

## EDITAL DE CREDENCIAMENTO E REcredENCIAMENTO Nº 03/2014

A **FUNDAÇÃO CATARINENSE DE EDUCAÇÃO ESPECIAL- FCEE**, pessoa jurídica de direito público, órgão da administração indireta do Estado de Santa Catarina, inscrita no CNPJ sob o n.º 83.900.522/0001-77, com sede na Rua Paulino Pedro Hermes, 2785, Bairro Nossa Senhora do Rosário, São José-SC, CEP 88.108-900, de acordo com o seu Estatuto, Decreto nº 3.403 de 15 de julho de 2010, com o art. 4º do Decreto nº 1.792 de 21 de outubro de 2008 e com a Instrução Normativa nº 01/2009 do DETER, por intermédio da **DIRETORIA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO- DEPE, DA GERÊNCIA DE PESQUISA E CONHECIMENTOS APLICADOS-GEPKA E DO CENTRO DE AVALIAÇÃO E ENCAMINHAMENTO- CENAE**, torna público que estão abertas as inscrições para o **CREDENCIAMENTO E REcredENCIAMENTO DE INSTITUIÇÕES ESPECIALIZADAS**, na forma estabelecida por este edital, para integrar o **CADASTRO DAS INSTITUIÇÕES CREDENCIADAS PARA CONCESSÃO DE BENEFÍCIO DE GRATUIDADE DE TRANSPORTE RODOVIÁRIO INTERMUNICIPAL DE PASSAGEIROS E DOS SERVIÇOS DE NAVEGAÇÃO INTERIOR DE TRAVESSIAS ÀS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA EM SANTA CATARINA- ANO 2014**.

### 1. DO OBJETO

1.1 Este edital tem por objeto o **Credenciamento e Recredenciamento de Instituições Especializadas no atendimento de pessoas com deficiência e/ou transtorno global de desenvolvimento e/ou condutas típicas em Santa Catarina para integrar o Cadastro das Instituições Credenciadas para Concessão de Benefício de Gratuidade de Transporte Rodoviário Intermunicipal de Passageiros e de Navegação interior de travessias às pessoas com deficiência no Estado de Santa Catarina- Ano 2014**.

1.2 Com a inclusão nominal no Cadastro, as entidades credenciadas e recredenciadas serão as únicas autorizadas pela FCEE, no Estado de Santa Catarina, a emitir o laudo diagnóstico consoante a legislação vigente para fins



de expedição da Carteira do Passe Livre durante o ano de 2014 (27 de março de 2014 a 31 de dezembro de 2014), de acordo com o Decreto nº 1.792 de 21 de outubro de 2008 e com a Instrução Normativa nº 01/2009 do DETER. Ressalta-se que o credenciamento e credenciamento doravante será anual por meio de edital.

## **2. DOS REQUISITOS PARA PARTICIPAÇÃO**

2.1 As Instituições Especializadas deverão ter equipe técnica composta por obrigatoriamente, no mínimo, um médico, um psicólogo e um assistente social;

2.2 O objeto social das instituições especializadas a participarem do credenciamento devem ter como fim o atendimento a pessoas com deficiência e/ou transtorno global de desenvolvimento e/ou condutas típicas;

2.3 As Instituições Especializadas deverão ter Alvará de Funcionamento e Alvará da Vigilância Sanitária.

## **3. DA INSCRIÇÃO**

3.1 As Instituições interessadas no credenciamento ou credenciamento poderão, a qualquer tempo, a partir de 27 de março de 2014 a 31 de outubro do ano de 2014, inscrever-se, desde que atendidas às exigências do presente edital.

3.2 As entidades interessadas no credenciamento ou credenciamento poderão entregar pessoalmente os documentos exigidos abaixo ou enviá-los em envelope lacrado (via SEDEX, AR ou qualquer outro meio com comprovação de envio, com exceção de FAX ou email) para o seguinte endereço:

**FUNDAÇÃO CATARINENSE DE EDUCAÇÃO ESPECIAL  
CENTRO DE AVALIAÇÃO E ENCAMINHAMENTO  
SETOR DE PASSE LIVRE**

**COMISSÃO DE CREDENCIAMENTO/RECDENCIAMENTO DO PASSE LIVRE**

EDITAL DE CREDENCIAMENTO/RECDENCIAMENTO Nº 03/2014

RUA PAULINO PEDRO HERMES, 2785 - BAIRRO NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO - SÃO JOSÉ - SC - BRASIL - CEP: 88.108.900



3.3 Os documentos para credenciamento e recredenciamento deverão ser apresentados, preferencialmente, na seqüência descrita neste Regulamento em uma única via, sem folhas soltas. Toda documentação apresentada deverá estar em língua portuguesa, sem emendas, rasuras ou entrelinhas.

3.4 Relação de Documentos para **CREDECENCIAMENTO** (para aqueles que não participaram do Edital 05/2012):

- a) Fotocópia autenticada do Ato Constitutivo, Estatuto ou Contrato Social em vigor, apresentados na forma da lei, acompanhados da ata da eleição de seus administradores ou ato de nomeação;
- b) Comprovante de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ);
- c) Fotocópia do Alvará de Funcionamento e Alvará da Vigilância Sanitária atualizados;
- d) Fotocópia autenticada do Registro ou inscrição do profissional no órgão de classe (Conselho Regional da respectiva categoria profissional) do médico, do psicólogo e do assistente social que formará a equipe de expedição do laudo diagnóstico;
- e) Fotocópia do Diploma de graduação e do Título de especialista se houver, da equipe de expedição do laudo diagnóstico (médico, psicólogo e assistente social);
- f) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e do CPF da equipe composta pelo médico, psicólogo e assistente social;
- g) Fotocópia de documento que comprove o vínculo de trabalho com a Instituição dos profissionais: médico, psicólogo e assistente social, formadores da equipe de expedição do laudo diagnóstico;
- h) Formulários de Credenciamento- ANEXO 1 e 2 deste Edital preenchidos corretamente.

3.5 Relação de Documentos para **REDECENCIAMENTO** (para aqueles que participaram do Edital 05/2012):



- a) Fotocópia autenticada do Registro ou inscrição do profissional no órgão de classe (Conselho Regional da respectiva categoria profissional) do médico, do psicólogo e do assistente social que formará a equipe de expedição do laudo diagnóstico;
- b) Fotocópia do Diploma de graduação e do Título de especialista se houver, da equipe de expedição do laudo diagnóstico (médico, psicólogo e assistente social);
- c) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e do CPF da equipe composta pelo médico, psicólogo e assistente social;
- d) Fotocópia de documento que comprove o vínculo de trabalho com a Instituição dos profissionais: médico, psicólogo e assistente social, formadores da equipe de expedição do laudo diagnóstico;
- e) Formulários de Credenciamento- ANEXO 1 e 2 deste Edital preenchidos corretamente.

3.6 Serão consideradas habilitadas ao credenciamento as Instituições que apresentarem todos os documentos constantes no item 3.4, em situação regular, e em conformidade com as exigências contidas neste Edital. Por sua vez, serão consideradas recredenciadas as instituições que apresentarem todos os documentos constantes no item 3.5.

#### **4. DO RECURSO**

4.1. Qualquer interessada poderá recorrer da decisão referente à sua inabilitação no âmbito do presente Edital, devendo interpor recurso administrativo endereçado à Comissão de Credenciamento do Passe Livre da FCEE no item 3.2.

4.2. O recurso deverá ser interposto no prazo de 02 (dois) dias úteis contados do conhecimento da inabilitação por carta com AR, perante o Presidente da Comissão do Passe Livre, que poderá reconsiderar sua decisão.

4.3. O resultado do julgamento do recurso eventualmente interposto será comunicado pela Comissão do Passe Livre por carta com AR, no prazo máximo de 15 dias, contados a partir da data de seu recebimento.



## 5. DAS CONDIÇÕES PARA FORMALIZAÇÃO DO TERMO DE CONVÊNIO

5.1 As Instituições aprovadas para o credenciamento e as que forem recredenciadas, nos termos deste Edital, serão informadas pela FCEE, através de comunicação eletrônica, para assinatura do respectivo Termo de Convênio que também será encaminhado eletronicamente.

5.2 O referido Termo de Convênio deverá ser assinado pelo(s) representante(s) das Instituições credenciadas e encaminhado através do correio de endereçamento postal para a FCEE.

5.3 Se qualquer instituição deixar de observar a exigência acima não será credenciada ou recredenciada.

## 6. DAS RESPONSABILIDADES DA FUNDAÇÃO

6.1 Cadastrar a Instituição, a equipe técnica e o usuário que atuará no SITRAP e encaminhar as senhas;

6.2 Capacitar o usuário para o uso correto do SITRAP;

6.3 Receber as carteiras do DETER e encaminhá-las para as devidas Instituições;

6.4 A critério da FUNDAÇÃO poderá ser feita visita para verificação das instalações das instituições credenciadas ou recredenciadas.

## 7. DAS RESPONSABILIDADES DA INSTITUIÇÃO

7.1 Cumprir as determinações do Decreto nº 1.792 de 21 de outubro de 2008 e todas as orientações a serem dadas pela Fundação;

7.2 Enviar, para a FUNDAÇÃO, até o dia 10 de cada mês, cópia digitalizada dos laudos emitidos, exames e a ficha cadastral do beneficiário com parecer médico para o email: [passelivre@fcee.sc.gov.br](mailto:passelivre@fcee.sc.gov.br)

7.3 Atender a todos os beneficiários que procurarem a Instituição Credenciada ou Recredenciada, sendo da sua cidade ou próxima, não se restringindo apenas aos alunos ou associados.

7.4 Informar à FUNDAÇÃO qualquer mudança na equipe credenciada seja a equipe técnica composta por médico, psicólogo e assistente social ou o operador do SITRAP.



7.5 Operar o SITRAP conforme os passos descritos no Manual que será enviado à Instituição juntamente com as senhas.

## 8. DA DENÚNCIA E RECISÃO

8.1 O Termo de Convênio poderá ser denunciado e/ou rescindido por quaisquer das partes, a qualquer momento, mediante comunicação escrita, e com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

8.2 A exclusivo critério da FUNDAÇÃO, caso se verifique o não cumprimento ou cumprimento irregular das obrigações da credenciada ou recredenciada poderá o Termo de Convênio ser rescindido.

## 9. DO PRAZO E DA VIGÊNCIA

9.1 O Termo de Convênio vigorará até a data máxima de 31 de dezembro do ano em que foi firmado o Convênio, com vigência a contar a partir da data da publicação no DOE.

## 10. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

10.1 A participação no presente Credenciamento/Recredenciamento implica conhecimento, concordância e vinculação, pela interessada, às normas deste Edital.

10.2 A Fundação reserva-se o direito de, a qualquer tempo e a seu exclusivo critério, desistir, revogar, adiar ou mesmo anular o presente Credenciamento/Recredenciamento, total ou parcialmente.

10.3 A Instituição credenciada ou recredenciada será responsável civil e criminalmente pela veracidade do laudo diagnóstico que emitir.

10.4 Fica eleito o foro da Comarca de São José-SC, com prevalência sobre qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para apreciação judicial de quaisquer questões resultantes deste edital.

São José, 07 de abril de 2014.

**ELITON CARLOS VERARDI DUTRA**

PRESIDENTE DA FUNDAÇÃO CATARINENSE DE EDUCAÇÃO ESPECIAL



## ANEXO 1

### Credenciamento de Instituições para Concessão de Benefício de Gratuidade de Transporte Rodoviário Intermunicipal de Passageiros.

Conforme Decreto nº 1.792 de 21 de outubro de 2008 e Instrução Normativa 001/2009 DETER.

<b>1. DADOS DA INSTITUIÇÃO:</b>	1º Credenciamento <input type="checkbox"/>	Renovação <input type="checkbox"/>
CNPJ: _____.____.____/____-____	Telefone: (____) _____-____	Celular: (____) _____-____
Razão Social: _____		
Nome Fantasia: _____		
Inscr. Estadual: _____	Inscr. Municipal: _____	
Rua: _____	Bairro: _____	Nº: _____
Município: _____	Estado: _____	CEP: _____
<b>ESPECIFICAÇÃO DA ÁREA DE ATUAÇÃO:</b> <input type="checkbox"/> Deficiência Auditiva <input type="checkbox"/> Deficiência Mental		
E-mail: _____	<input type="checkbox"/> Deficiência Visual	<input type="checkbox"/> Deficiência Física <input type="checkbox"/> Autismo

<b>2. EQUIPE DE AVALIAÇÃO: <u>Anexar cópia da Carteira de Identidade e Carteira do Conselho Prof. MÉDICO:</u></b>	
Nome: _____	CRM: _____ Estado: _____
Vínculo com a Instituição: _____	CPF: _____-____
Rua: _____	Nº: _____
Município: _____	Estado: _____ CEP: _____
Email: _____	Assinatura: _____
<b><u>PSICÓLOGO:</u></b>	
Nome: _____	CRP: _____ Região _____
Vínculo com a Instituição: _____	CPF: _____-____
Rua: _____	Nº: _____
Município: _____	Estado: _____ CEP: _____
Email: _____	Assinatura: _____
<b><u>ASSISTENTE SOCIAL:</u></b>	
Nome: _____	CRESS: _____ Região _____
Vínculo com a Instituição: _____	CPF: _____-____
Rua: _____	Nº: _____
Município: _____	Estado: _____ CEP: _____
Email: _____	Assinatura: _____
_____	_____
<b>Presidente da Instituição</b>	<b>Integrador de Educação Especial e Diversidade</b>
Assinatura e Carimbo	Assinatura e Carimbo

<b>3. DESPACHO:</b> Aprovo o credenciamento desta Instituição de Educação Especial, face o Decreto nº 1.792 de 21 de outubro de 2008 e Instrução Normativa 001/2009 do DETER.	
Presidente da FCEE	Diretora de Ensino, Pesquisa e Extensão
São José, em ____ de ____ de ____.	



## ANEXO 2

### **Cadastro dos Responsáveis para Atuar no Sistema Integrado de Transporte de Passageiros – SITRAP**

Conforme Decreto nº 1.792 de 21 de outubro de 2008 e Instrução Normativa 001/2009 DETER.

#### **Presidente da Instituição**

(nome do profissional que irá autorizar a emissão da carteira do Passe Livre)

Nome: _____	Data Nasc: ____/____/____	
Email: _____	CPF: _____-_____	
Cargo: _____	Tel: (____) _____-_____	
Rua: _____	Bairro: _____	Nº: _____
Município: _____	Estado: ____	CEP: _____-_____

#### **Técnico Responsável que irá atuar no SITRAP**

(profissional responsável em cadastrar o beneficiário, o laudo diagnóstico e gerar a carteira de Passe Livre)

Nome: _____	Data Nasc: ____/____/____	
Email: _____	CPF: _____-_____	
Cargo: _____	Tel: (____) _____-_____	
Rua: _____	Bairro: _____	Nº: _____
Município: _____	Estado: ____	CEP: _____-_____

**ANEXAR CÓPIA DA CARTEIRA DE IDENTIDADE E CPF DOS RESPONSÁVEIS**

