

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 06/2014- PENSÃO ESPECIAL ESTADUAL À PESSOA COM DEFICIÊNCIA MENTAL SEVERA

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, juntamente com a Lei 16.063 de 24 de julho de 2013, Decreto nº 1.962 de 17 de janeiro de 2014 e Decreto nº 2.049 de 24 de fevereiro de 2014, por intermédio da **DIRETORIA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO- DEPE, DA GERÊNCIA DE PESQUISA E CONHECIMENTOS APLICADOS-GEPCA E DO CENTRO DE AVALIAÇÃO E ENCAMINHAMENTO- CENAE**, torna público que estão abertas as inscrições para o **CREDENCIAMENTO DE INSTITUIÇÕES ESPECIALIZADAS**, na forma estabelecida por este edital, para integrar o **CADASTRO DAS INSTITUIÇÕES CREDENCIADAS PARA CONCESSÃO DE BENEFÍCIO DE PENSÃO ESPECIAL ESTADUAL À PESSOA COM DEFICIÊNCIA MENTAL SEVERA- ANO 2014/2015**.

1. DO OBJETO

1.1 Este edital tem por objeto o **Credenciamento 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 do Benefício de Pensão Especial Estadual à pessoa com deficiência mental severa- Ano 2014/2015**.

1.2 Com a inclusão nominal no Cadastro, as entidades credenciadas serão as únicas autorizadas pela FCEE, no Estado de Santa Catarina, a emitir o **laudo diagnóstico**, consoante a legislação vigente, para fins de concessão do benefício da **Pensão Especial Estadual à Pessoa com Deficiência Mental severa durante o ano de 2014/2015** (de 16 de junho de 2014 a 16 de junho de 2015) de acordo com o Decreto nº 1.962 de 17 de janeiro de 2014 e Decreto nº 2.049 de 24 de fevereiro de 2014. Ressalta-se que o 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 poderão, a qualquer tempo, a partir de 16 de junho de 2014 a 01º de agosto de 2014, inscrever-se, desde que atendidas as exigências do presente Edital.

3.2 As entidades interessadas poderão entregar pessoalmente os documentos 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
COMISSÃO DE CREDENCIAMENTO - PENSÃO ESPECIAL ESTADUAL**

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 06/2014

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

3.3 Os documentos para o credenciamento 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:

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) Formulário de Credenciamento- ANEXO 1 deste Edital preenchido corretamente.

3.5 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.

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 Benefício da Pensão Especial Estadual, 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 de Credenciamento de Instituições para Concessão do Benefício de Pensão Especial Estadual à pessoa com deficiência mental severa, que poderá reconsiderar sua decisão.



4.3. O resultado do julgamento do recurso eventualmente interposto será comunicado pela Comissão de Credenciamento de Instituições para Concessão do Benefício de Pensão Especial Estadual 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, nos termos deste Edital, serão informadas pela FCEE, por meio 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) legal e/ou Presidente das Instituições credenciadas e encaminhado por meio do correio de endereçamento postal para a FCEE, item 3.2

5.3 Se qualquer instituição deixar de observar as exigências acima, não será incluída no Cadastro das Instituições Especializadas para Concessão do Benefício da Pensão Especial Estadual à Pessoa com Deficiência Mental Severa.

6. DAS RESPONSABILIDADES DA FUNDAÇÃO

6.1 Credenciar a Instituição, a equipe técnica e repassar documentações e formulários para o assistente social habilitado por comunicação eletrônica e/ou comunicação oficial;

6.2 Disponibilizar materiais informativos sobre as legislações e documentações pertinentes a serem utilizadas pela Instituição Credenciada;

6.3 A Fundação poderá, a seu critério, realizar visita para verificação das instalações das instituições credenciadas.

7. DAS RESPONSABILIDADES DA INSTITUIÇÃO

7.1 Cumprir as determinações do Decreto nº 1.962 de 17 de janeiro de 2014, do Decreto nº 2.049 de 24 de fevereiro de 2014 e todas as orientações da Fundação Catarinense de Educação Especial e da Secretaria de Estado da Administração;



7.2 Avaliar a todos os beneficiários que procurarem a Instituição Credenciada, sendo da sua cidade ou próxima, não se restringindo apenas aos alunos ou associados;

7.3 Informar à Fundação Catarinense de Educação Especial qualquer mudança na contratação ou desligamento da equipe credenciada ou de quaisquer dos membros pertencentes a ela.

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 pela credenciada, 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 16 de junho de 2015, com vigência a contar a partir da data da publicação daquele no DOE.

10. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

10.1 A participação no presente Credenciamento 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, total ou parcialmente.

10.3 A Instituição credenciada 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, 05 de junho de 2014.

ELITON CARLOS VERARDI DUTRA
PRESIDENTE DA FUNDAÇÃO CATARINENSE DE EDUCAÇÃO ESPECIAL



ANEXO 1

Credenciamento de Instituições para Concessão de Benefício Pensão Especial Estadual à Pessoa com Deficiência Mental Severa

Conforme Lei nº 16.063, de 24 de julho de 2013 e Decretos: nº 1.962 de 17 de janeiro de 2014 e nº 2.049 de 24 de fevereiro de 2014

1. DADOS DA INSTITUIÇÃO:

CNPJ: _____.____.____/____-____ Telefone: (____) _____-____ Celular: (____) _____-____
Razão Social: _____
Nome Fantasia: _____
Inscr. Estadual: _____ Inscr. Municipal: _____
Rua: _____ Bairro: _____ Nº: _____
Município: _____ Estado: _____ CPF: _____-____

2. DADOS DO PRESIDENTE (Anexar cópia da carteira de identidade e CPF do Presidente)

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

3. EQUIPE DE AVALIAÇÃO: (Anexar cópia da carteira de identidade e carteira do conselho prof.)

MÉDICO:

Nome: _____ CRM: _____ Estado: _____
Vínculo com a Instituição: _____ CPF: _____-____
Rua: _____ Nº: _____
Município: _____ Estado: _____ CEP: _____
Email: _____ Assinatura: _____

PSICÓLOGO:

Nome: _____ CRP: _____ Região: _____
Vínculo com a Instituição: _____ CPF: _____-____
Rua: _____ Nº: _____
Município: _____ Estado: _____ CEP: _____
Email: _____ Assinatura: _____

ASSISTENTE SOCIAL:

Nome: _____ CRESS: _____ Região: _____
Vínculo com a Instituição: _____ CPF: _____-____
Rua: _____ Nº: _____
Município: _____ Estado: _____ CEP: _____
Email: _____ Assinatura: _____

Presidente da Instituição

Assinatura e Carimbo

Integrador de Educação Especial e Diversidade

Assinatura e Carimbo

3. DESPACHO:

Aprovo o credenciamento desta Instituição de Educação Especial, face os Decreto nº 1.962 de 17 de janeiro de 2014 e nº 2.049 de 24 de fevereiro de 2014 que regulamentam a Lei 16.063 de 24 de julho de 2013.

Diretora de Ensino, Pesquisa e Extensão

Presidente da FCEE

São José, _____ de _____ de _____

