: 33.50.43

Fonte de Financiamento: Fundo Estadual de Saúde

PARÁGRAFO PRIMEIRO – ACONVENIADA deverá manter os recursos transferidos em conta especial, no Banco do Brasil, e aplicados exclusivamente no cumprimento dos compromissos decorrentes deste convênio. **Banco do Brasil** – Banco 001 – **Agência** 11967 - **Conta Corrente** nº 000276766.

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



Governo do Estado de São Paulo
Secretaria de Estado da Saúde
Termo de Convênio

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 CONVÊNIO.

CLAÚSULA OITAVA - DAS SANÇÕES E DO DESCREDECIAMENTO

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

PARÁGRAFO QUARTO - As multas previstas neste CONVÊNIO têm caráter moratório,



Governo do Estado de São Paulo
Secretaria de Estado da Saúde
Termo de Convênio

consequentemente 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 QUINTO - 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 consequências 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 de saúde.

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.



Governo do Estado de São Paulo
Secretaria de Estado da Saúde
Termo de Convênio

PARÁGRAFO TERCEIRO - Os representantes das partes, de comum acordo, propõem 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.

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 da presente contratação com expressa renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

Documento assinado digitalmente conforme Decreto Federal 8.539 de 08/10/2015.

Assinaturas

Assinaturas não concluídas.

Testemunhas

Nenhuma testemunha informada.



Governo do Estado de São Paulo
Secretaria de Estado da Saúde
Termo de Convênio