

EDITAL DE CREDENCIAMENTO E REcredENCIAMENTO Nº 02/2015

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 - GEPCA 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 2015**.

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 2015**.

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 2015 (20 de julho de 2015 a 31 de dezembro de 2015), 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 recredenciamento 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 recredenciamento poderão, entre 20 de julho de 2015 a 21 de setembro do ano de 2015, inscrever-se, desde que atendidas às exigências do presente edital.

3.2 As entidades interessadas no credenciamento ou recredenciamento 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/RECRENCIAMENTO DO PASSE LIVRE
EDITAL DE CREDENCIAMENTO/RECRENCIAMENTO Nº 02/2015
RUA PAULINO PEDRO HERMES, 2785 - BAIRRO NOSSA SENHORA DO ROSÁRIO - SÃO JOSÉ - SC - BRASIL - CEP:
88108.900

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 CREDENCIAMENTO (para aqueles que não participaram do Edital 03/2014):**

- 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, **de forma mecânica**.

3.5 Relação de Documentos para RECRENCIAMENTO (para aqueles que participaram do Edital 03/2014):

- 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, **de forma mecânica**.

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 **em três vias e encaminhado** através do correio de endereçamento postal para a FCEE **em dez dias úteis do seu recebimento por meio eletrônico**.

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 do inventário, dos laudos emitidos, exames e a ficha cadastral do beneficiário com parecer médico para o email: 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 de acesso.

8. DO INVENTÁRIO

- 8.1 Para o ano de 2015, deve ser preenchido o INVENTÁRIO, parte integrante deste Edital (ANEXOS 3 e 4), para cada requerente ao benefício.
- 8.2 Este documento é indispensável à concessão do benefício de gratuidade do transporte de que trata este edital.

9. DA DENÚNCIA E RECISÃO

- 9.1 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.
- 9.2 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.

10. DO PRAZO E DA VIGÊNCIA



10.1 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.

11. DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

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

11.2 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.

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

11.4 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/SC, 20 de julho de 2015.

ROSEMERI BARTUCHESKI
PRESIDENTE DA FUNDAÇÃO CATARINENSE DE EDUCAÇÃO ESPECIAL

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

ANEXO 3

INVENTÁRIO DE DEFICIÊNCIA PARA FINS DE CONCESSÃO DE PASSE LIVRE INTERMUNICIPAL

REQUERENTE: _____

Observação: A deficiência e a incapacidade devem ser atestadas por equipe responsável pela área correspondente à deficiência.

Conforme Decreto 1.792/2008, são elegíveis as pessoas com:

<p>1. DEFICIÊNCIA FÍSICA: pessoas com alteração completa ou parcial de um ou mais segmentos do corpo humano, acarretando o comprometimento da função física, apresentando-se sob a forma de 1 - paraplegia, 2 - paraparesia, 3 - monoplegia, 4 - monoparesia, 5 - tetraplegia, 6 - tetraparesia, 7 - triplegia, 8 - triparesia, 9 - hemiplegia, 10 - hemiparesia, 11 - ostomia, 12 - amputação ou ausência de membro, 13 - paralisia cerebral, 14 - nanismo, 15 - membros com deformidade congênita ou adquirida, exceto as deformidades estéticas e as que não produzam dificuldades para o desempenho de funções.</p> <p><input type="checkbox"/> - Assinale o tipo de deficiência com CID correspondente à mesma: <input type="checkbox"/> 1 CID _____, <input type="checkbox"/> 2 CID _____, <input type="checkbox"/> 3 CID _____, <input type="checkbox"/> 4 CID _____, <input type="checkbox"/> 5 CID _____, <input type="checkbox"/> 6 CID _____, <input type="checkbox"/> 7 CID _____, <input type="checkbox"/> 8 CID _____, <input type="checkbox"/> 9 CID _____, <input type="checkbox"/> 10 CID _____, <input type="checkbox"/> 11 CID _____, <input type="checkbox"/> 12 CID _____, <input type="checkbox"/> 13 CID _____, <input type="checkbox"/> 14 CID _____, <input type="checkbox"/> 15 CID _____.</p> <p>Assinale também correspondente à deficiência física se é: <input type="checkbox"/> Permanente <input type="checkbox"/> Provisória</p>											
<p>2. DEFICIÊNCIA AUDITIVA: pessoas com deficiência auditiva neurosensorial moderada, severa ou profunda, conforme a classificação de <i>Davis Silverme</i> (média das frequências de 500Hz, 1.000Hz, 2.000Hz);</p> <p><input type="checkbox"/> - Anexar audiometria com no máximo seis (6) meses.</p>											
<p>3. DEFICIÊNCIA VISUAL: pessoas com cegueira, na qual a acuidade visual igual ou menor que 20/200 no melhor olho, após a melhor correção, ou campo visual inferior a 20° (tabela de Snellen).</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 33%;">DEFICIÊNCIA VISUAL</th> <th style="width: 33%;">Olho Direito</th> <th style="width: 33%;">Olho Esquerdo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Acuidade Visual:</td> <td>..... CID _____</td> <td>..... CID _____</td> </tr> <tr> <td>Campo Visual:</td> <td>..... CID _____</td> <td>..... CID _____</td> </tr> </tbody> </table>			DEFICIÊNCIA VISUAL	Olho Direito	Olho Esquerdo	Acuidade Visual: CID _____ CID _____	Campo Visual: CID _____ CID _____
DEFICIÊNCIA VISUAL	Olho Direito	Olho Esquerdo									
Acuidade Visual: CID _____ CID _____									
Campo Visual: CID _____ CID _____									
<p>4. DEFICIÊNCIA MENTAL DE MODERADA À PROFUNDA: pessoas com funcionamento intelectual significativamente inferior à média, com manifestação antes dos dezoito anos e limitações associadas a duas ou mais áreas de habilidades adaptativas, tais como: 1 - comunicação, 2 - cuidado pessoal, 3 - habilidades sociais, 4 - utilização dos recursos da comunidade, 5 - saúde e segurança, 6 - habilidades acadêmicas, 7 - lazer, 8- trabalho.</p> <p><input type="checkbox"/> - Assinale as habilidades adaptativas limitadoras e o respectivo CID correspondente à deficiência. CID _____ <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8</p>											
<p><input type="checkbox"/> 5. TRANSTORNOS INVASIVOS DO DESENVOLVIMENTO: pessoas com autismo, síndrome de Rett, Transtorno Desintegrativo da Infância e Síndrome de Asperger. CID _____</p>											
<p><input type="checkbox"/> 6. ATRASO NO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR: crianças de zero a quatro anos de idade.</p>											

Nos termos do Art. 5º A necessidade de acompanhante à pessoa portadora de deficiência, para acesso ao transporte rodoviário intermunicipal de passageiros e aos serviços de navegação interior de travessias, deverá estar expressa no laudo diagnóstico. § 1º A critério da instituição que expedir o laudo diagnóstico, terão necessidade de acompanhante crianças e adolescentes, até 14 (quatorze) anos de idade, e pessoas portadoras de deficiência mental severa, deficiência mental moderada associada a transtorno psiquiátrico não compensado, transtornos invasivos do desenvolvimento com baixo nível de funcionamento, deficiência física ou múltipla que impossibilite a locomoção com independência. NECESSITA DE ACOMPANHANTE: Sim Não

DATA

ASSINATURA E CARIMBO COM REGISTRO PROFISSIONAL

ANEXO 4

INVENTÁRIO DE DEFICIÊNCIA PARA FINS DE CONCESSÃO DE PASSE LIVRE INTERMUNICIPAL

CONCESSÃO DE PASSE LIVRE INTERMUNICIPAL
Decreto nº 1.792, de 21 de outubro de 2008.

RELATÓRIO MÉDICO

Observação:

O RELATÓRIO DEVERÁ CARACTERIZAR A INCAPACIDADE PERMANENTE ou PROVISÓRIA LEVANDO EM CONTA AS DEFINIÇÕES E INFORMAR O HISTÓRICO DA DEFICIÊNCIA.

Relatório Médico e Histórico da Deficiência

DATA

ASSINATURA E CARIMBO COM REGISTRO PROFISSIONAL

O solicitante do benefício deverá encaminhar à Fundação Catarinense de Educação Especial (Setor do Passe Livre) ou para a Instituição Especializada, os seguintes documentos devidamente preenchidos pelo médico:

- Inventário devidamente preenchido (Anexos 3 e 4), com data, assinatura e carimbo médico.
- Relatório médico ou atestado, devidamente preenchidos constando o CID da doença de base, CID da deficiência elegível ao recebimento do benefício, data, assinatura e carimbo do médico.

NOS CASOS DE DEFICIÊNCIA MENTAL, TRANSTORNOS INVASIVOS DO DESENVOLVIMENTO E ATRASO NO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR, SERÁ ACEITO RELATÓRIO OU ATESTADO PSICOLÓGICO COM CID DA DEFICIÊNCIA A QUAL DÁ DIREITO AO BENEFÍCIO. DE IGUAL FORMA, NECESSÁRIO O DEVIDO PREENCHIMENTO DO INVENTÁRIO (ANEXOS 3 E 4) COM ASSINATURA E CARIMBO DO PSICÓLOGO COM REGISTRO PROFISSIONAL.