



LEI N.º 8.040, DE 04 DE JULHO DE 2013

Autoriza convênios com as entidades assistenciais que especifica para atendimento aos portadores de deficiências; e revoga a Lei 6.860/07, correlata.

O PREFEITO DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ, Estado de São Paulo, de acordo com o que decretou a Câmara Municipal em Sessão Ordinária realizada no dia 02 de julho de 2013, PROMULGA a seguinte Lei:-

Art. 1º - Fica o Chefe do Executivo autorizado a firmar convênios com as Entidades: ATEAL – Associação Terapêutica de Estimulação Auditiva e Linguagem, AMARATI – Associação de Educação Terapêutica, Centro de Atendimento à Síndrome de Down “BEM-TE-VI” e Centro de Reabilitação de Jundiaí, com o objetivo de propiciar o atendimento aos portadores de deficiências.

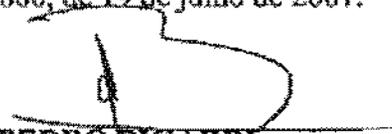
Art. 2º - Os convênios de que trata o art. 1º obedecerão aos termos das minutas anexas, que ficam fazendo parte integrante desta Lei.

Art. 3º - As despesas decorrentes da execução desta Lei serão financiadas com recursos das dotações 14.01.10.302.0151.2816.3.390.3900.0.000 e 14.01.10.302.0151.2816.3.3.90.39.00.0.5001.

Art. 4º - Após assinado, o Executivo encaminhará à Câmara cópia dos respectivos convênios para juntada aos autos.

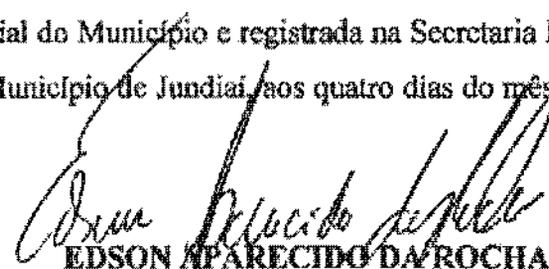
Art. 5º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a partir de 15 de junho de 2013.

Art. 6º - Revoga-se a Lei nº 6.860, de 19 de julho de 2007.


PEDRO BIGARDI

Prefeito Municipal

Publicada na Imprensa Oficial do Município e registrada na Secretaria Municipal de Negócios Jurídicos da Prefeitura do Município de Jundiaí, aos quatro dias do mês de julho de dois mil e treze.


EDSON APARECIDO DA ROCHA

Secretário Municipal de Negócios Jurídicos



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ - SP

CONVÊNIO n°, que entre si celebram a Prefeitura do Município de Jundiaí e a Associação Terapêutica de Estimulação Auditiva e Linguagem – ATEAL objetivando desenvolver ações de prevenção, diagnóstico, tratamento, recuperação e pesquisa nas áreas de reabilitação física e mental e dos distúrbios da comunicação.

Processo n°

Pelo presente instrumento, de um lado a **PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ**, neste ato representado pelo seu Prefeito **PEDRO BIGARDI**, presente também a Sr. **CLAUDIO ERNANI MARCONDES DE MIRANDA**, Secretário Municipal de Saúde, doravante denominada apenas **PREFEITURA**, e, de outro, a **Associação Terapêutica de Estimulação Auditiva e Linguagem – ATEAL**, inscrito no CNPJ sob n° 51.910.842/0001-11, com sede à Avenida Antonio Frederico Ozanan, n° 6561, Cidade de Jundiaí, Estado de São Paulo, neste ato representado por sua Presidente **JOSÉ RUBENS FERREIRA**, RG 8.057.310-1 SSP/SP e CPF 992.793.128-04, doravante designado simplesmente **CONVENIADO**, conforme autoriza a Lei n°, de de de, firmam entre si o presente **CONVÊNIO**, que se regerá pela Lei Federal n° 8666, de 21 de junho de 1993, mediante as cláusulas e condições a seguir estabelecidas:

CLÁUSULA 1ª - DO OBJETO

O presente **CONVÊNIO** tem por objeto, mediante a conjugação de esforços dos convenentes, o desenvolvimento pelos partícipes de ações procedimentais destinadas à prestação de serviços de saúde, objetivando desenvolver ações de prevenção, diagnóstico, tratamento, recuperação e pesquisa nas áreas de reabilitação física e mental e dos distúrbios da comunicação, observados os princípios, objetivos e diretrizes do Ministério da Saúde – Sistema Único de Saúde (SUS) e na conformidade da política municipal de saúde, do Plano de Trabalho e Anexos que constituem parte integrante do presente Convênio.

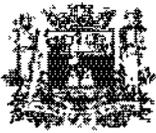
CLÁUSULA 2ª – DAS OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO

I – transferir os recursos financeiros na forma consignada no presente ajuste;

II – supervisionar, acompanhar e avaliar qualitativa e quantitativamente, os serviços prestados pela **CONVENIADA** em decorrência deste Convênio e conforme critérios definidos no Plano de Trabalho;

III – examinar e aprovar as prestações de contas dos recursos financeiros repassados ao **CONVENIADO**;

IV – assinalar prazo para que o **CONVENIADO** adote as providências necessárias para o exato cumprimento das obrigações decorrentes deste Convênio, sempre que verificada alguma irregularidade;



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ - SP

CLÁUSULA 3ª - DAS OBRIGAÇÕES DO CONVENIADO

I - para o cumprimento do objeto deste convênio o **CONVENIADO** obriga-se a oferecer ao usuário todo o recurso técnico necessário ao seu atendimento e ainda:

a) possuir sede operacional em Jundiaí, com capacidade para atendimento à demanda prevista em convênio;

b) zelar pela manutenção dos padrões de qualidade dos serviços prestados, de acordo com as normas técnicas e operacionais vigentes;

c) não utilizar, nem permitir que terceiros utilizem, quaisquer dados oriundos da prestação de seus serviços, para fins de experimentação.

d) manter as dependências em perfeito estado de conservação, higiene e funcionamento, bem como possuir espaço adequado para acomodação do paciente e acompanhante antes, durante e após a realização do procedimento e disponibilizar todos os insumos e cuidados necessários para tanto;

e) atender aos usuários e seus familiares com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo sempre a qualidade na prestação dos serviços, assim como fornecer todas as orientações para a evolução do tratamento;

f) justificar ao usuário, ou ao seu representante por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional relativo a este Convênio;

g) seguir os protocolos, fluxos e regulação estabelecidos pela **PREFEITURA/Secretaria Municipal de Saúde**;

h) não cobrar do paciente ou de seu acompanhante qualquer valor pelos serviços prestados nos termos deste Convênio;

i) realizar, conforme regulação da Secretaria Municipal de Saúde, os procedimentos e ações constantes no Plano de Trabalho;

j) utilizar sistema informatizado para controle e acompanhamento dos procedimentos de acordo com definição da Secretaria Municipal de Saúde;

k) disponibilizar relatórios conforme frequência e definição da Secretaria Municipal de Saúde;

l) manter quadro de Recursos Humanos compatível com a legislação pertinente e os serviços e ações definidos no Plano de Trabalho;

m) disponibilizar todos os documentos necessários para auditoria da Secretaria Municipal de Saúde, quando solicitado;



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ - SP

n) deverá ter CNES compatível com a execução dos procedimentos em questão, inclusive profissionais/CBO adequados e em quantidade suficiente, equipamentos, serviço/classificação e habilitações para a execução dos procedimentos SUS, com a responsabilidade de informar, junto a VISA municipal, qualquer atualização, alteração ou inclusão de informações, como requisito para a execução do convênio;

o) manter o funcionamento do estabelecimento em horário comercial, podendo ser estendido em comum acordo entre as partes, desde que preservado o conforto, segurança e adequação às necessidades específicas para a realização do procedimento ou da ação;

p) estar em conformidade com a legislação da VISA vigente;

q) manter atualizada o prontuário dos usuários e arquivo médico, pelo prazo de 05 (cinco) anos, observando-se as exceções previstas em lei;

r) afixar aviso em local visível, da sua condição de prestador de serviço integrante do Sistema Único de Saúde (SUS);

s) será de inteira responsabilidade da **CONVENIADA** a indicação de outro serviço sem ônus à **PREFEITURA**, no caso de interrupção do serviço de diagnóstico por um período igual ou superior a 03 (três) dias úteis, sendo que nesse caso o serviço deverá cumprir os mesmos pré requisitos da **CONVENIADA**;

t) aplicar integralmente os recursos financeiros repassados pelo **MUNICÍPIO** na prestação dos serviços e ações objeto deste Convênio;

u) apresentar, trimestralmente, ao **MUNICÍPIO** o relatório das atividades desenvolvidas e da aplicação dos recursos financeiros recebidos, bem como declaração quantitativa de atendimento trimestral, assinada pelo representante da **CONVENIADA**;

v) os documentos originais de receitas e despesas referentes à comprovação da aplicação dos recursos vinculados ao convênio, depois de contabilizados, ficarão arquivados na entidade em protocolado próprio e à disposição para conferência e acompanhamento do **MUNICÍPIO**;

w) prestar contas ao **MUNICÍPIO**, no que couber no molde da Instrução Normativa 02/2008 do Tribunal de Contas de São Paulo até 31 de janeiro do exercício subsequente, dos recursos repassados durante o exercício anterior, e, se for o caso,



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ - SP

até 30 (trinta) dias do término da vigência deste instrumento, sob pena de ficar impedida de receber quaisquer outros recursos financeiros do **MUNICÍPIO**;

x) manter a contabilidade, os procedimentos contábeis e os registros estatísticos em perfeita ordem sempre à disposição dos agentes públicos responsáveis pelo acompanhamento e controle, de forma a garantir o acesso às informações da correta aplicação e utilização dos recursos financeiros recebidos, nos moldes do Anexo II – Prestação de Contas;

y) manter Conselho Gestor atuante;

z) assegurar ao **MUNICÍPIO** as condições necessárias ao acompanhamento, supervisão, fiscalização e avaliação da execução dos serviços e ações objeto deste Convênio;

CLÁUSULA 4ª – DO CONTROLE, AVALIAÇÃO, VISTORIA, FISCALIZAÇÃO E AUDITORIA

a) a prestação de serviços será avaliada pela Secretaria Municipal de Saúde, mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste Convênio, à verificação do movimento dos atendimentos e quaisquer outros dados necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados;

b) sob critérios definidos em normatização complementar, poderá, em casos específicos, ser realizada auditoria especializada;

c) anualmente, na hipótese de prorrogação, a **PREFEITURA** vistoriará as instalações do **CONVENIADO** para verificar se persistem as mesmas condições técnicas básicas iniciais, comprovadas por ocasião da assinatura deste Convênio;

d) o **CONVENIADO** facilitará o acompanhamento e a fiscalização permanentes dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhes forem solicitados pelos servidores da **PREFEITURA** designados para tal fim.

e) o **CONVENIADO** deverá disponibilizar a **PREFEITURA** os devidos documentos, fichas comprobatórias e instalações, para reavaliação da qualidade e capacidade dos serviços dos usuários dos SUS;

f) as contas rejeitadas ou glosadas quanto ao mérito, serão objeto de análise pelos órgãos de avaliação, controle, fiscalização e autoria a qualquer tempo;

g) qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição ou suspensão da capacidade operativa do **CONVENIADO**, sem autorização da **PREFEITURA**, poderá ensejar em denúncia ou em revisão das condições ora estipuladas, mediante Termo Aditivo próprio;



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ - SP

h) a **PREFEITURA** por meio das áreas técnicas competentes exercerá a função gerencial fiscalizadora, ficando assegurado, aos seus agentes qualificados, o poder discricionário, de orientar ações e de acatar ou não justificativa com relação a eventual disfunção na sua execução, sem prejuízo da ação das unidades de controle interno e externo.

i) a fiscalização exercida pela **PREFEITURA**, sob os serviços ora conveniados, não eximirá o **CONVENIADO** da sua plena responsabilidade perante o **MINISTÉRIO DA SAÚDE**, conselhos de classe, pacientes e terceiros e a própria Secretaria Municipal de Saúde, decorrente de culpa ou dolo na execução do convênio.

CLÁUSULA 5ª – DO VALOR E DO PAGAMENTO

a) dá-se ao presente ajuste o valor anual de R\$ 2.240.045,64 (Dois milhões duzentos e quarenta mil quarenta e cinco reais e sessenta e quatro centavos) e o valor estimado mensal de R\$ 186.670,47 (Cento e oitenta e seis mil seiscentos e setenta reais e quarenta e sete centavos); no que concerne à **PREFEITURA**, com a devida contrapartida à custa da **CONVENIADA** no valor anual de R\$ 139.032,00 (Cento e trinta e nove mil e trinta e dois reais) e valor estimado mensal de R\$ 11.586,00 (onze mil quinhentos e oitenta e seis reais).

b) a **CONVENIADA** apresentará, mensalmente, até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente ao fechamento de cada mês, o faturamento, as fichas comprobatórias dos atendimentos e os documentos referentes aos procedimentos (**METAS QUANTITATIVAS**) e ações (**METAS QUALITATIVAS**) efetivamente prestados, obedecendo para tanto, O Plano de Trabalho, o Anexo I e as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde;

c) a **PREFEITURA**, em um prazo de 15 dias úteis, revisará e processará o faturamento e documentos recebidos da **CONVENIADA** conforme estipulado pelo Ministério da Saúde, para posterior autorização de emissão de Nota Fiscal e pagamento em até 05 dias úteis;

d) depois de efetivados os itens “b” e “c”, a **CONVENIADA** receberá, mensalmente, da **PREFEITURA**, os valores apurados considerando os critérios de metas quantitativas e qualitativas previstas no Plano de Trabalho.

e) os valores constantes do Plano de Trabalho referenciados à Tabela SUS do Ministério da Saúde sofrerão variação de acordo com a alteração da mencionada Tabela.

CLÁUSULA 6ª – DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

As despesas decorrentes da execução deste **CONVÊNIO** com relação aos valores custeados pela **PREFEITURA** serão financiadas com recursos das dotações 14.01.10.302.0151.2816.3.3.90.39.00.0.000. e 14.01.10.302.0151.2816.3.3.90.39.00.0.5001.

Parágrafo único – Em caso de prorrogações as despesas serão suportadas por dotações destacadas especificamente para essa finalidade.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ - SP

CLÁUSULA 7ª – DA VIGÊNCIA E DA REVISÃO

O presente convênio terá a duração de 12 (doze) meses, contado a partir de 15 de junho de 2013, podendo ser prorrogado até o limite de 60 (sessenta) meses, se não for revisto ou denunciado por qualquer das partes, no prazo previsto na cláusula 8ª, I.

Na hipótese de prorrogação, os valores não referenciados à Tabela SUS constantes do Plano de Trabalho, serão revistos mediante a composição dos custos envolvidos.

CLÁUSULA 8ª – DA RESCISÃO

Este Convênio poderá ser alterado por acordo entre os partícipes, sempre que assim determinar o interesse público, mediante termo aditivo específico, sendo vedada a alteração do seu objeto.

CLÁUSULA 9ª – DA DENÚNCIA E DA RESCISÃO

I) este convênio poderá ser denunciado a qualquer tempo, desde que a parte interessada comunique à outra tal intenção, com 120 (cento e vinte) dias de antecedência.

II) a inobservância de qualquer das cláusulas, condições ou obrigações estabelecidas neste instrumento, facultará à parte inocente considerá-lo rescindido de pleno direito, independentemente de qualquer ação ou notificação judicial.

III) constituem motivo para a denúncia deste Convênio:

a) o não cumprimento ou o cumprimento irregular de suas cláusulas;

b) o desatendimento das determinações regulares dos órgãos designados para acompanhar e fiscalizar a sua execução;

c) a modificação da finalidade ou da estrutura da CONVENIADA, que prejudique a execução do convênio.

Parágrafo único – o presente Convênio rescinde os convênios anteriores celebrados entre os partícipes, desde que tenham o mesmo objeto.

CLÁUSULA 10ª – DA PUBLICAÇÃO

A eficácia deste Convênio fica condicionada a publicação do respectivo extrato no órgão de imprensa oficial do Município, no prazo de 20 (vinte) dias a contar da data de sua assinatura, contendo os seguintes elementos:



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ - SP

I – espécie, número do instrumento, nome e CGC/CPF dos partícipes e dos signatários;

II – resumo do objeto;

III – crédito pelo qual correrá a despesa e número, data e valor da Nota de Empenho;

IV – prazo de vigência e data de sua assinatura.

CLÁUSULA 11ª – DO FORO

Para dirimir questões oriundas da execução do presente convênio, não passíveis de solução na via administrativa, fica eleito o foro da Comarca de Jundiaí, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

CLÁUSULA 12ª - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Aplicam-se à execução deste Convênio, bem como aos casos omissos, no que couber, a Lei Federal nº 8.666/93.

Qualquer alteração ou modificação das condições de execução do presente convênio, inclusive as que importem em aumento ou diminuição da capacidade operativa da **CONVENIADA**, serão objeto de Termos Aditivos a critério dos partícipes;

E por estarem assim justos e avençados, assinam o presente em 03 (três) vias de igual teor e para um só efeito de direito.

Jundiaí, de de 2013

PEDRO BIGARDI
Prefeito Municipal

CLAUDIO E. MARCONDES MIRANDA
Secretário Municipal de Saúde

Presidente Entidade

Testemunhas:

- 1.
- 2.

PLANO OPERATIVO

1. INTRODUÇÃO

A ATEAL – Associação Terapêutica de Estimulação Auditiva e Linguagem, localizada na cidade de Jundiaí-SP, foi fundada em 1982, pela Fonoaudióloga Mariza Cavenaghi Argentino Pomilio, por pais e por colaboradores

É uma associação civil, assistencial e de pesquisa, sem fins econômicos, que tem como objetivo atender pessoas com deficiência auditiva e ouvintes com distúrbios da comunicação, prestando-lhes serviços de diagnóstico, habilitação e reabilitação gratuita e permanente, às famílias e indivíduos em situação de vulnerabilidade e risco social, sem qualquer discriminação, para uma inclusão familiar, social educacional e profissional.

Realiza exames em maternidades para detecção precoce da deficiência auditiva em bebês, possui um Centro Audiológico para realização de exames da audição, indicação e adaptação de aparelho auditivo, participa de Programas de Saúde Ocupacional em empresas para diagnóstico e conservação da audição. Participa também de programas de pesquisas genéticas em parceria com a Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP.

Terapeuticamente desenvolve programas de habilitação e reabilitação, terapias individuais e em grupo, nas áreas de fonoaudiologia, psicologia, psicopedagogia, assistência social e terapia ocupacional.

Participa dos Conselhos Municipais de Saúde, da Educação, da Assistência Social, dos Direitos da Criança e do Adolescente e da Pessoa Portadora de Deficiência, membro do Conselho Gestor da Rede Brasileira de Entidades Assistenciais e Filantrópicas - REBRAF e membro do grupo Vistage/TEC.

Missão:

"Prestar serviços em saúde auditiva e da comunicação, por meio de pesquisa, diagnóstico e reabilitação, visando o bem-estar e inclusão das pessoas."

Visão:

"Ser referência em assistência, pesquisa e gestão na área de saúde auditiva e da comunicação"

Princípios básicos:

"Respeito à diversidade humana, valorizando e incentivando a multiplicidade de idéias e opiniões"

Valores:

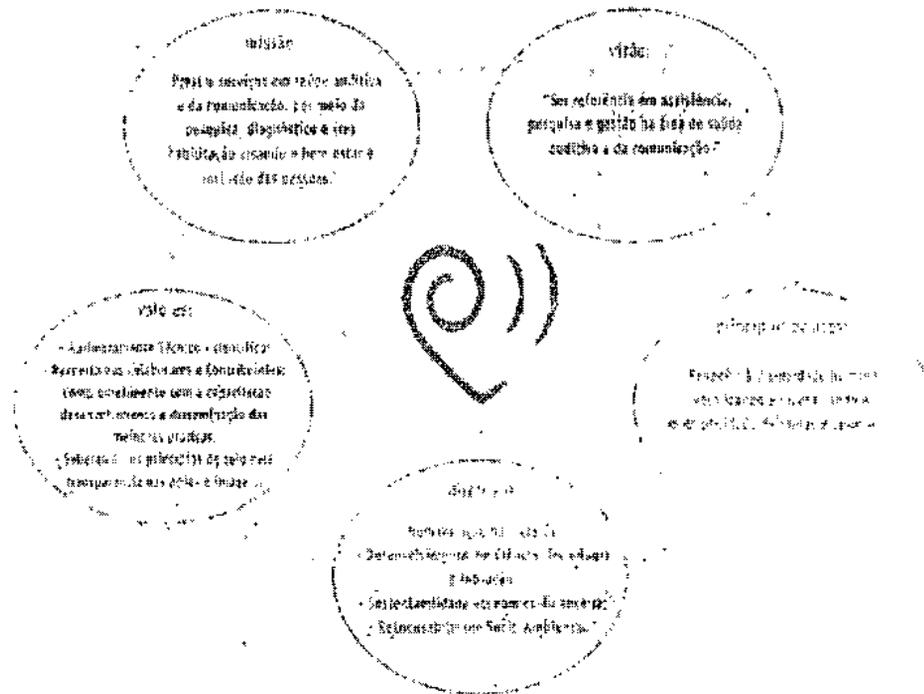
- Aprimoramento Técnico - Científico;
- Respeito aos colaboradores e contribuintes;
- Comprometimento com a capacitação, desenvolvimento e disseminação das melhores práticas;
- Soberania nos princípios de zelo pela transparência nas ações e imagem.

Diretrizes:

- Humanização nas relações;
- Desenvolvimento em Ciência, Tecnologia e Inovação;
- Sustentabilidade econômico-financeira;
- Responsabilidade Socioambiental

Av. Antonio Frederico Ozanan, 6561 - Vila Rafael de Oliveira - CEP 13201-125 - Jundiaí / SP

Telefones: (11) 4523.4110 - Site: www.ateal.org.br - e-mail: ateal@ateal.org.br



1.2 OBJETIVOS ESTATUTÁRIOS

Artigo 2º – Para realizar sua missão, a ATEAL propõe os seguintes objetivos:

- Planejar, organizar e manter programas de prevenção, detecção precoce, diagnóstico, habilitação e reabilitação auditiva e de linguagem, indicação e adaptação de aparelho de amplificação sonora, inclusão familiar, social, educacional e profissional, para pessoas portadoras de deficiência auditiva, de forma permanente, planejada e contínua;
- Planejar, organizar e manter programas de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e atendimentos terapêuticos individuais ou em grupos às pessoas ouvintes com distúrbios de motricidade oral, voz e linguagem oral, gráfica e emocional, de forma permanente, planejada e contínua;
- Desenvolver pesquisas e estudos visando o aperfeiçoamento da ciência e das técnicas de atendimento aos deficientes auditivos e ouvintes com distúrbios de motricidade oral, voz e linguagem oral gráfica e emocional;
- Cooperar e associar-se com as instituições públicas, particulares nacionais e internacionais, que se dediquem à saúde, educação, reeducação e aspectos socioculturais das pessoas deficientes auditivas e ouvintes com distúrbios da comunicação;
- Divulgar e informar as causas da deficiência auditiva e distúrbios da comunicação, com o objetivo de prevenir sua incidência, bem como, de pesquisar melhores meios de educar, reabilitar e capacitar, buscando a inclusão no meio familiar, social, educacional e profissional;

U
R
10

f) Pleitear junto aos Poderes Públicos Municipais, Estadual e Federal a adoção de medidas administrativas e legislativas dos direitos inerentes às pessoas e à causa das diferenças, relacionadas à deficiência auditiva e distúrbio da comunicação;

g) Organizar unidades de prestação de serviços, quantas se fizerem necessárias e utilizar todos os meios lícitos a fim de angariar, recolher e arrecadar fundos para a consecução de seus propósitos.

2. CAPACIDADE INSTALADA E ESTRUTURA TECNOLÓGICA

- a) Salas de atendimentos: 48 salas.
- b) Capacidade de atendimento: 3850 pessoas / mês.
- c) Capacidade de procedimentos: 19.000 / mês.
- d) Equipamentos:
 - a. Audiômetros: 9
 - b. Imitanciómetros: 5
 - c. Ganho de inserção: 3
 - d. Campo livre: 5
 - e. Potencial Evocado de Tronco Encefálico: 2
 - f. Emissões Otoacústicas: 2
 - g. Potencial Evocado de Tronco Encefálico portátil: 1
 - h. Emissões Otoacústicas portátil: 3
 - i. Cabinas: 8
 - j. Vectoeletronistagmógrafo: 1
 - k. Unidade Móvel de Audiometria: 1

3. DETALHAMENTO DO CORPO TÉCNICO, POR CBO E JORNADA DISPONIBILIZADA PARA EXECUÇÃO DO PRESENTE OBJETO

Responsável Técnico:

Dra. Kátia Cristina Costa
CRM: 113.688

Equipe Técnica.

| ESPECIALIDADE | CBO | PROFISSIONAIS | QUALIFICAÇÃO | JORNADA SEMANAL DISPONÍVEL PARA O CONVÊNIO |
|-------------------------|--|------------------------------|--------------------------------|--|
| Fonoaudiólogos | 223610 | Ana Cristina C. Lopes | Especialista em audiologia | 25 h |
| | | Camila Gyanja Mola | Especialista em audiologia | 20 h |
| | | Cecília C. C. S. Leopoldo | Especialista em audiologia | 25 h |
| | | Célia Firmina F. do Rego | Especialista em audiologia | 30 h |
| | | Daniela R. D. Petrechen | Mestre em Educação | 30 h |
| | | Gisele Cristina Longui | Especialista em audiologia | 30 h |
| | | Gisela Buzato | Especialista em audiologia | 30 h |
| | | Raquel Prestes | Especialista em audiologia | 25 h |
| | | Renata Brunoro Amadeo | Especialista em audiologia | 30 h |
| | | Tânia Pereira | Especialista em audiologia | 20 h |
| | | Renata Maria Caldas | Especialista em audiologia | 30 h |
| | | Simone B. De M. Escaravini | Especialista em audiologia | 30 h |
| | | Tatiana Tomá | Especialista em audiologia | 30 h |
| | | Aline C. T. Vargas | Especialista em voz | 25 h |
| | | Daniela Poltes de S. Resende | Especialista em voz | 20 h |
| | | Maria de Sordi Pinto | Mestre Saúde, Reab. Interdisc. | 25 h |
| | | Rafaela Rossi | | 30 h |
| | | Mirna Polli | Mestre Saúde, Reab. Interdisc. | 30 h |
| Amanda Balarin Dias | Espec. em surdez e LIDRAS | 20 h | | |
| Edneia B. Lodiola | Especialista em surdez | 30 h | | |
| Josiane Ferreira | Especialista em surdez | 30 h | | |
| Carina Gomes R. Mazolin | | 30 h | | |
| Mariza C. A. Pernillo | Especialista em Psicanálise Institucional e Mestre em Educação | 20 h | | |

| | | | | |
|----------------------------------|--------|---|---|-------------------------------------|
| Médico otorrinolaringologista | 223147 | Amanda Costa Rossi Kátia C. Costa | Otorrinolaringologista Otorrinolaringologista | 15 h 25 h |
| Psicólogos | 261505 | Cíntia Nazaré M. Sanchez Mariângela B. V. Martins Maria Lúcia Dal Santo Tânia Manza Z. Lima Viviane Seraphim da Silva | Mestre em desenv. e aprendiz Espec. psicopedagogia Espec. psicologia social Espec. educação especial Especialista em LIBRAS | 20 h 27 h 18h 20 h 30 h |
| Pedagogos | 239206 | Diego Arouca Lameira Doeni Emanuela Barten Maria Margareth M. Pompemarier Marcelice Ribela Goes | Espec. psicopedagogia Espec. psicoped. e LIBRAS Espec. psicopedagogia Espec. psicopedagogia | 30 h 30 h 30 h 30 h |
| Assistente Social | 251505 | Silviane Ferrara Mônica Dourado da Costa | Espec. gestão de pessoas Assistente Social | 30 h 30 h |
| Médico Neuropediatra | 223142 | Mariana Machado P. Pinto | Neuropediatra | 5 h |
| Terapeuta Ocupacional | 223905 | Maria Conceição T. Argente Paula Cristina Machado | Espec. psicoped. e ed. especial | 30 h 10 h |
| Fisioterapeuta | | Giovanna Lúlian Saccoman | Fisioterapeuta | 4 h |

4. IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO A SER EXECUTADO COM DETALHAMENTO DOS SERVIÇOS E AÇÕES PRESTADAS E PÚBLICO ALVO

Objetivo Geral:

- Desenvolver ações de prevenção, diagnóstico, tratamento, recuperação e pesquisa nas áreas de reabilitação física e mental e dos distúrbios da comunicação, com um padrão de qualidade que o torne referência nesta área, em conformidade com os Anexos I e II que integram este instrumento.

Objetivos Específicos:

- Desenvolver serviços de saúde diferenciados com abordagem terapêutica dentro dos princípios e pressupostos éticos definidos pelo Ministério da Saúde e as entidades profissionais que regulamentam as atividades técnicas na área de reabilitação física e mental e dos distúrbios da comunicação, privilegiando sempre o respeito à liberdade de escolha dos pacientes e o direito de decidir sobre sua vida.
- Desenvolver atividades de prevenção voltadas para grupos considerados de maior risco, buscando evitar, os agravos decorrentes da perda de audição e dos distúrbios da comunicação.
- Oferecer orientação e atendimento à família, considerando a importância da adesão ao tratamento na obtenção da habilitação e/ou reabilitação do paciente.
- Desenvolver pesquisas e estudos voltados para a busca permanente da excelência no tratamento, no avanço das técnicas terapêuticas em suas diferentes especificidades, na definição de políticas públicas para a área.
- Implementar a integração das diferentes profissões envolvidas neste trabalho de tal modo que a prática da interdisciplinaridade se mostre efetiva e viável.
- Desenvolver ações integradas com órgãos públicos e/ou privados responsáveis pela definição e operacionalização de políticas públicas na área de atuação, buscando a otimização de seus resultados.

Para cumprir com os objetivos propostos, a ATEAL definiu como objeto do presente Plano de Trabalho a promoção de atividades de assistência integral à saúde auditiva e da comunicação e suas comorbidades, envolvendo o tratamento ao paciente.

A operacionalização deste Plano de Trabalho dar-se-á pela execução das ações detalhadas.

4.1.FLUXO

4.1.1.Origem da Demanda

A ATEAL deverá compor a rede de assistência à reabilitação física e mental e de distúrbios da comunicação do município, seguindo os fluxos e diretrizes pré-estabelecidos pela SMS.

Deverá atender demanda referenciada pelas Unidades de Atenção Básica, Ambulatórios de Especialidades e demais unidades que compõem a rede de assistência à reabilitação e pacientes referenciados de outras regiões de saúde, sob regulação da SMS.

4.1.2.Regulação do serviço

Todos os casos novos encaminhados para a ATEAL deverão obedecer ao fluxo descrito e ser regulados pela SMS/DACA por meio da agenda SIIM.

O serviço se compromete a manter registros em prontuário unificado.

5. DEFINIÇÃO DAS METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS A SEREM ATINGIDAS

As METAS QUANTITATIVAS correspondem ao volume esperado de produção de procedimentos SUS para aplicação das atividades, segundo as diretrizes do Ministério da Saúde, conforme detalhamento do ANEXO I.

As METAS QUALITATIVAS correspondem às ações desenvolvidas pela entidade, visando desenvolver ações de prevenção, tratamento, recuperação, pesquisa e capacitação nas áreas de reabilitação física e mental, humanização e ações de sustentabilidade com um padrão de qualidade que o torne referência nesta área, em conformidade o detalhamento do ANEXO II.

6. DEFINIÇÃO DE PARÂMETROS E INDICADORES PARA AVALIAÇÃO E CUMPRIMENTO DAS METAS

METAS QUALITATIVAS MENSAIS

| OBJETIVO | METAS | INSTRUMENTOS DE MEDIÇÃO E AFERIÇÃO |
|---|---|---|
| Qualidade das Informações | Informe da produção realizada | Relatórios de Produção |
| | Envio de informações contábeis e financeiras | Relatórios de periodicidade trimestral, iniciando a partir do 3º mês |
| | Utilização e manutenção do Sistema online disponibilizado pela Regulação /SMS | Declaração da instituição formalizando utilização do sistema sujeita a verificação e validação do contratante |
| Cumprimento das metas estabelecidas pelos indicadores | Utilização de processo de comunicação interna e externa para receber, registrar e tratar as queixas de clientes | Relatório sistematizado e compilado dos resultados obtidos na pesquisa de satisfação interna e externa |
| | Ações de prevenção para redução de absenteísmo no tratamento | Relatório descritivo sintético das ações desenvolvidas e resultados alcançados na redução das faltas dos usuários |
| | Ações de Humanização | Relatório descritivo sintético das ações desenvolvidas e resultados alcançados na humanização das ações |
| | Treinamento e desenvolvimento dos colaboradores | Relatório sintético compilado com os dados dos investimentos em treinamento e desenvolvimento dos colaboradores |

7. ETAPAS OU FASES DA EXECUÇÃO DO OBJETO A SER EXECUTADO

7.1. – Programa de saúde auditiva de Média e Alta complexidade (habilitação do MS)

Atende mensalmente 75 pacientes deficientes auditivos referenciados pela rede especializada das regiões de saúde de Jundiaí, Bragança e Franco da Rocha que compreendem os municípios abaixo (pacientes novos ou para reavaliação), de acordo com a orientação da Secretaria Municipal de Saúde para a distribuição de vagas:

COTA DE PACIENTES POR MUNICÍPIO

| | | |
|----|-------------------|--------------|
| 1 | Tuiuti | 05 pacientes |
| 2 | Pedra Bela | |
| 3 | Vargem | |
| 4 | Joanópolis | |
| 5 | Pinhalzinho | |
| 6 | Bom Jesus | |
| 7 | Nazaré Paulista | |
| 8 | Louveira | 01 paciente |
| 9 | Itupeva | 01 paciente |
| 10 | Mairiporã | 01 paciente |
| 11 | Cajamar | 01 paciente |
| 12 | Piracaia | 01 paciente |
| 13 | Morungaba | 01 paciente |
| 14 | Jarinu | |
| 15 | Cabreúva | 02 pacientes |
| 16 | Caleiras | 02 pacientes |
| 17 | Campo Limpo | 03 pacientes |
| 18 | Franco da Rocha | 03 pacientes |
| 19 | Francisco Morato | 03 pacientes |
| 20 | Itatiba | 05 pacientes |
| 21 | Várzea Paulista | 06 pacientes |
| 22 | Atibaia | 07 pacientes |
| 23 | Bragança Paulista | 09 pacientes |
| 24 | Jundiaí | 24 pacientes |
| | TOTAL | 75 |

Oferece o diagnóstico de perda auditiva, o acompanhamento em otorrinolaringologia para os casos referenciados, a concessão de AASI (Aparelho de Amplificação Sonora Individual) e o acompanhamento especializado, respeitando as especificidades exigidas para cada um desses segmentos. Realiza acompanhamento para os casos novos e antigos adaptados com o Aparelho Auditivo, realizando acompanhamento do quadro audiológico e do ajuste fino dos aparelhos e manutenção quando necessário.

7.1.1. Etapas do Tratamento

Diagnóstico:

Paciente é referenciado para o diagnóstico pela Rede especializada das regiões de Saúde de Jundiaí, Bragança e Franco da Rocha.

Os pacientes são encaminhados após já terem a indicação de teste de aparelho de amplificação sonora individual (AASI) pelo médico otorrinolaringologista da rede.

Na instituição são realizados os atendimentos relacionados abaixo:

- Avaliação Social;
- Consulta com otorrinolaringologista para definição da etiologia e acompanhamento, quando necessário;
- Bateria de exames audiológicos para identificar ou confirmar a perda auditiva, de acordo com o caso: audiometria, audiometria de reforço visual, imitanciometria, emissões otoacústicas, potencial evocado auditivo de tronco encefálico;
- Encaminhamento para avaliação psicológica, neurológica e outras, se a equipe julgar necessário.

Observação: em casos de bebês diagnosticados com deficiência auditiva, após a primeira bateria de exames, ele já é encaminhado para acompanhamento fonoaudiológico, onde são realizadas sessões de estimulação e orientação familiar sobre o processo de desenvolvimento auditivo. Também é iniciado o processo de adaptação de prótese e/ou encaminhamento para a cirurgia de implante.

coohear em outros centros de referência. Após três meses da primeira bateria de exames, se a equipe de diagnóstico julgar necessário, outros exames são realizados para a confirmação diagnóstica

Teste e Indicação de Aparelho de Amplificação Sonora individual:

Os critérios para a indicação de aparelho auditivo segue a orientação da Portaria 587 de 07/10/2004 (ANEXO IV), reproduzida abaixo:

A - CRITÉRIOS DE INDICAÇÃO DO USO DO AASI

Classe I

1. *Indivíduos adultos com perda auditiva bilateral permanente que apresentem, no melhor ouvido, média dos limiares tonais nas frequências de 500, 1000, 2000 e 4000 Hz, acima de 40 dB NA.*
2. *Crianças (até 15 anos incompletos) com perda auditiva bilateral permanente que apresentem, no melhor ouvido, média dos limiares tonais nas frequências de 500, 1000, 2000 e 4000 Hz, acima de 30 dB NA*

Classe II

3. *Crianças com perdas auditivas cuja média dos limiares de audibilidade encontra-se entre 20 dBNA e 30 dBNA (perdas auditivas mínimas)*
4. *Indivíduos com perdas auditivas unilaterais (desde que apresentem dificuldades de integração social e/ou profissional).*
5. *Indivíduos com perda auditiva flutuante bilateral (desde que tenham monitoramento médico e audiológico sistemático).*
6. *Indivíduos adultos com perda auditiva profunda bilateral pré-lingual, não oralizados (desde que apresentem, no mínimo, detecção de fala com amplificação)*
7. *Indivíduos adultos com perda auditiva e distúrbios neuro-psico-motores graves, sem adaptação anterior de AASI e sem uso de comunicação oral.*
8. *Indivíduos com alterações neurais ou retrococleares (após teste).*
9. *Perda auditiva limitada a frequências acima de 3000 Hz.*

Classe III

10. *Intolerância a todo tipo de amplificação/controlado de ganho devido a um recrutamento intenso*
11. *Anacusia unilateral com audição normal no ouvido contralateral.*

Após confirmação da necessidade do teste pela equipe de diagnóstico, o paciente é agendado para o atendimento de teste de aparelho auditivo. Neste atendimento, são realizadas avaliações com aparelhos de três marcas diferentes, de acordo com a perda auditiva do paciente. Paciente e fonoaudióloga, baseados nos resultados obtidos, definem qual a melhor opção. Em casos específicos, é realizada experiência domiciliar com aparelho auditivo para melhor definição do aparelho indicado. Neste processo de teste, são realizados Teste de Percepção de Fala, ganho funcional e/ou ganho de inserção.

Após indicação concluída, paciente entra em uma fila de espera para o recebimento do aparelho auditivo e início da adaptação com o mesmo.

Para os 24 pacientes de Jundiaí, devido à fila de espera para o recebimento, são considerados alguns critérios de prioridades, conforme descrito abaixo:

Casos Novos: 19 pacientes beneficiados:

- 9 casos P1: adulto ativo com média pior que 45 dB na melhor orelha, criança e adolescentes (idade escolar), idosos acima de 80 anos (a critério da equipe técnica)

- 7 casos P2: adulto ativo com média menor que 45dB na pior orelha, idosos, adultos ou idosos não ativos, mas classe I, segundo a portaria 587.

- 3 casos P3: perda auditiva unilateral, idosos ou adultos não ativos, mas classe II na portaria 587.

Reposição: - 5 pacientes beneficiados:

- 3 casos P1: AASI muito velho ou AASI incompatível com a perda auditiva.

- 2 casos P2: roubo, perda ou mau uso.

Processo de Adaptação:

- **Entrega do aparelho:** Neste dia o paciente recebe seu aparelho auditivo. É orientado a comparecer com a família para que todos recebam as orientações passadas sobre uso e cuidados com o aparelho auditivo e sobre estratégias facilitadoras de comunicação para melhorar a qualidade de vida do paciente e da família.

- **1º retorno:** após uma semana do recebimento, paciente retorna para acompanhamento. Neste dia o objetivo é verificar se o paciente está conseguindo fazer uso do aparelho auditivo (manuseio e cuidados) e se necessita de ajustes finos para melhorar a qualidade sonora. São realizados novas

orientações e os ajustes necessários. Outros retornos são agendados até que o paciente esteja fazendo uso efetivo do aparelho audilivo.

- **Grupo de orientação:** assim que o paciente estiver fazendo uso efetivo dos aparelhos, ele é convocado a participar, juntamente com seus familiares, de um grupo de orientação sobre comunicação. Neste retorno é esperado que o paciente esteja fazendo bom uso do aparelho, sem mais necessidade de acompanhamento constante. Se isso for constatado, ele recebe "alta" até um ano de adaptação, quando comparece para o acompanhamento anual.

- **Acompanhamento anual:** após um ano de adaptação, paciente deve comparecer para este atendimento (ele recebe uma carta solicitando para que entre em contato e faça o agendamento). É verificado se a adaptação precisa de alguma intervenção. Se necessário, o paciente é encaminhado para consulta otorrinolaringológica, reavaliação audiológica e ajuste do AASI.

Observação: Em casos de bebê, crianças e adolescentes diagnosticados com deficiência auditiva, estes pacientes são encaminhados logo após a diagnóstico para o Programa de Reabilitação de Pessoa com Deficiência Auditiva. São realizadas avaliações nas áreas de fonoaudiologia, psicologia e psicopedagogia. Em reuniões de estudo de caso, são definidos os tipos e quantidades de atendimento necessário para cada caso.

7.1.2- Atenção especializada em otorrinolaringologia e neurologia

Atende mensalmente 390 pacientes entre casos novos e retornos da rede municipal de saúde de Jundiaí oferecendo o diagnóstico e tratamento clínico em otorrinolaringologia e fonoaudiologia, respeitando as especificidades exigidas para cada um desses segmentos.

7.1.2.1 Etapas do Tratamento

Nesta área, atendemos pacientes encaminhados pela rede de saúde do município para consulta otorrinolaringológica ou diretamente para diagnóstico audiológico, encaminhado por outros equipamentos do município.

Procedimentos realizados:

Consultas otorrinolaringológica (casos novos e retornos): pacientes encaminhados pelas unidades de saúde de Jundiaí para avaliação e conduta otorrinolaringológica

Diagnóstico e tratamento audiológico:

- Audiometria adulto
- Audiometria infantil
- Imitanciometria
- Logaudiometria
- Avaliação Auditiva comportamental
- Potencial Evocado Auditivo de tronco encefálico
- Potencial Evocado Auditivo para triagem auditiva
- Emissões otoacústicas
- Emissões Otoacústicas Evocadas para triagem
- Avaliação do Processamento Auditivo Central
- Avaliação otoneurológica

7.1.3 - AÇÕES DE PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E (RE)HABILITAÇÃO

Atende 171 pacientes, desenvolvendo ações de tratamento na área de deficiência auditiva, distúrbios da comunicação e suas comorbidades, de acordo com o protocolo descrito abaixo

O diagnóstico adequado norteia a conduta e o paciente só participará das atividades que forem necessárias a sua recuperação, otimizando com isso os recursos e melhorando a adesão ao tratamento.

Após a definição do diagnóstico, os pacientes e os familiares, são incluídos no programa de tratamento, de acordo com sua patologia, conforme descrito no quadro abaixo:

| PROGRAMA | CID | FAIXA ETÁRIA | DESCRIÇÃO |
|----------------------------|-------|--------------|---|
| 1- Distúrbios vocais | R490 | 3-70 anos | Avaliar e reabilitar transtornos vocais para a melhora na qualidade de vida do paciente |
| 2- Distúrbios de linguagem | F80-1 | 0-7anos | Avaliar e reabilitar os possíveis transtornos/distúrbios de linguagem, possibilitando que a criança desenvolva sua fala e linguagem em tempo adequado a sua faixa etária. |

| | | | |
|-----------------------------------|-------|-----------|--|
| 3- Disfluência | F98-5 | 3-70 anos | Avaliar e reabilitar os aspectos relacionados à fluência da fala, como: ritmo, velocidade, melodia, entre outros aspectos da comunicação oral. |
| 4-a- Distúrbio de aprendizagem | F81 | 6-18 anos | Avaliar e reabilitar os aspectos relacionados à aprendizagem da leitura e escrita, como: velocidade e qualidade da leitura, ritmo e respeito às pontuações, trocas de grafemas, processamento fonológico, entre outros <i>(Ficam excluídos deste programa pacientes que sejam matriculados da rede municipal de ensino)</i> |
| 4- b- Treinamento Auditivo Formal | | | |
| 5- Distúrbios articulatórios | F80-0 | 3-70 anos | Avaliar e reabilitar os aspectos relacionados a comunicação oral, como: trocas, omissões ou distorções de fonemas (sons da fala) que estejam aquém do esperado para a idade cronológica do paciente. |
| c- Reabilitação Vestibular | H85-0 | >9 anos | Restaurar o equilíbrio e reduzir ou eliminar sintomas de tontura ou desequilíbrio associados a uma desordem vestibular |

7.1.3.1 Etapas do Tratamento

Independente da patologia (queixa), o paciente irá passar por seis etapas durante o tratamento. Os objetivos das etapas são os mesmos em todos os programas, variando apenas o tempo de duração de cada Etapa, como demonstrado abaixo.

1ª Etapa: Acolhimento pelo serviço social. Neste momento, é feita uma triagem de acordo com queixa e anamnese e é confirmado se o paciente é elegível para atendimento na ATEAL. Se for elegível, paciente é orientado quanto à proposta de tratamento na ATEAL, como o serviço funciona, como é mantido, importância da adesão. É realizada avaliação social para levantamento de dados para caracterização do público e encaminhamento para benefícios, se forem necessários. A Assistente Social encaminha para a avaliação, dependendo da queixa inicial. Se for identificado que o paciente não é elegível para atendimento na ATEAL (não caracteriza clientela), receberá orientação e encaminhamento para outro serviço. Todos os pacientes elegíveis são encaminhados para avaliação audiológica e avaliação fonoaudiológica.

Pacientes que faltarem na avaliação (2ª Etapa) ou três vezes sem justificativa em qualquer outra etapa, será desligado do programa. Família é orientada sobre esta conduta no atendimento inicial.

2ª Etapa: Avaliação diagnóstica do paciente por equipe multidisciplinar; é realizada avaliação de acordo com a queixa do paciente. O primeiro atendimento é com a fonoaudióloga. Se identificada necessidade de avaliação psicológica (emocional e/ou cognitiva) e neurológica, paciente é encaminhado para estes atendimentos. Também é realizada a avaliação audiológica para descartar comprometimento da audição nos casos de distúrbios da comunicação. Após avaliação e discussão de caso, paciente é inserido em uma lista de espera para ser chamado quando houver disponibilidade de vaga para início do processo terapêutico.

3ª Etapa: Inserção do paciente na modalidade de tratamento adequada ao seu perfil e necessidades; paciente é convocado para início do tratamento. É aplicado um termo de compromisso e paciente recebe orientação quanto ao tratamento (datas e horários, necessidade de comprometimento e envolvimento familiar, previsão de término).

4ª Etapa: Desenvolvimento das habilidades propostas. Pode ser realizado por quantas especialidades forem necessárias para o caso: Fonoaudiologia e Psicologia, acompanhamento médico otorrinolaringológico e neurológico. Existe um tempo pré-determinado para esta etapa, após a qual o caso será reavaliado para definição de conduta: encaminhamentos para novas avaliações, continuidade da terapia, atendimento mais espaçado (quinzenal, mensal), alta do tratamento.

5ª Etapa: Preparo para alta. Após reavaliação e discussão de caso em reuniões clínicas, se for definido que a conduta adequada é a alta, família é chamada para orientação sobre o processo de alta.

6ª Etapa: Programa de manutenção. Esta etapa é realizada apenas para os casos em que a manutenção é necessária, ou seja, onde a terapia semanal já não é mais indicada e a equipe consegue orientar e acompanhar este paciente de forma mais espaçada, liberando mais vagas para o processo terapêutico de outros pacientes.

8. PROPOSTA ORÇAMENTÁRIA PARA MANUTENÇÃO DAS METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS

Vide Anexos I e II deste documento.

9. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

| METAS | VALOR MENSAL DO DESEMBOLSO | | | | | |
|---------------|----------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | Mês 1 | Mês 2 | Mês 3 | Mês 4 | Mês 5 | Mês 6 |
| Quantitativas | 173.770,47 | 173.770,47 | 173.770,47 | 173.770,47 | 173.770,47 | 173.770,47 |
| Qualitativas | 12.900,00 | 12.900,00 | 12.900,00 | 12.900,00 | 12.900,00 | 12.900,00 |

| METAS | VALOR MENSAL DO DESEMBOLSO | | | | | |
|---------------|----------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| | Mês 7 | Mês 8 | Mês 9 | Mês 10 | Mês 11 | Mês 12 |
| Quantitativas | 173.770,47 | 173.770,47 | 173.770,47 | 173.770,47 | 173.770,47 | 173.770,47 |
| Qualitativas | 12.900,00 | 12.900,00 | 12.900,00 | 12.900,00 | 12.900,00 | 12.900,00 |

10. PREVISÃO DE INÍCIO E FIM DA EXECUÇÃO DO OBJETO, BEM COMO DA CONCLUSÃO DAS ETAPAS E FASES PROGRAMADAS.

Ações e serviços de natureza contínua tendo o presente Plano Operativo a vigência de 12 meses com início a partir da assinatura do convênio.

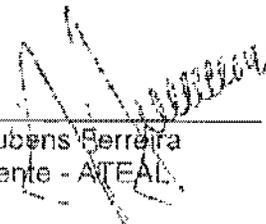
11. CRITÉRIO DE APURAÇÃO DOS VALORES A SEREM REPASSADOS QUANTO AO CUMPRIMENTO DAS METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS

As METAS QUANTITATIVAS correspondem ao volume esperado de procedimentos SUS para aplicação dos protocolos propostos no plano de trabalho. Para recebimento do valor global da META

QUANTITATIVA, referente ao volume de procedimentos SUS, a entidade deverá apresentar mensalmente produção SIA/SUS entre 90% e 100% dos procedimentos do quadro ANEXO I.

As METAS QUALITATIVAS correspondem às ações desenvolvidas pela entidade, visando a qualificação do atendimento oferecido, de forma que a torne referência na área em que atue. Para recebimento do valor global da META QUALITATIVA, a entidade deverá apresentar os resultados previstos entre 90% e 100% no quadro ANEXO I.

Caso a entidade não atinja pelo menos 90% das METAS QUANTITATIVAS e 90% das METAS QUALITATIVAS, por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados, no período de vigência do convênio, passará a receber valor proporcional ao percentual demonstrado por um período máximo de 03 (três) meses, prazo em que deverá apresentar nova proposta de Plano de Trabalho



José Rubens Ferreira
Presidente - ATEAL

ANEXO I

PROCEDIMENTOS - ADEQUAÇÃO PORTARIA 874

| PROCEDIMENTO | DESCRIÇÃO | TEÇO POR PROCEDIMENTO | VALOR SUS | VALOR DO TEÇO |
|--------------|---|-----------------------|--------------|---------------|
| 021107025 | AUCIOMETRIA DE REFORÇO VISUAL (VIA AEREA / OSSEA) | 30 | R\$ 42,00 | R\$ 1.260,00 |
| 021107041 | AUCIOMETRIA TONAL LIXAR (VIA AEREA / OSSEA) | 130 | R\$ 42,00 | R\$ 7.990,00 |
| 0211070203 | IMPEDANCIOMETRIA | 240 | R\$ 46,00 | R\$ 11.040,00 |
| 0211070211 | LOGCALDIOMETRIA (NDVIR/AF) | 300 | R\$ 92,50 | R\$ 27.750,00 |
| 0211070362 | POTENCIAL EVOCADO/ADITIVO DE CURTA DURA E LONGA LATENCIA | 25 | R\$ 80,78 | R\$ 2.019,50 |
| 0211070157 | ESTUDO DE EMISSÕES OTOACUSTICAS EVOCADAS TRANSITORIAS E PRODUTOS DE DISTORCAO (EOA) | 25 | R\$ 80,78 | R\$ 2.019,50 |
| 0211070246 | PEQUISA DE GANHO DE INSERCAO | 3 | R\$ 24,00 | R\$ 72,00 |
| 0211070033 | AUCIOMETRIA EM CAMPO LIVRE | 120 | R\$ 40,20 | R\$ 4.824,00 |
| 0211070062 | AVALIAÇÃO PI/DIAGNOSTICO DE DEFICIENCIA AUDITIVA | 67 | R\$ 24,79 | R\$ 1.658,93 |
| 0211070106 | AVALIAÇÃO PI/DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE DEFICIENCIA AUDITIVA | 15 | R\$ 40,68 | R\$ 610,20 |
| 0211070297 | REAVLIAÇÃO DIAGNOSTICA DE DEFICIENCIA AUDITIVA EM PACIENTE MENOR DE 3 ANOS | 60 | R\$ 22,55 | R\$ 1.353,00 |
| 0211070300 | REAVLIAÇÃO DIAGNOSTICA DE DEFICIENCIA AUDITIVA EM PACIENTE MENOR DE 3 ANOS | 4 | R\$ 44,36 | R\$ 177,44 |
| 0211070391 | TESTES VESTIBULARES/OTONEUROLOGICOS | 10 | R\$ 12,12 | R\$ 121,20 |
| 0211070393 | TESTES DE PROCESSAMENTO ADITIVO | 5 | R\$ 9,36 | R\$ 46,80 |
| 0211070349 | SELECAO E VERIFICACAO DE BENEFICIO DO AASI | 75 | R\$ 6,75 | R\$ 506,25 |
| 0211070270 | POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO PARA TRIAGEM AUDITIVA | | R\$ 13,51 | |
| 0211070199 | EMISSOES OTOACUSTICAS PARA TRIAGEM AUDITIVA | | R\$ 13,51 | |
| 0211070258 | AVALIAÇÃO AUDITIVA COMPORTAMENTAL | | R\$ 45,00 | |
| 0211070369 | AVALIAÇÃO DE LINGUAGEM ESCRITA/LEITURA | 201 | R\$ 4,11 | R\$ 1.726,11 |
| 0211070076 | AVALIAÇÃO DE LINGUAGEM ORAL | | R\$ 4,11 | |
| 0211070084 | AVALIAÇÃO INFUNCCIONAL DE SISTEMA ESTOMATODONCÍAL | | R\$ 4,11 | |
| 0211070114 | AVALIAÇÃO VOCAL | | R\$ 4,11 | |
| 0301070048 | CONSULTA PROF NVEL SUP NA AT ESPECIAL (EXCETO MÉDICO) | 200 | R\$ 6,30 | R\$ 1.260,00 |
| 0301070039 | TERAPIA EM GRUPO | | R\$ 6,15 | |
| 0301070043 | TERAPIA INDIVIDUAL | | R\$ 2,81 | |
| 0301070151 | ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPÊUTICA II (SAÚDE MENTAL) | | R\$ 23,16 | |
| 0301070087 | ATENDIMENTO/COMPANHAMENTO EM REABILITAÇÃO NAS MÚLTIPLAS DEFICIÊNCIAS | | R\$ 6,19 | |
| 0301070132 | ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE PI ADAPTAÇÃO DE APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) UNILATERAL | 1405 | R\$ 21,68 | R\$ 30.456,40 |
| 0301070075 | ATENDIMENTO / ACOMP. DE PAC. EM REAB. DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR | | R\$ 15,25 | |
| 0301070064 | ACOMP. PSICOPEDAGÓGICO EM PAC. EM REABILITAÇÃO (MÁXIMO 20MIN x 7 ANOS) | | R\$ 15,25 | |
| 0301070173 | TERAPIA FONIAUDICLOGICA INDIVIDUAL | | R\$ 19,50 | |
| 0404010270 | REMOÇÃO DE CEREBRINEX CONDUTO AUDITIVO EXTERNO UNILATERAL | 20 | R\$ 5,80 | R\$ 116,00 |
| 0330100072 | CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA | 360 | R\$ 10,00 | R\$ 3.600,00 |
| 0401030151 | MOLDE AURICULAR (REPOSIÇÃO) | 40 | R\$ 8,75 | R\$ 350,00 |
| 0701030011 | APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO DE CONDUTA OSSA CONVENCIONAL TIPO A | | R\$ 500,00 | |
| 0701030020 | AASI EXT COM CÊSUA RETROAURICULAR TIPO A | | R\$ 500,00 | |
| 0701030038 | APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA AURICULAR TIPO A | | R\$ 525,00 | |
| 0701030046 | APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA AURICULAR TIPO B | | R\$ 700,00 | |
| 0701030054 | APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA AURICULAR TIPO C | | R\$ 1.100,00 | |
| 0701030062 | APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRACANAL TIPO A | | R\$ 525,00 | |
| 0701030070 | APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRACANAL TIPO B | | R\$ 700,00 | |
| 0701030089 | APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRACANAL TIPO C | | R\$ 1.100,00 | |
| 0701030097 | APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO MICROCANAL TIPO A | | R\$ 525,00 | |
| 0701030100 | APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO MICROCANAL TIPO B | | R\$ 700,00 | |
| 0701030119 | APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO MICROCANAL TIPO C | | R\$ 1.100,00 | |
| 0701030127 | APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO RETROAURICULAR TIPO A | | R\$ 525,00 | |



Unidade Pública Municipal n.º 2836 - INPAM/F. Nº 519 (Total 2.000) x 1
 Unidade Pública Estadual n.º 5085 - Conselho Municipal de Assistência Social Nº 100
 Unidade Pública Federal n.º 31.025 - Fundação dos Hospitais e Serviços de Diagnóstico

| | | | | |
|--------------|--|-----|-----------------------|------------|
| 0701030133 | APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO RETRO-AURICULAR TIPO B | 150 | R\$ 700,00 | R\$ 990,00 |
| 0701030143 | APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO RETRO-AURICULAR TIPO C | | R\$ 1.100,00 | |
| 0701030120 | REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO DE CONDUÇÃO ÓSSEA CONVENCIONAL TIPO A | | R\$ 500,00 | |
| 0701030178 | REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO DE CONDUÇÃO ÓSSEA RETROAURICULAR TIPO A | | R\$ 500,00 | |
| 0701030189 | REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO A | | R\$ 525,00 | |
| 0701030194 | REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO B | | R\$ 700,00 | |
| 0701030208 | REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO C | | R\$ 1.100,00 | |
| 0701030216 | REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO INTRA-CANAL TIPO A | | R\$ 525,00 | |
| 0701030224 | REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO INTRA-CANAL TIPO B | | R\$ 700,00 | |
| 0701030232 | REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO INTRA-CANAL TIPO C | | R\$ 1.100,00 | |
| 0701030250 | REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO MICRO-CANAL TIPO A | | R\$ 525,00 | |
| 0701030258 | REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO MICRO-CANAL TIPO B | | R\$ 700,00 | |
| 0701030267 | REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO MICRO-CANAL TIPO C | | R\$ 1.100,00 | |
| 0701030275 | REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO RETROAURICULAR TIPO A | | R\$ 525,00 | |
| 0701030283 | REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO RETROAURICULAR TIPO B | | R\$ 700,00 | |
| 0701030291 | REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO RETROAURICULAR TIPO C | | R\$ 1.100,00 | |
| TOTAL | | | R\$ 173.776,47 | |

Av. Antonio Frederico Ozanan, 6561 - Vila Rafael de Oliveira - CEP 13201-125 - Jundiaí / SP

Telefones: (11) 4523.4110 - Site: www.ateal.org.br - e-mail: ateal@ateal.org.br

Handwritten signature or initials.

ANEXO II

METAS QUALITATIVAS

| OBJETIVO | METAS | INSTRUMENTOS DE MEDIÇÃO E AFERIÇÃO | PONTOS | VALOR ESTIMADO | VALOR CONTRAPARTIDA |
|--|---|---|--------|----------------|--|
| Qualidade das informações | Informe de produção realizada | Relatório de Produção | 1 | R\$ 12.900,00 | R\$ 11.580,00 + equidade nos dados avaliação e psicológica etc |
| | Êxito de informações contábeis e financeiras | Relatório de periodicidade trimestral, iniciando a partir do 3º mês | 1 | | |
| | Utilização e manutenção do Sistema online disponibilizado pelo Regulamento SMS | Declaração da instituição formalizando utilização do sistema e explicita a verificação e validação do contrato | 1 | | |
| Comprometo as metas estabelecidas pelas avaliações | Utilização do processo de comunicação interna e externa para receber, registrar e tratar as queixas de clientes | Relatório sistematizado e contendo os resultados obtidos na pesquisa de satisfação interna e externa | 2 | R\$ 12.900,00 | R\$ 11.580,00 + equidade nos dados avaliação e psicológica etc |
| | Ações de prevenção para redução do absenteísmo no trabalho | Relatório descritivo sintético das ações desenvolvidas e resultados alcançados e registro das falhas dos usuários | 2 | | |
| | Ações de humanização | Relatório descritivo sintético das ações desenvolvidas e resultados alcançados na humanização das ações | 2 | | |
| | Treinamento e desenvolvimento nos colaboradores | Relatório sintético elaborado com os dados dos investimentos em treinamento e desenvolvimento dos colaboradores | 1 | | |
| TOTAL PONTOS METAS QUALITATIVAS | | | 10 | | |

ANÁLISE TOTAL DO CONVÊNIO DO RÉS CORRENTE

| | TETO |
|--|----------------|
| TOTAL PROCEDIMENTOS | R\$ 173.776,47 |
| TOTAL RECURSOS PRÓPRIOS (METAS QUALITATIVAS) | R\$ 12.900,00 |
| TOTAL GERAL | R\$ 186.676,47 |

Handwritten signature

ANEXO I - ATEAL

METAS QUANTITATIVAS PARA REPASSE DE RECURSO

| PROCEDIMENTO | DESCRIÇÃO | QUANTIDADE ESTIMADA | VALOR \$05 | VALOR ESTIMADO |
|--------------|--|---------------------|------------|----------------|
| 0211070025 | AUDIOMETRIA DE REFORÇO VISUAL (VIA AEREA / OSSEA) | 30 | R\$ 42,00 | R\$ 1.260,00 |
| 0211070041 | AUDIOMETRIA TONAL LIMAR (VIA AEREA / OSSEA) | 190 | R\$ 42,00 | R\$ 7.980,00 |
| 0211070157 | ESTUDO DE EMISSÕES OTACÓSTICAS EVOCADAS TRANSITORIAS E PRODUTOS DE DISTORÇÃO (EOTA) | 25 | R\$ 93,76 | R\$ 2.344,00 |
| 0211070203 | IMITANCIOMETRIA | 240 | R\$ 46,00 | R\$ 11.040,00 |
| 0211070211 | LOGGAUDIOMETRIA (LDV-WF-LRF) | 320 | R\$ 52,50 | R\$ 16.800,00 |
| 0211070246 | PESQUISA DE GANHO DE INSERCAO | 3 | R\$ 24,00 | R\$ 72,00 |
| 0211070262 | POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO DE CURTA MEDIA E LONGA LATENCIA | 25 | R\$ 93,76 | R\$ 2.344,00 |
| 0211070333 | AUDIOMETRIA EM CAMPO LIVRE | 120 | R\$ 40,26 | R\$ 4.831,20 |
| 0211070392 | AVALIACAO P/ DIAGNOSTICO DE DEFICIENCIA AUDITIVA | 67 | R\$ 24,73 | R\$ 1.658,31 |
| 0211070306 | AVALIACAO P/ DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE DEFICIENCIA AUDITIVA | 15 | R\$ 46,56 | R\$ 698,40 |
| 0211070297 | REAVALIACAO DIAGNOSTICA DE DEFICIENCIA AUDITIVA EM PACIENTE MAIOR DE 3 ANOS | 60 | R\$ 22,52 | R\$ 1.351,20 |
| 0211070300 | REAVALIACAO DIAGNOSTICA DE DEFICIENCIA AUDITIVA EM PACIENTE MENOR DE 3 ANOS | 4 | R\$ 44,36 | R\$ 177,44 |
| 0211070343 | TESTES DE PROCESSAMENTO AUDITIVO | 6 | R\$ 9,36 | R\$ 56,16 |
| 0211070351 | TESTES VESTIBULARES/OTONEUROLOGICOS | 10 | R\$ 12,12 | R\$ 121,20 |
| 0211070319 | SELECAO E VERIFICACAO DE BENEFICIO DO AASI | 75 | R\$ 8,75 | R\$ 656,25 |
| 0211070050 | AVALIACAO AUDITIVA COMPORTAMENTAL | 301 | -R\$ 18,00 | R\$ 1.734,76 |
| 0211070068 | AVALIACAO DE LINGUAGEM ESCRITA/LEITURA | | R\$ 4,11 | |
| 0211070076 | AVALIACAO DE LINGUAGEM ORAL | | R\$ 4,11 | |
| 0211070084 | AVALIACAO MIOFUNCIONAL DE SISTEMA ESTOMATOGNATICO | | R\$ 4,11 | |
| 0211070114 | AVALIACAO VOCAL | | R\$ 4,11 | |
| 0211070149 | EMISSOES OTACOSTICAS PARA TRIAGEM AUDITIVA | | R\$ 13,51 | |
| 0211070270 | POTENCIAL EVOCADO AUDITIVO PARA TRIAGEM AUDITIVA | | R\$ 13,51 | |
| 0301010048 | CONSULTA PROF. NIVEL SUP. NA AT. ESPECIAL (EXCETO MEDICO) | | 330 | |
| 0301040036 | TERAPIA EM GRUPO | 1405 | R\$ 8,15 | R\$ 19.034,31 |
| 0301040044 | TERAPIA INDIVIDUAL | | R\$ 2,81 | |
| 0301070032 | ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE P/ ADAPTACAO DE APARELHO DE AMPLIFICACAO SONORA INDIVIDUAL (AASI) UNI / BILATERAL | | R\$ 21,68 | |
| 0301070059 | ACOMP. PSICOPEDAGOGICO EM PAC. EM REABILITACAO (MÁXIMO 20/MÊS > 7 ANOS) | | R\$ 15,26 | |
| 0301070067 | ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO EM REABILITACAO NAS MULTIPLAS DEFICIENCIAS | | R\$ 6,49 | |
| 0301070075 | ATENDIMENTO / ACOMP. DE PAC. EM REAB. DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR | | R\$ 15,26 | |
| 0301070113 | TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL | | R\$ 10,90 | |
| 0301080151 | ATENDIMENTO EM OFICINA TERAPÉUTICA II (SAÚDE MENTAL) | | R\$ 23,16 | |
| 0404010270 | REMOCAO DE CERUMEN DE CONDUITO AUDITIVO EXTERNO UNI / BILATERAL | 50 | R\$ 5,64 | R\$ 282,50 |
| 0301010072 | CONSULTA MEDICA EM ATENCAO ESPECIALIZADA | 390 | R\$ 10,00 | R\$ 3.900,00 |
| SUB TOTAL 1 | | | | R\$ 78.420,47 |

| PROCEDIMENTO | DESCRIÇÃO | QUANTIDADE ESTIMADA | VALOR SUS | VALOR ESTIMADO |
|--------------|---|---------------------|--------------|----------------|
| 0701030151 | MOLDE AURICULAR (REPOSIÇÃO) | 40 | R\$ 8,75 | R\$ 350,00 |
| 0701030011 | APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO DE CONDUÇÃO ÓSSEA CONVENCIONAL TIPO A | 150 | R\$ 500,00 | R\$ 95 000,00 |
| 0701030020 | AASI EXT COM ÓSSEA RETROAURICULAR TIPO A | | R\$ 500,00 | |
| 0701030038 | APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO A | | R\$ 525,00 | |
| 0701030046 | APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO B | | R\$ 700,00 | |
| 0701030054 | APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO C | | R\$ 1.100,00 | |
| 0701030062 | APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRACANAL TIPO A | | R\$ 525,00 | |
| 0701030070 | APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRACANAL TIPO B | | R\$ 700,00 | |
| 0701030088 | APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO INTRACANAL TIPO C | | R\$ 1.100,00 | |
| 0701030097 | APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO MICROCANAL TIPO A | | R\$ 525,00 | |
| 0701030100 | APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO MICROCANAL TIPO B | | R\$ 700,00 | |
| 0701030119 | APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO MICROCANAL TIPO C | | R\$ 1.100,00 | |
| 0701030127 | APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO RETRO-AURICULAR TIPO A | | R\$ 525,00 | |
| 0701030135 | APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO RETRO-AURICULAR TIPO B | | R\$ 700,00 | |
| 0701030143 | APARELHO DE AMPLIFICAÇÃO SONORA INDIVIDUAL (AASI) EXTERNO RETRO-AURICULAR TIPO C | | R\$ 1.100,00 | |
| 0701030160 | REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO DE CONDUÇÃO ÓSSEA CONVENCIONAL TIPO A | | R\$ 500,00 | |
| 0701030178 | REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO DE CONDUÇÃO ÓSSEA RETROAURICULAR TIPO A | | R\$ 500,00 | |
| 0701030186 | REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO A | | R\$ 525,00 | |
| 0701030194 | REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO B | | R\$ 700,00 | |
| 0701030208 | REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO INTRA-AURICULAR TIPO C | | R\$ 1.100,00 | |
| 0701030216 | REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO INTRA-CANAL TIPO A | | R\$ 525,00 | |
| 0701030274 | REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO INTRA-CANAL TIPO B | R\$ 700,00 | | |
| 0701030232 | REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO INTRA-CANAL TIPO C | R\$ 1.100,00 | | |
| 0701030240 | REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO MICRO-CANAL TIPO A | R\$ 525,00 | | |
| 0701030258 | REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO MICRO-CANAL TIPO B | R\$ 700,00 | | |
| 0701030267 | REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO MICRO-CANAL TIPO C | R\$ 1.100,00 | | |
| 0701030275 | REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO RETROAURICULAR TIPO A | R\$ 525,00 | | |
| 0701030283 | REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO RETROAURICULAR TIPO B | R\$ 700,00 | | |
| 0701030291 | REPOSIÇÃO DE AASI EXTERNO RETROAURICULAR TIPO C | R\$ 1.100,00 | | |
| SUB TOTAL 2 | | | | R\$ 95 850,00 |

| | |
|---------------------------|----------------|
| TOTAL METAS QUANTITATIVAS | R\$ 173.773,47 |
|---------------------------|----------------|

5

METAS QUALITATIVAS PARA REPASSE DE RECURSO

| OBJETIVO | METAS | INSTRUMENTOS DE MEDIÇÃO E AFERIÇÃO | PONTOS | VALOR ESTIMADO | |
|---|--|---|--------|----------------|--|
| Qualidade das informações | Informe da produção realizada. | Relatórios de Produção | 1 | R\$ 12.900,00 | |
| | Envio de informações contábeis e financeiras. | Relatórios de periodicidade trimestral, iniciando a partir do 3º mês | 1 | | |
| | Utilização e manutenção do Sistema online disponibilizado pela Regulação /SMS. | Declaração da instituição formalizando utilização do sistema sujeita a verificação e validação do contratante | 1 | | |
| Cumprimento das metas estabelecidas pelos indicadores | Utilização de processo de comunicação interna e externa para receber, registrar e tratar as queixas de clientes. | Relatório sistematizado e compilado dos resultados obtidos na pesquisa de satisfação interna e externa | 2 | | |
| | Ações de prevenção para redução de absenteísmo no tratamento. | Relatório descritivo sintético das ações desenvolvidas e resultados alcançados na redução das faltas dos usuários | 2 | | |
| | Ações de Humanização | Relatório descritivo sintético das ações desenvolvidas e resultados alcançados na humanização das ações | 2 | | |
| | Treinamento e desenvolvimento dos colaboradores | Relatório sintético compilado com os dados dos investimentos em treinamento e desenvolvimento dos colaboradores | 1 | | |
| TOTAL PONTOS METAS QUALITATIVAS | | | 10 | | |

| | |
|---------------------------|----------------|
| TOTAL METAS QUANTITATIVAS | R\$ 173.770,47 |
|---------------------------|----------------|

| | |
|--------------------------|---------------|
| TOTAL METAS QUALITATIVAS | R\$ 12.900,00 |
|--------------------------|---------------|

| | |
|----------------|------------|
| TOTAL CONVÊNIO | 186.670,47 |
|----------------|------------|

CRITÉRIO DE APURAÇÃO DOS VALORES A SEREM REPASSADOS QUANTO AO CUMPRIMENTO DAS METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS

As METAS QUANTITATIVAS correspondem ao volume esperado de procedimentos SUS para aplicação dos protocolos propostos no plano de trabalho. Para recebimento do valor global da META QUANTITATIVA, referente ao volume de procedimentos SUS, a entidade deverá apresentar mensalmente produção SIA/SUS entre 90% e 100% dos procedimentos do quadro ANEXO I.

As METAS QUALITATIVAS correspondem às ações desenvolvidas pela entidade, visando a qualificação do atendimento oferecido, de forma que a torne referência na área em que atue. Para recebimento do valor global da META QUALITATIVA, a entidade deverá apresentar os resultados previstos entre 90% e 100% no quadro ANEXO I.

Caso a entidade não atinja pelo menos 90% das METAS QUANTITATIVAS e 90% das METAS QUALITATIVAS, por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados, no período de vigência do convênio, passará a receber valor proporcional ao percentual demonstrado por um período máximo de 03 (três) meses, prazo em que deverá apresentar nova proposta de Plano de Trabalho.



ANEXO II PRESTAÇÃO DE CONTAS

1. Compete a Conveniada:

- 1.1. Proceder à abertura de conta corrente específica p/ o recurso recebido em bancos oficiais;
- 1.2. Pagamento somente com cheques, inadmissível saque para pagamento em dinheiro;
- 1.3. É vetada a utilização dos recursos transferidos em finalidade diversa da pactuada;
- 1.4. Quando mercadorias/serviços forem contratadas servindo a outras finalidades além do objeto conveniado, emitir duas NFs ou uma nota fiscal, segregando despesas específicas do convênio;
- 1.5. A entidade deverá abrir um processo com as prestações de contas ordenado por data, de todos os gastos realizados no período de vigência, comprovando a utilização do recurso recebido do ente Federal, Estadual ou Municipal;
- 1.6. Haverá disponibilização de calendário, para o representante da Entidade, apresentar a evolução da execução orçamentária abrangendo aspecto financeiro associado às variáveis quantitativas de atendimento.

2. DEMONSTRAÇÕES CONTÁBEIS E FINANCEIRAS:

2.1. Deverá ser mensalmente elaborado pela Conveniada e apresentado trimestral a seguinte documentação:

- 2.1.1. Balanço Patrimonial
- 2.1.2. Demonstração de Resultado
- 2.1.3. Demonstração das Mutações do Patrimônio Social
- 2.1.4. Demonstração do Fluxo de Caixa;
- 2.1.5. Cópia de extratos bancários/aplicações financeiras das contas específicas do ente Federal, Estadual e Municipal.
- 2.1.6. Relatórios administrativos mensais de acompanhamento da execução do orçamento da DEMONSTRAÇÃO DE RESULTADO
- 2.1.7. Relatórios analíticos contendo todos os registros de atendimento realizado x planejado.

3. DOCUMENTOS FISCAIS PARA COMPROVAÇÃO DE DESPESA:

3.1. Para a comprovação da despesa serão aceitos os seguintes documentos fiscais:

3.1.1. Tratando-se de Nota Fiscal, observar:

- a) Nome da entidade;
- b) Discriminação Individualizada das mercadorias/serviços adquiridos;
- c) Sem rasuras;
- d) Data e valor.

3.1.2. Tratando-se de Cupom Fiscal, observar:

- a) CNPJ da entidade;
- b) Discriminação individualizada das mercadorias adquiridas;
- c) Data e valor.

3.1.3. Tratando-se de Recibo, observar:

- a) Nome completo do prestador;
- b) CPF, RG;
- c) Endereço;
- d) Especificação detalhada do serviço prestado;
- e) Data e assinatura;
- f) Número de inscrição na Prefeitura (ISS) ou cópia de recolhimento de ISS eventual.
- g) Recolhimento do INSS, Parte empregado, através de GPS

3.1.4. Tratando-se de Folha de Pagamento, observar:

- a) Competência;
- b) Nome completo dos funcionários;
- c) CPF, RG;
- d) Cargo e Função;
- e) Valores e data;
- f) Memória de cálculo e comprovantes de recolhimento de INSS e FGTS correspondentes ao mês de competência da folha apresentada.
- g) Guia de protocolo da Previdência Social.

3.1.5. Tratando-se de Documento Público (pagamentos de impostos e taxas):

- a) Devidamente autenticados pelo Banco

CHECK LIST
DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA PRESTAÇÃO DE CONTAS

- () I - certidão indicando os nomes dos responsáveis pela fiscalização da execução do convênio e respectivos períodos de atuação;
- () II - certidão contendo os nomes dos dirigentes e conselheiros da conveniada e respectivos períodos de atuação;
- () -ata que constituiu a atual diretoria, acompanhada de Declaração quanto ao período de atuação dos respectivos membros;
- () -Atestado de Funcionamento emitido por autoridade pública Estadual ou Federal, residente no município;
- () -Cópia de todos os comprovantes de despesas, devidamente autenticados (carimbo se confere com original), e já tendo sido as originais identificadas como daquele convênio (carimbo antes da cópia);
- () III - relatório anual da conveniada sobre atividades desenvolvidas com os recursos próprios e as verbas públicas repassadas;
- () IV - relatório sobre execução do objeto do convênio contendo comparativo entre as metas propostas e os resultados alcançados;
- () V- demonstrativo integral das receitas e despesas computadas por fontes de recurso e por categorias ou finalidades dos gastos, aplicadas no objeto do convênio, conforme modelo contido no Anexo 17 fornecido pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo;
- () VI- regulamento para contratação de obras e serviços, bem como para compras, com emprego de recursos financeiros repassados à conveniada;
- relação da despesa efetuada;
- () VII - relação dos contratos, convênios e respectivos aditamentos, firmados com a utilização de recursos públicos administrados pela conveniada para os fins estabelecidos no convênio, contendo: tipo e número do ajuste; nome do contratado ou conveniado; data; objeto; vigência; valor e condições de pagamento;
- () VIII - conciliação bancária do mês de dezembro da conta corrente específica aberta em instituição financeira oficial, indicada pelo órgão público conveniente, para movimentação dos recursos do convênio;
- () IX - publicação do Balanço Patrimonial da conveniada, do exercício encerrado e anterior;
- () X - demais demonstrações contábeis e financeiras da conveniada;
- () XI - certidão expedida pelo Conselho Regional de Contabilidade -CRC, comprovando a habilitação profissional dos responsáveis por balanços e demonstrações contábeis;
- () XII - parecer e relatório de auditoria das entidades beneficentes de assistência social, nos termos dos artigos 2º e 4º a 6º do Decreto Federal nº 2.536, de 06/04/98;



() XIII - Parecer conclusivo elaborado nos termos do artigo 370 (DAS DISPOSIÇÕES FINAIS), da Instrução Normativa 02/2008 do TCESP.

§ 1º - Os documentos previstos nos incisos I a XIII serão remetidos acompanhados de ofício, assinado pelo responsável, identificando o convênio a que se referem.

§ 2º - Remetida a documentação prevista no inciso VI deste artigo, nos exercícios seguintes serão enviadas apenas as alterações ocorridas ou declaração nesse sentido.

§ 3º - Os documentos originais de receitas e despesas referentes à comprovação da aplicação dos recursos próprios e os de origem pública, vinculados a convênio, e depois de contabilizados, ficarão arquivados na entidade conveniada, à disposição desta PMJ e dos órgãos competentes.

§ 4º - Toda a documentação referente ao ajuste e à prestação de contas, explicitada nesta Seção, também se aplica aos convênios firmados com valor inferior ao de remessa, devendo permanecer à disposição da PMJ e dos órgãos competentes.

() - anexar à prestação de contas, Certidão Negativa de Débito dos encargos trabalhistas.

J



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ - SP

CONVÊNIO n°, que entre si celebram a Prefeitura do Município de Jundiaí e a Associação de Educação Terapêutica AMARATI objetivando desenvolver ações de prevenção, diagnóstico, tratamento, recuperação, pesquisa com indivíduos portadores de síndromes genéticas e lesões neurológicas.

Processo n°

Pelo presente instrumento, de um lado a **PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ**, neste ato representado pelo seu Prefeito **PEDRO RICARDI**, presente também o Sr. **CLAUDIO ERNANI MARCONDES DE MIRANDA**, Secretário Municipal de Saúde, doravante denominada apenas **PREFEITURA**, e, de outro, a Associação de Educação Terapêutica **AMARATI**, inscrito no CNPJ sob n° 51.910.578/0001-16, com sede à Rua José Maria Marinho, n° 266, Vila Agrícola, Cidade de Jundiaí, Estado de São Paulo, neste ato representado por seu Presidente RG.....SSP/SP e CPF....., doravante designado simplesmente **CONVENIADO**, conforme autoriza a Lei n°, de ... de de....., firmam entre si o presente **CONVÊNIO**, que se regerá pela Lei Federal n° 8666, de 21 de junho de 1993, mediante as cláusulas e condições a seguir estabelecidas:

CLÁUSULA 1ª - DO OBJETO

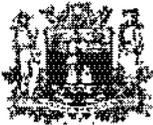
O presente **CONVÊNIO** tem por objeto, mediante a conjugação de esforços dos convenientes, o desenvolvimento de um serviço diferenciado, através de ações de prevenção, diagnósticos, tratamento, recuperação e pesquisa, com uma abordagem terapêutica dentro dos princípios e pressupostos éticos definidos pelo Ministério da Saúde e as entidades profissionais que regulamentam as atividades técnicas na área de reabilitação com portadores de síndromes genéticas e de lesões neurológicas, privilegiando sempre o respeito à liberdade de escolha dos pacientes e o direito de decidir sobre sua vida, e em conformidade com o Plano de Trabalho e Anexos que constituem parte integrante do presente Convênio.

CLÁUSULA 2ª - DAS OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO

I - transferir os recursos financeiros na forma consignada no presente ajuste;

II - supervisionar, acompanhar e avaliar qualitativa e quantitativamente, os serviços prestados pela **CONVENIADA** em decorrência deste Convênio e conforme critérios definidos no Plano de Trabalho;

III - examinar e aprovar as prestações de contas dos recursos financeiros repassados ao **CONVENIADO**;



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ - SP

IV – assinalar prazo para que o **CONVENIADO** adote as providências necessárias para o exato cumprimento das obrigações decorrentes deste Convênio, sempre que verificada alguma irregularidade;

CLÁUSULA 3ª – DAS OBRIGAÇÕES DO CONVENIADO

I - para o cumprimento do objeto deste convênio o **CONVENIADO** obriga-se a oferecer ao usuário todo o recurso técnico necessário ao seu atendimento e ainda:

a) possuir sede operacional em Jundiaí, com capacidade para atendimento à demanda prevista em convênio;

b) zelar pela manutenção dos padrões de qualidade dos serviços prestados, de acordo com as normas técnicas e operacionais vigentes;

c) não utilizar, nem permitir que terceiros utilizem, quaisquer dados oriundos da prestação de seus serviços, para fins de experimentação;

d) manter as dependências em perfeito estado de conservação, higiene e funcionamento, bem como possuir espaço adequado para acomodação do paciente e acompanhante antes, durante e após a realização do procedimento e disponibilizar todos os insumos e cuidados necessários para tanto;

e) atender aos usuários e seus familiares com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo sempre a qualidade na prestação dos serviços, assim como fornecer todas as orientações para a evolução do tratamento;

f) justificar ao usuário, ou ao seu representante por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional relativo a este Convênio;

g) seguir os protocolos, fluxos e regulação estabelecidos pela **PREFEITURA/Secretaria Municipal de Saúde**;

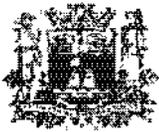
h) não cobrar do paciente ou de seu acompanhante qualquer valor pelos serviços prestados nos termos deste Convênio;

i) realizar, conforme regulação da Secretaria Municipal de Saúde, os procedimentos e ações constantes no Plano de Trabalho;

j) utilizar sistema informatizado para controle e acompanhamento dos procedimentos de acordo com definição da Secretaria Municipal de Saúde;

k) disponibilizar relatórios conforme frequência e definição da Secretaria Municipal de Saúde;

l) manter quadro de Recursos Humanos compatível com a legislação pertinente e os serviços e ações definidos no Plano de Trabalho;



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ - SP

m) disponibilizar todos os documentos necessários para auditoria da Secretaria Municipal de Saúde, quando solicitado;

n) deverá ter CNES compatível com a execução dos procedimentos em questão, inclusive profissionais/CBO adequados e em quantidade suficiente, equipamentos, serviço/classificação e habilitações para a execução dos procedimentos SUS, com a responsabilidade de informar, junto a VISA municipal, qualquer atualização, alteração ou inclusão de informações, como requisito para a execução do convênio;

o) manter o funcionamento do estabelecimento em horário comercial, podendo ser estendido em comum acordo entre as partes, desde que preservado o conforto, segurança e adequação às necessidades específicas para a realização do procedimento ou da ação;

p) estar em conformidade com a legislação da VISA vigente;

q) manter atualizada o prontuário dos usuários e arquivo médico, pelo prazo de 05 (cinco) anos, observando-se as exceções previstas em lei;

r) afixar aviso em local visível, da sua condição de prestador de serviço integrante do Sistema Único de Saúde (SUS);

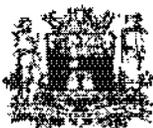
s) será de inteira responsabilidade da **CONVENIADA** a indicação de outro serviço sem ônus à **PREFEITURA**, no caso de interrupção do serviço de diagnóstico por um período igual ou superior a 03 (três) dias úteis, sendo que nesse caso o serviço deverá cumprir os mesmos pré requisitos da **CONVENIADA**;

t) aplicar integralmente os recursos financeiros repassados pelo **MUNICÍPIO** na prestação dos serviços e ações objeto deste Convênio;

u) apresentar, trimestralmente, ao **MUNICÍPIO** o relatório das atividades desenvolvidas e da aplicação dos recursos financeiros recebidos, bem como declaração quantitativa de atendimento trimestral, assinada pelo representante da **CONVENIADA**;

v) os documentos originais de receitas e despesas referentes à comprovação da aplicação dos recursos vinculados ao convênio, depois de contabilizados, ficarão arquivados na entidade em protocolado próprio e à disposição para conferência e acompanhamento do **MUNICÍPIO**;

w) prestar contas ao **MUNICÍPIO**, no que couber no molde da Instrução Normativa 02/2008 do Tribunal de Contas de São Paulo até 31 de janeiro



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ - SP

do exercício subsequente, dos recursos repassados durante o exercício anterior, e, se for o caso, até 30 (trinta) dias do término da vigência deste instrumento, sob pena de ficar impedida de receber quaisquer outros recursos financeiros do **MUNICÍPIO**;

x) manter a contabilidade, os procedimentos contábeis e os registros estatísticos em perfeita ordem sempre à disposição dos agentes públicos responsáveis pelo acompanhamento e controle, de forma a garantir o acesso às informações da correta aplicação e utilização dos recursos financeiros recebidos, nos moldes do Anexo II – Prestação de Contas;

y) manter Conselho Gestor atuante;

z) assegurar ao **MUNICÍPIO** as condições necessárias ao acompanhamento, supervisão, fiscalização e avaliação da execução dos serviços e ações objeto deste Convênio;

CLÁUSULA 4ª – DO CONTROLE, AVALIAÇÃO, VISTORIA, FISCALIZAÇÃO E AUDITORIA

a) a prestação de serviços será avaliada pela Secretaria Municipal de Saúde, mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste Convênio, à verificação do movimento dos atendimentos e quaisquer outros dados necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados;

b) sob critérios definidos em normatização complementar, poderá, em casos específicos, ser realizada auditoria especializada;

c) anualmente, na hipótese de prorrogação, a **PREFEITURA** vistoriará as instalações do **CONVENIADO** para verificar se persistem as mesmas condições técnicas básicas iniciais, comprovadas por ocasião da assinatura deste Convênio;

d) o **CONVENIADO** facilitará o acompanhamento e a fiscalização permanentes dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhes forem solicitados pelos servidores da **PREFEITURA** designados para tal fim.

e) o **CONVENIADO** deverá disponibilizar a **PREFEITURA** os devidos documentos, fichas comprobatórias e instalações, para reavaliação da qualidade e capacidade dos serviços dos usuários dos SUS;

f) as contas rejeitadas ou glosadas quanto ao mérito, serão objeto de análise pelos órgãos de avaliação, controle, fiscalização e auditoria a qualquer tempo;

g) qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição ou suspensão da capacidade operativa do **CONVENIADO**, sem autorização da **PREFEITURA**, poderá ensejar em denúncia ou em revisão das condições ora estipuladas, mediante Termo Aditivo próprio;



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ - SP

h) a **PREFEITURA** por meio das áreas técnicas competentes exercerá a função gerencial fiscalizadora, ficando assegurado, aos seus agentes qualificados, o poder discricionário de orientar ações e de acatar ou não justificativa com relação à eventual disfunção na sua execução, sem prejuízo da ação das unidades de controle interno e externo.

i) a fiscalização exercida pela **PREFEITURA**, sob os serviços ora conveniados, não eximirá o **CONVENIADO** da sua plena responsabilidade perante o **MINISTÉRIO DA SAÚDE**, conselhos de classe, pacientes e terceiros e a própria Secretaria Municipal de Saúde, decorrente de culpa ou dolo na execução do convênio.

CLÁUSULA 5ª - DO VALOR E DO PAGAMENTO

a) Dá-se no presente ajuste o valor anual de R\$ 1.120.964,40 (Um milhão cento e vinte mil novecentos e sessenta e quatro reais e quarenta centavos) e o valor estimado mensal de R\$ 93.413,70 (Noventa e três mil quatrocentos e treze reais e setenta centavos), no que concerne à **PREFEITURA**, com a devida contrapartida à custa da **CONVENIADA** no valor anual de R\$ 82.987,56 (oitenta e dois mil novecentos e oitenta e sete reais e cinquenta e seis centavos) e valor estimado mensal de R\$ 6.915,63 (seis mil novecentos e quinze reais e sessenta e três centavos).

b) a **CONVENIADA** apresentará, mensalmente, até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente ao fechamento de cada mês, o faturamento, as fichas comprobatórias dos atendimentos e os documentos referentes aos procedimentos (METAS QUANTITATIVAS) e ações (METAS QUALITATIVAS) efetivamente prestados, obedecendo para tanto o Plano de Trabalho, Anexo I e as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde;

c) a **PREFEITURA**, em um prazo de 15 dias úteis, revisará e processará o faturamento e documentos recebidos da **CONVENIADA** conforme estipulado pelo Ministério da Saúde, para posterior autorização de emissão de Nota Fiscal e pagamento em até 05 dias úteis;

d) depois de efetivados os itens "b" e "c", a **CONVENIADA** receberá, mensalmente, da **PREFEITURA**, os valores apurados considerando os critérios de metas quantitativas e qualitativas previstas no Plano de Trabalho.

e) os valores constantes do Plano de Trabalho referenciados à Tabela SUS do Ministério da Saúde sofrerão variação de acordo com a alteração da mencionada Tabela.

CLÁUSULA 6ª - DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

As despesas decorrentes da execução deste **CONVÊNIO** com relação aos valores custeados pela **PREFEITURA** serão financiadas com recursos das dotações 14.01.10.302.0151.2816.3.3.90.39.00.0.000. e 14.01.10.302.0151.2816.3.3.90.39.00.0.5001.

Parágrafo único - Em caso de prorrogações as despesas serão suportadas por dotações destacadas especificamente para essa finalidade.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ - SP

CLÁUSULA 7ª – DA VIGÊNCIA E DA REVISÃO

O presente convênio terá a duração de 12 (doze) meses, contado a partir de 15 de junho de 2013, podendo ser prorrogado até o limite de 60 (sessenta) meses, se não for revisto ou denunciado por qualquer das partes, no prazo previsto na cláusula 8ª, I.

Na hipótese de prorrogação, os valores não referenciados à Tabela SUS constantes do Plano de Trabalho, serão revistos mediante a composição dos custos envolvidos.

CLÁUSULA 8ª – DA RESCISÃO

Este Convênio poderá ser alterado por acordo entre os partícipes, sempre que assim determinar o interesse público, mediante termo aditivo específico, sendo vedada à alteração do seu objeto.

CLÁUSULA 9ª – DA DENÚNCIA E DA RESCISÃO

I) Este convênio poderá ser denunciado a qualquer tempo, desde que a parte interessada comunique à outra tal intenção, com 120 (cento e vinte) dias de antecedência.

II) A inobservância de qualquer das cláusulas, condições ou obrigações estabelecidas neste instrumento, facultará à parte inocente considerá-lo rescindido de pleno direito, independentemente de qualquer ação ou notificação judicial.

III) Constituem motivo para a denúncia deste Convênio:

a) o não cumprimento ou o cumprimento irregular de suas cláusulas;

b) o desatendimento das determinações regulares dos órgãos designados para acompanhar e fiscalizar a sua execução;

c) a modificação da finalidade ou da estrutura da **CONVENIADA**, que prejudique a execução do convênio.

Parágrafo único – o presente Convênio rescinde os convênios anteriores celebrados entre os partícipes, desde que tenham o mesmo objeto.

CLÁUSULA 10ª – DA PUBLICAÇÃO

A eficácia deste Convênio fica condicionada a publicação do respectivo extrato no órgão de imprensa oficial do Município, no prazo de 20 (vinte) dias a contar da data de sua assinatura, contendo os seguintes elementos:

I – espécie, número do instrumento, nome e CGC/CPF dos partícipes e dos signatários;



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ - SP

II – resumo do objeto;

III – crédito pelo qual correrá a despesa e número, data e valor da Nota de Empenho;

IV – prazo de vigência e data de sua assinatura.

CLÁUSULA 11ª - DO FORO

Para dirimir questões oriundas da execução do presente convênio, não passíveis de solução na via administrativa, fica eleito o foro da Comarca de Jundiá, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

CLÁUSULA 12ª - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Aplicam-se à execução deste Convênio, bem como aos casos omissos, no que couber, a Lei Federal nº 8.666/93.

Qualquer alteração ou modificação das condições de execução do presente convênio, inclusive as que importem em aumento ou diminuição da capacidade operativa da **CONVENIADA**, serão objeto de Termos Aditivos a critério dos partícipes;

E por estarem assim justos e avençados, assinam o presente em 03 (três) vias de igual teor e para um só efeito de direito.

Jundiá, de de 2013.

PEDRO BIGARDI
Prefeito Municipal

CLAUDIO E. MARCONDES MIRANDA
Secretário Municipal de Saúde

Presidente Entidade

Testemunhas

- 1.
- 2.



1. INTRODUÇÃO

APRESENTAÇÃO DA ORGANIZAÇÃO

Entidade: ASSOCIAÇÃO DE EDUCAÇÃO TERAPÊUTICA AMARATI

Endereço: Rua José Maria Marinho, 266 Vila Agrícola – Jundiaí

CNPJ: 51.910.578/0001-16

Cidade: Jundiaí

UF: São Paulo

CEP: 13.202-710

DDD (Fone): (11) 3378-5800

Esfera Administrativa: Entidade Particular, Filantrópica

Nome do responsável pela entidade: Humberto Cereser

C.P.F.: 583.376.018-68 R.G.: 5.389.448 Órgão expedidor : SSP/SP

Cargo: Presidente

Patologias atendidas: Paralisia Cerebral; Mielomeningocele; Alterações Neuromusculares; Síndromes genéticas e doenças congênitas associadas a deficiência motora; Traumatismos e sequelas de acidentes.

Áreas de Atendimento: Neurologia, Odontologia, Psicologia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Psicopedagogia, Fisioterapia, Hidroterapia, Dança e Serviço Social.

Clientes: Portadores de Paralisia Cerebral; Mielomeningocele; Alterações Neuromusculares; Síndromes genéticas e doenças congênitas associadas a deficiência motora; Traumatismos e sequelas de acidentes que se beneficiem com os programas existentes na Associação.

Missão: A Associação de Educação Terapêutica Amarati tem como missão contribuir para a prevenção e o tratamento das deficiências, humanizando o atendimento às pessoas portadoras de lesões neurológicas e desenvolvendo capacidades e talentos para a sua inclusão social.

Visão: Ser uma unidade de referência em Jundiaí e região no atendimento de pessoas portadoras de deficiências múltiplas, ampliando as possibilidades de tratamento através de técnicas terapêuticas alternativas e direcionadas, tendo para este fim uma equipe multidisciplinar especializada.

2. CAPACIDADE INSTALADA E ESTRUTURA TECNOLÓGICA

Recursos Físicos

A Associação de Educação Terapêutica **AMARATI** funciona em sede própria e única, construída em terreno cedido pela prefeitura de Jundiaí com o apoio da comunidade do município. Conta com 1.314 m² de área construída totalmente adaptada aos usuários de cadeiras de rodas e deficiências múltiplas.

- 1 Sala de Assistência Social
- 1 Sala Auxiliar Técnica
- 1 Consultório Médico/Odontológico
- 1 Sala de Atendimento em Fisioterapia
- 1 Sala de Wii Terapia
- 1 Sala de Aspiração
- 1 Recepção
- 1 Sala de Integração Sensorial
- 3 Salas de Atendimento Psicológico
- 2 Salas de Atendimento de Terapia Ocupacional



3. DETALHAMENTO TÉCNICO DISPONIBILIZADA PARA EXECUÇÃO DO PRESENTE PROJETO

| NOME | FUNÇÃO | HORAS | |
|-------------------------------|----------------------|--------|-------|
| | | CBO | SEM |
| Alexandre Antero | Fisioterapeuta | 223605 | 26,00 |
| Ana Luiza Wuol Maia | Fonoaudióloga | 223810 | 29,75 |
| Ana Paula Spadoni Pereira | Fisioterapeuta | 223605 | 26,00 |
| Angela Maria Garcia | Aux Enfermagem | 322230 | 20,00 |
| Carla Puga | Fisioterapeuta | 223605 | 27,00 |
| Cintia do Pilar Amorim | Terapeuta Ocupa | 223620 | 22,50 |
| Claudia Tereza Bonet Lopez | Psicóloga | 251515 | 26,50 |
| Daniele C. Zanata Barros | Coordenadora | 410105 | 17,00 |
| Daniele Toledo C Martim | Fisioterapeuta | 223605 | 19,50 |
| Davi W Silva | Neurologista | 223142 | 4,00 |
| Ivana Laine Momesso | Fisioterapeuta | 223605 | 18,50 |
| Jakeline O. Esparrinha | Fisioterapeuta | 223605 | 19,50 |
| Jonatas Ferreira de Souza | Fisioterapeuta | 223605 | 20,50 |
| Jussara de Oliveira | Terapeuta Ocupa | 223620 | 24,50 |
| Karina Baptista | Fonoaudióloga | 223810 | 24,00 |
| Laura Fernanda de Campos | Fonoaudióloga | 223810 | 21,75 |
| Maria Denise Bonassi Zulpo | Ass. Social | 251605 | 16,50 |
| Renata Caroline Ienne | Fisioterapeuta | 223605 | 12,00 |
| Sandra Regina Sibinel | Terapeuta Ocup. | 223620 | 26,00 |
| Silvana Souza | Psicóloga | 251515 | 34,00 |
| Susana M C Torres Z Loyola | Psicóloga | 251515 | 28,50 |
| Ticiane Matiasse Vieira | Fisioterapeuta | 223605 | 22,00 |
| Vanessa Luizetti Teixeira | Terapeuta Ocup. | 223620 | 10,50 |
| Belém Lopes Quinones | Aux. Limpeza | 514210 | 34,00 |
| Cassiana Griesius | Coord. Administratl. | 410105 | 20,00 |
| Cristiano Mendes dos Santos | Of. Manutenção | 991405 | 22,00 |
| Rosana Tonelli | Recepcionista | 422105 | 12,00 |
| Paula Kelli Pinheiro de Souza | Aux. Administrativo | 411005 | 10,00 |
| Jaqueline Pires Gomes | Aux. Administrativo | 411005 | 20,00 |
| Leticia Cordeschi | Aux. Administrativo | 411005 | 30,00 |






| | | | |
|------------------------|---------------------|--------|-------|
| Sidnei Caldeirão Alves | % Oficial Manuten. | 991405 | 34,00 |
| Valério Brandestini | Gerente Adm. | 142105 | 16,00 |
| Vera Lucia Finati | Aux. Administrativo | 411005 | 20,00 |
| A contratar | Enfermeiro | 223520 | 1,00 |

Nome do responsável técnico pela entidade na Vigilância Sanitária: Daniele Cristina Zanata Barros
Cargo: Fisioterapeuta

4. IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO A SER EXECUTADO COM DETALHAMENTO DOS SERVIÇOS E AÇÕES PRESTADAS E PÚBLICO ALVO

Objetivo Geral:

Desenvolver ações de prevenção, diagnóstico, tratamento, recuperação, pesquisa com indivíduos portadores de síndromes genéticas e lesões neurológicas com um padrão de qualidade que o torne referência nesta área, em conformidade com os Anexos I e II que integram este instrumento.

Objetivos Específicos:

- ✓ Desenvolver um serviço de saúde diferenciado com uma abordagem terapêutica dentro dos princípios e pressupostos éticos definidos pelo Ministério da Saúde e as entidades profissionais que regulamentam as atividades técnicas na área de reabilitação com portadores de síndromes genéticas e de lesões neurológicas, privilegiando sempre o respeito à liberdade de escolha dos pacientes e o direito de decidir sobre sua vida.
- ✓ Desenvolver atividades de prevenção voltadas para grupos considerados de maior risco, buscando evitar, os agravos decorrentes da evolução das patologias ocorridas por síndromes genéticas e lesões neurológicas.

- ✓ Oferecer orientação e atendimento à família, considerando a importância da adesão ao tratamento na obtenção da habilitação e/ou reabilitação do paciente. Desenvolver pesquisas e estudos voltados para a busca permanente da excelência no tratamento, no avanço das técnicas terapêuticas em suas diferentes especificidades, na definição de políticas públicas para a área.
- ✓ Implementar a integração das diferentes profissões envolvidas neste trabalho de tal modo que a prática da interdisciplinaridade se mostre efetiva e viável.
- ✓ Desenvolver ações integradas com órgãos públicos e/ou privados responsáveis pela definição e operacionalização de políticas públicas na área de prevenção e reabilitação, buscando a otimização de seus resultados.

Para cumprir com os objetivos propostos, a Associação de Educação Terapêutica Amarati definiu como objeto do presente Plano de Trabalho a promoção de atividades de assistência integral à saúde de portadores de síndromes genéticas e lesões neurológicas e suas comorbidades, envolvendo o tratamento do assistido e suporte à família.

A operacionalização deste Plano de Trabalho dar-se-á pela execução das ações detalhadas.

4.1. FLUXO

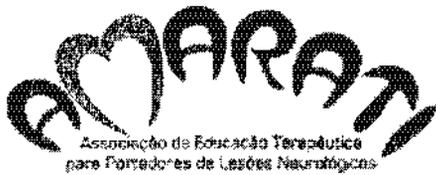
4.1.1. Origem da Demanda

A ENTIDADE deverá compor a rede de assistência à reabilitação física e mental do município, seguindo os fluxos e diretrizes pré-estabelecidos pela SMS.

Deverá atender demanda referenciada pelas Unidades de Atenção Básica, Ambulatórios de Especialidades e demais unidades que compõem a rede de assistência à reabilitação, sob regulação da SMS, até sua capacidade de carga horária disponibilizada para atendimento no projeto.

4.1.2. Regulação do serviço





Todos os casos novos encaminhados para a ENTIDADE deverão obedecer ao fluxo descrito e ser regulados pela SMS/DACA por meio da agenda SIIM.

O serviço se compromete em manter registros em prontuário unificado.

5. DEFINIÇÃO DAS METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS A SEREM ATINGIDAS

As METAS QUANTITATIVAS correspondem ao volume esperado de produção de procedimentos SUS para aplicação das atividades, segundo as diretrizes do Ministério da Saúde, conforme detalhamento do ANEXO I.

As METAS QUALITATIVAS correspondem às ações desenvolvidas pela entidade, visando desenvolver ações de prevenção, tratamento, recuperação, pesquisa e capacitação nas áreas de reabilitação física e mental, humanização e ações de sustentabilidade com um padrão de qualidade que o torne referência nesta área, em conformidade o detalhamento do ANEXO II.

6. DEFINIÇÃO DE PARÂMETROS E INDICADORES PARA AVALIAÇÃO E CUMPRIMENTO DAS METAS

Os indicadores de avaliação dos serviços realizados pela Entidade serão:

- ✓ Controle de frequência dos assistidos, através de prontuários e apontamentos diários de atendimento por área e por profissional, contendo a assinatura do responsável e/ou do assistido;
- ✓ Avaliação anual dos assistidos. Por se tratar de assistidos portadores de deficiências múltiplas, a evolução é lenta, sendo os resultados alcançados visualizados com maior eficácia num intervalo de 12 meses. Durante o processo avaliativo elencamos objetivos personalizados vinculados as necessidades de cada assistido a serem alcançados anualmente a curto, médio e longo prazo. Lembrando que a cada procedimento efetuado o técnico da área responsável irá visualizando o

desenvolvimento dos assistidos para promover a passagem para a outra etapa estipulada na avaliação e na elaboração dos objetivos;

- ✓ Estudos semanais dos casos atendidos na Entidade junto com a equipe multidisciplinar com o objetivo de ter informações globais a respeito da evolução do assistido que será comprovado através do registro em ata;
- ✓ Em média 40 orientações mensais aos pais ou responsáveis pelos assistidos em todas as áreas de atendimento com o objetivo de checar junto às famílias se as metas previamente estabelecidas a curto, médio e longo prazo estão sendo visualizadas e alcançadas dentro do contexto familiar que será registrado em livro ata ou no prontuário do próprio assistido. Devido a complexidade dos nossos assistidos essas reuniões tornam-se inviáveis acontecerem mensalmente. – Contra partida da Entidade;
- ✓ Reuniões do Conselho Gestor na Entidade com a participação dos responsáveis pelos assistidos que recebem o atendimento e direção da Entidade que acontece semestralmente. – Contra partida da Entidade;
- ✓ Questionário anual de Satisfação destinado as famílias dos assistidos – Contra partida da Entidade;
- ✓ Atendimento por solicitação espontânea e individual dos pais registrada em livro ata e comprovação através da assinatura no controle de frequência;
- ✓ Confecção/ajuste de 4 órteses e/ou adaptações de cadeiras de rodas, em média, para adequação de postura e melhor desenvolvimento do assistido;
- ✓ Realização de em média de 3 visitas domiciliares mensais para orientações das famílias com objetivo de dar continuidade ao processo terapêutico em casa, também para analisar se o espaço físico da casa possibilita o exercício das orientações técnicas realizadas e também se o mesmo é adequado. Outro objetivo das visitas é checar o índice de faltas às vezes apresentado pelo assistido.





7. ETAPAS OU FASES DA EXECUÇÃO DO OBJETO A SER EXECUTADO

7.1 - AÇÕES DE PREVENÇÃO, DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA

O diagnóstico adequado norteia a conduta e o paciente só participará das atividades que forem necessárias a sua reabilitação, otimizando com isso os recursos e melhorando a adesão ao tratamento.

Após a definição do diagnóstico, ou verificando-se a necessidade, os pacientes e os familiares, são incluídos no tratamento.

A Associação de Educação Terapêutica Amarati atende a portadores de lesões neurológicas, associadas a outras patologias mielomeningocele e síndromes genéticas nos seguintes programas de atendimento:

7.1.1 PROGRAMA DE ATENDIMENTO CONTEMPLADOS PELO CONVÊNIO

Ambulatorial: atendimentos terapêuticos nas áreas de Fonoaudiologia, Psicologia, Fisioterapia, Hidroterapia, Terapia Ocupacional e Psicopedagogia.

Ocupacional: Atendimento em regime de oficina abrigada com enfoque no trabalho formal ou informal visando futura inclusão no mercado de trabalho. O assistido que frequenta a oficina continua recebendo atendimento ambulatorial.

Clínico: Neurologia e Odontologia.

Áreas comuns a todos os serviços: Serviço Social para assistidos e famílias, atendimento psicológico as famílias de forma grupal e individual e Orientações aos responsáveis em todas as áreas de atuação pelos profissionais técnicos e pelos coordenadores de cada área.

Atender os assistidos de acordo com a capacidade da carga horária técnica e clínica, disponibilizado para o convênio com SMS, desenvolvendo ações de tratamento na área de lesões neurológicas e suas comorbidades, de acordo com o seguinte protocolo:

7.1.2 Etapas do Tratamento

Ambulatório

1ª Etapa: Triagem social

2ª Etapa: Avaliação neurológica

3ª Etapa: Triagem Técnica

4ª Etapa: Avaliação diagnóstica do paciente e estudo de caso por equipe multidisciplinar.

5ª Etapa: Grupo de Entrada (Acolhimento à família)

6ª Etapa: Inserção do paciente na modalidade de tratamento adequada ao seu perfil e necessidades e com o objetivo de desenvolver as suas habilidades propostas em todas as áreas técnicas onde foi verificada a necessidade do atendimento, além do acompanhamento clínico com neurologista e tratamento odontológico quando necessário.

7ª Etapa: Programa de manutenção e alta, caso se aplique ao quadro clínico do assistido.

8ª Etapa: Atendimento aos familiares de acordo com a demanda diária de necessidades.

Oficina Terapêutica

1ª Etapa: Durante os atendimentos do setor ambulatorial verificam-se as habilidades do assistido para futura inserção no programa.

2ª Etapa: Avaliação neurológica

3ª Etapa: Convocação e devolutiva para a família informando da inserção do assistido no programa da oficina.

4ª Etapa: Inclusão e adaptação progressiva do período de permanência no programa



5ª Etapa: Preparo para inclusão no mercado de trabalho formal ou informal ou alta assistida.

6ª Etapa: Atendimento aos familiares de acordo com a demanda diária de necessidades.

7.1.3 Operacionalização:

Programa Ambulatorial

1ª Etapa: tempo de duração – até 1 dia

- ✓ Triagem social: Procedimento SUS – Realizada pela Assistente Social – 1 procedimento

2ª Etapa: tempo de duração – até 1 dia

- ✓ Avaliação Neurológica: Procedimento SUS – Realizada pelo Neurologista – 1 procedimento.
- ✓ Acompanhamento em consulta Neurológica – Procedimento SUS – Acompanhamento do paciente – 1 procedimento por consulta

3ª Etapa: tempo de duração – até 1 dia

- ✓ Triagem Técnica: Procedimento SUS - Realizada pelos coordenadores de habilidades básicas e motoras – 4 procedimentos

4ª Etapa: tempo de duração – até 60 dias

Avaliação diagnóstica

- ✓ Psicologia – Procedimento SUS – 8 procedimentos (em média) – Psicóloga – Anamnese Família/Avaliação Assistido
- ✓ Fonoaudiologia – Procedimento SUS – 8 procedimentos (em média) - Fonoaudióloga - Anamnese Família/Avaliação Assistido
- ✓ Terapia Ocupacional – Procedimento SUS – 6 procedimentos (em média) – Terapeuta Ocupacional
- ✓ Fisioterapia – Procedimento SUS – 6 procedimentos (em média) – Fisioterapeuta



5ª Etapa: tempo de duração – até 1 dia

✓ Grupo de entrada: Realizada pelos coordenadores e Serviço Social - Procedimento SUS - 9 procedimentos

6ª Etapa: tempo de duração – contínuo 1 ou 2 atendimentos por área /semanal

Início dos atendimentos para o desenvolvimento da proposta terapêutica

✓ Psicologia – Procedimento SUS – 1 procedimentos/semana (em alguns casos é indicado 2 atendimentos por semana) – Psicóloga

✓ Fonoaudiologia – 1 procedimentos/semana (em alguns casos é indicado 2 atendimentos por semana) - Fonoaudióloga

✓ Terapia Ocupacional – Procedimento SUS – 1 procedimentos/semana (em alguns casos é indicado 2 atendimentos por semana) – Terapeuta Ocupacional

✓ Fisioterapia – Procedimento SUS – 1 procedimentos/semana (em alguns casos é indicado 2 ou mais atendimentos por semana) – Fisioterapeuta

✓ Atendimento de Apoio na área da psicologia às famílias – de acordo com a necessidade – 1 ou 2 procedimentos/semana – Procedimentos SUS – Psicóloga

7ª Etapa: tempo de duração – até 30 dias

Preparo para alta/programa de manutenção: Anualmente os assistidos são reavaliados para que a equipe técnica elabore novas propostas de atendimento terapêutico onde será diagnosticada a necessidade de: continuidade, caso o paciente ainda demonstre condições de novos padrões comportamentais ou a necessidade de mantê-lo nos serviços em critério de profilaxia, ou durante esse processo avaliativo, poderá ser verificado que o mesmo atingiu todos os objetivos terapêuticos propostos, sendo iniciado junto com a família um processo de alta. Cabe informar que é muito freqüente o assistido receber alta em algumas áreas e em outras, manter a necessidade dos atendimentos.



- ✓ Psicologia – Procedimento SUS – 1 procedimentos/semana (em alguns casos é indicado 2 atendimentos por semana) – Psicóloga
- ✓ Fonoaudiologia – Procedimento SUS – 1 procedimentos/semana (em alguns casos é indicado 2 atendimentos por semana) – Fonoaudióloga
- ✓ Terapia Ocupacional – Procedimento SUS – 1 procedimentos/semana (em alguns casos é indicado 2 atendimentos por semana) – Terapeuta Ocupacional
- ✓ Fisioterapia – Procedimento SUS – 1 procedimentos/semana (em alguns casos é indicado 2 atendimentos por semana) – Fisioterapeuta

8ª Etapa: tempo de duração – contínuo

- ✓ Atendimento as Famílias – Procedimento SUS - Realizada pelos coordenadores e Serviço Social - 4 procedimentos;
- ✓ Visita domiciliar - Procedimento não SUS – Coordenadores ou Serviço Social – 3 procedimentos;
- ✓ Reunião de Estudos com os técnicos/clínicos - Procedimento não SUS – Coordenadores/ Serviço Social/Técnicos - 2 procedimentos;
- ✓ Atendimento Odontológico – Procedimento SUS - Dentista – 2 procedimentos;
- ✓ Acompanhamento fisioterapêutico na Dança Terapia - Contra Partida da Entidade – Coordenador ou Fisioterapeuta – 1 procedimento;
- ✓ Atendimento as escolas e empresas - Procedimento não SUS – Coordenadores – 3 procedimentos
- ✓ Confeção de órteses e adaptação de cadeira de rodas - Contra Partida da Entidade – Coordenador ou Terapeuta ocupacional – 1 procedimento;
- ✓ Suporte de auxiliar de enfermagem as consultas médicas, odontológicas e situações emergenciais - Procedimento não SUS – Auxiliar de enfermagem – 1 procedimento/paciente;
- ✓ Manutenção dos atendimentos fisioterapêutico na piscina quando indicado - Procedimento não SUS - Manutenção e Serviços Gerais – 2 vezes por dia – 4 procedimentos para cada funcionário envolvido.



Oficina Ocupacional – Grupos de 2h 30 de duração

1ª Etapa: tempo de duração – Durante os atendimentos do setor ambulatorial

✓ Encaminhamento Interno: realizado pelo setor ambulatorial que verifica o potencial para inclusão do assistido na Oficina – Procedimento SUS – Psicóloga – Fonoaudióloga – Terapeuta Ocupacional - Fisioterapeuta. – 1 procedimento.

2ª Etapa: tempo de duração – até 30 dias

✓ Avaliação técnica - Procedimento SUS – 4 procedimentos – Terapeuta Ocupacional e/ou Psicólogo

3ª Etapa: tempo de duração – até 1 dia

✓ Atendimento com a família para explanação da proposta terapêutica oferecida pela oficina em atendimento individual de acordo com a demanda – Procedimento SUS – Terapeuta Ocupacional 2 procedimentos – Coordenador - 2 procedimentos

4ª Etapa: tempo de duração – até 5 dias por semana

✓ Inclusão e Adaptação ao setor – Tempo e frequência de permanência do assistido no grupo da Oficina será aumentado gradativamente de acordo com a resposta do assistido – Procedimento SUS – Terapeuta Ocupacional - até 5 procedimentos por semana/assistido

5ª Etapa: tempo de duração – até 5 dias por semana

✓ Preparo para inclusão no mercado de trabalho formal ou informal ou alta assistida – Procedimento SUS - Terapeuta Ocupacional – Psicóloga – até 5 procedimentos por semana realizada avaliação diária nos assistidos para conclusão.



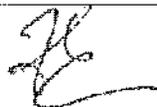
6ª Etapa: Contínua

- ✓ Atendimento as Famílias – Procedimento SUS - Realizada pelos coordenadores e Serviço Social - 6 procedimentos;
- ✓ Visita domiciliar - Procedimento não SUS – Coordenadores ou Serviço Social – 3 procedimentos;
- ✓ Reunião de Estudos com os técnicos/clínicos - Procedimento não SUS – Coordenadores/ Serviço Social/Técnicos - 2 procedimentos por reunião ;
- ✓ Atendimento as empresas – Contrapartida da Entidade – Coordenadores – 3 procedimentos
- ✓ Confeção de órteses e adaptação de cadeira de rodas - Procedimento não SUS – Coordenador ou Terapeuta ocupacional – 1 procedimento;
- ✓ Suporte de auxiliar de enfermagem as consultas médicas, odontológicas e situações emergenciais - Procedimento não SUS – Auxiliar de enfermagem – 1 procedimentos/paciente.

| MODALIDADE | EQUIPE | PROCEDIMENTOS/MÊS | QUANTIDADE/MÊS |
|--------------------------------|---|---|---|
| Triagem Social | Assistente social. | Consulta nível superior | 48 |
| Avaliação/Consulta Neurológica | Neurologista | Consulta Médica | 70 |
| Triagem Técnica | Coo Hab Básicas Coo Hab Motoras | Atendimento/Acompanhamento Consulta nível superior | 4 procedimentos por triagem |
| Avaliação Diagnóstica | Psicóloga Fonoaudióloga Terap Ocupacional Fisioterapeuta | Atendimento/Acompanhamento Consulta nível superior | Em média 28 procedimentos por avaliação |
| Grupo de Entrada | C Hab Básicas C. Hab Motoras | Atendimento/Acompanhamento Consulta nível superior | 9 procedimentos por grupo |



| | | | |
|-----------------------------------|--|---|--|
| | Assistente Social | | |
| Início dos Atendimentos | Psicóloga Fonoaudióloga Terap Ocupacional Fisioterapeuta | Atendimento/Acompanhamento Consulta nível superior | 1 ou 2 atendimentos por semana em cada área |
| Avaliação para alta/manutenção | Psicóloga Fonoaudióloga Terap Ocupacional Fisioterapeuta | Atendimento/Acompanhamento Consulta nível superior | Em média 1 a 2 procedimentos por área por semana |
| Atendimento Familiar | Coord Hab Básicas Coord Hab Motoras Assistente Social | Atendimento/Acompanhamento Consulta nível superior | 2 procedimentos diários |
| Visita Domiciliar | Coord Hab Básicas Coord Hab Motoras Assistente Social | Meta Qualitativa | 3 procedimentos mês |
| Reunião Estudo de caso | Coord Hab Básicas Coord Hab Motoras Assistente Social Psicóloga Fonoaudióloga Terap Ocupacional Fisioterapeuta | Meta Qualitativa | 8 procedimentos por reunião |
| Atendimento Odontológico | Dentista Aux Enfermagem | Consulta nível superior Meta Qualitativa | 6 procedimentos /semana |
| Acompanhamento | Coordenação ou | Contra Partida | 1 procedimento |



| | | | |
|--|---|------------------|--------------------------|
| fisioterapêutico na Dança | Fisioterapeuta | | por mês |
| Atendimento a escolas e empresas | Coord Hab Básicas Coord Hab Motoras | Contra Partida | 3 procedimentos por mês |
| Confeção/ajuste de órteses ou adaptação de cadeiras de rodas | Coord Hab Motoras Terap Ocupacional Prestador de Serviço | Meta Qualitativa | 4 procedimentos por mês |
| Manutenção dos atendimentos fisioterapêuticos na piscina | Of. de Manutenção Aux Serviços Gerais Prestadores de Serviços | Meta Qualitativa | 10 procedimentos por dia |

| | | | |
|--------------------------------------|---|---|---------------------------------------|
| Encaminhamento Oficina | Psicóloga Fonoaudióloga Terap Ocupacional Fisioterapeuta | Atendimento/Acompanhamento Consulta nível superior | 1 por procedimento por encaminhamento |
| Avaliação Técnica Setor Ocupacional | T. Ocupacional Psicólogo | Atendimento/Acompanhamento Consulta nível superior | 4 Procedimentos por avaliação |
| Atendimento com a família – inclusão | T. Ocupacional Psicólogo Coordenador | Consulta nível superior Atendimento/Acompanhamento | 4 procedimentos por técnico |
| Inclusão e Adaptação a Oficina | Terapeuta Ocupacional | Atendimento em Oficina | Até 5 atendimentos por semana |



B. PROPOSTA ORÇAMENTÁRIA

A entidade deverá detalhar a proposta orçamentária para manutenção dos serviços propostos, considerando-se os ANEXOS I e II - METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS.

PROPOSTA ORÇAMENTÁRIA PARA MANUTENÇÃO DAS METAS QUANTITATIVAS

| CÓDIGO DOS PROCEDIMENTOS DAS METAS QUANTITATIVAS | DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE METAS QUANTITATIVAS | VALOR SUS MENSAL | VALOR DA CONTRAPARTIDA DA ENTIDADE |
|--|--|------------------|------------------------------------|
| 0301070075 | Reabilitação Neuropsicomotora | 36.685,04 | \$ 6.915,63 |
| 0301010072 | Consulta Médica | 70,00 | |
| 0301070091 | Atendimento em Oficina | 9.187,36 | |
| 0301070067 | Atendimento Reabilitação nas Múltiplas Deficiências | 259,60 | |
| 0031010048 | Atendimento Nível Superior | 2.639,70 | |
| 0301070040 | Acompanhamento Neuropsicológico de pacientes em Reabilitação | 25.942,00 | |
| | TOTAL | 75.413,70 | |

Além deste valor disponibilizamos os seguintes equipamentos:

Consultório Odontológico Equipado e Consultório Médico

Aparelho de FES (Estimulação elétrica funcional)

Prancha Ortostática




Aparelho de Wii terapia

Esteira ergonômica

Sala de Integração Sensorial

Sala de Fisioterapia Completa

Equipamento de Aspiração

Equipamento de Inalação

Manuvacuômetro

Oxímetro

Esfigmomanômetro

Estetoscópio

Equipamentos de Informática adaptados a tecnologia assistiva / Software adaptados

Aparelho de Ultra som

Laser terapia

Vibrador/massageador

Veículos

Parque

Equipamento Peditasuit



PROPOSTA ORÇAMENTÁRIA PARA MANUTENÇÃO DAS METAS QUALITATIVAS

| METAS QUALITATIVAS | DESCRIÇÃO DOS PROCEDIMENTOS DE METAS QUANTITATIVAS | VALOR MENSAL | CONTRA PARTIDA DA ENTIDADE |
|--|---|--------------|---|
| Informe da produção realizada. | Através do faturamento mensal | 18.000,00 | - Piscina Aquecida - Oficina órtese - Elevador de piscina |
| Envio de informações contábeis - financeiras. | Através de pastas contendo as notas fiscais mensais com entrega trimestral | | |
| Adesão ao Programa de Acompanhamento Financeiro do SMF | Através de planilha mensal contendo os valores previstos e realizados. | | |
| Relatório da prestação de contas - metas quantitativas e qualitativas | Através da entrega de relatório mensal | | |
| Utilização e manutenção do Sistema on line disponibilizado pela Regulação /SMS. | Apontamentos diários no sistema | | |
| Reunião Estudo de Caso com toda a equipe - 4 mensais | Através do registro em livro ata das 4 reuniões mensais | | |
| Suporte de uma auxiliar nas consultas odontológicas e médicas bem como atendimentos aos assistidos | Através do registro na folha descrição de atendimento - entrega de planilha mensal contendo os atendimentos | | |
| Confecção de órteses e/ou adaptações de cadeiras de órtese - 4 | Comprovado através do termo de doação e registrado mensalmente em planilha | | |
| Manutenção da piscina para atendimento | Registros de Manutenção | | |
| Visita Domiciliar - 3 | Comprovado pelo Termo de Visita e registrado mensalmente em planilha | | |




9. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

| METAS | QUANTITATIVAS | QUALITATIVAS |
|-----------|---------------|--------------|
| JUNHO | 75.413,70 | 18.000,00 |
| JULHO | 75.413,70 | 18.000,00 |
| AGOSTO | 75.413,70 | 18.000,00 |
| SETEMBRO | 75.413,70 | 18.000,00 |
| OUTUBRO | 75.413,70 | 18.000,00 |
| NOVEMBRO | 75.413,70 | 18.000,00 |
| DEZEMBRO | 75.413,70 | 18.000,00 |
| JANEIRO | 75.413,70 | 18.000,00 |
| FEVEREIRO | 75.413,70 | 18.000,00 |
| MARÇO | 75.413,70 | 18.000,00 |
| ABRIL | 75.413,70 | 18.000,00 |
| MAIO | 75.413,70 | 18.000,00 |

10. PREVISÃO DE INÍCIO E FIM DA EXECUÇÃO DO OBJETO, BEM COMO DA CONCLUSÃO DAS ETAPAS E FASES PROGRAMADAS.

Ações e serviços de natureza contínua tendo o presente Plano Operativo a vigência de 12 meses com início a partir da assinatura do convênio.


Humberto Cereser
Presidente



ANEXO I

METAS QUANTITATIVAS MENSAIS*

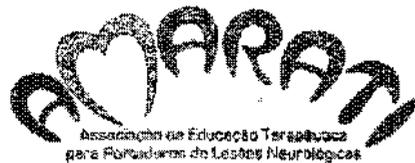
| PROCEDIMENTO | DESCRIÇÃO | VALOR SUS | QTD ESTIMADA ** | VALOR ESTIMADO |
|--------------|---|-----------|--------------------|----------------|
| 0301070075 | Atendimento/Acompanhamento de paciente em reabilitação do desenvolvimento neuropsicomotor | 15,26 | 2.404 | 36.685,04 |
| 0301010072 | Consulta Médica em atenção especializada | 10,00 | 70 | 700,00 |
| 0301070091 | Atendimento em Oficina terapêutica para portadores de necessidades especiais | 25,24 | 364 | 9.187,36 |
| 0301070040 | Acompanhamento Neuropsicológico de paciente em Reabilitação | 15,26 | 1.700 | 25.942,00 |
| 0301070067 | Atendimento Reabilitação nas Múltiplas deficiências | 6,49 | 40 | 259,60 |
| 0301010048 | Consulta Profissional Nível Superior | 6,30 | 419 | 2.639,70 |
| | TOTAL | | | 75.413,70 |

* Descritivo detalhado do SIGTAP ** Procedimentos com duração de 30 minutos




**ANEXO II****METAS QUALITATIVAS MENSAIS 18.000,00**

| OBJETIVO | METAS | pto. | MÊS |
|---|--|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | | | 01 | 02 | 03 | 04 | 05 | 06 | 07 | 08 | 09 | 10 | 11 | 12 |
| | | | pont. Máx |
| Qualidade das informações | Informe da produção realizada. | 1 | | | | | | | | | | | | |
| | Envio de informações contábeis e financeiras. | 1 | | | | | | | | | | | | |
| | Adesão ao Programa de Acompanhamento Financeiro do SMF | 1 | | | | | | | | | | | | |
| | Relatório da prestação de contas – metas quantitativas e qualitativas | 1 | | | | | | | | | | | | |
| Cumprimento das metas estabelecidas pelos indicadores | Utilização e manutenção do Sistema on line disponibilizado pela Regulação /SMS. | 1 | | | | | | | | | | | | |
| | Reunião Estudo de Caso com toda a equipe – 4 reuniões mensais | 1 | | | | | | | | | | | | |
| | Suporte de uma auxiliar nas consultas odontológicas e médicas bem como atendimentos aos assistidos | 1 | | | | | | | | | | | | |
| | Confecção de órteses e/ou adaptações de cadeiras de órtese -- 4 | 1 | | | | | | | | | | | | |
| | Manutenção da piscina para atendimento | 1 | | | | | | | | | | | | |
| | Visita Domiciliar – 3 | 1 | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL | | 10 | | | | | | | | | | | | |



DESCRIÇÃO DAS ATIVIDADES

| Atividades desenvolvidas | Descrição das atividades | Equipe técnica | Qt. de horas por atividade mensal | Valor hora do profissional | Valor total por atividade |
|--|--|--|-----------------------------------|----------------------------|---------------------------|
| Informe da produção realizada | Atendimento Recepção | Recepcionista | 60 | 3,61 | 216,60 |
| | Digitação do faturamento no sistema | Auxiliar Administrativa | 75 | 4,85 | 363,75 |
| Informações contábeis Financeiras | Contabilização e preparação da documentação | Auxiliar Administrativa | 250 | 6,50 | 1.625,00 |
| | | Coord. Administrativa | 80 | 22,79 | 1.823,20 |
| | | Gerente Administrativo | 80 | 43,87 | 3.509,60 |
| Acompanhamento Financeiro | Elaboração de Planilha mensal | Coord. Administrativa | 20 | 22,79 | 455,80 |
| Utilização do Sistema | Apontar os atendimentos | Auxiliar Administrativa | 75 | 4,85 | 363,75 |
| Reunião de Estudo de Caso | Reunião semanal com toda a equipe técnica para discutir atendimentos | 20 técnicos | 80 | 13,04 | 1.043,20 |
| | | 1 Assistente Social | 4 | 22,19 | 88,76 |
| | | 2 Coordenadores | 8 | 22,79 | 182,32 |
| Suporte de Auxiliar de enfermagem | Atividades de auxílio em todos os atendimentos | Auxiliar de Enfermagem | 200 | 5,04 | 1.008,00 |
| Confecção de órtese | Confecção de órtese de acordo com a necessidade do assistido | Terapeuta Ocupacional | 12 | 13,04 | 156,48 |
| Adaptação de Cadeiras de rodas | Confecção da adaptação da cadeira de acordo com a necessidade do assistido | Serviço Contratado valor por adaptação | 4 | 850,00 | 3.400,00 |
| Sistema de Ozônio para Piscina | Tratamento da piscina com Ozônio | Serviço Contratado | | | 199,65 |
| Análise da água da piscina | Análise mensal da qualidade da água da Piscina | Serviço Contratado | | | 204,23 |
| Manutenção | Análise de PH, Limpeza e Manutenção | Oficial de Manutenção | 110 | 7,98 | 877,80 |
| | | Limpeza | 170 | 3,25 | 552,50 |
| Visitas Domiciliares | Realização de visita para acompanhamento familiar do assistido | Assistente Social Coordenação | 4 | 22,19 | 88,76 |
| | | ½ Oficial Manutenção | 170 | 4,77 | 810,90 |
| CUSTO MENSAL TOTAL PARA O SERVIÇO | | | | | 16.970,30 |

CNPJ: 51.910.578/0001-16 • Inscrição Estadual: isenta

R. José Maria Marinho, 266 • Vila Agrícola • Jundiaí/SP • CEP 13.202-710 • Fone: (11) 3378-5800

www.amarati.org.br • amarati@amarati.org.br



CUSTEIO DO MATERIAL DE CONSUMO

| Atividades desenvolvidas | Descrição das atividades | Material de consumo | Qt. média por atividade | Valor total por atividade |
|--|--|--|-------------------------|---------------------------|
| Informe da produção realizada | Digitização do faturamento no sistema BPA | Material de Papelaria - Computador - Energia | | R\$ 12,00 |
| Informações contábeis Financeiras | Contabilização e preparação da documentação | Material de Papelaria - Computador - Energia | | R\$ 12,00 |
| Acompanhamento Financeiro | Elaboração de Planilha mensal | Material de Papelaria - Computador - Energia | | R\$ 12,00 |
| Utilização do Sistema | Apontar os atendimentos | Computador - Energia Elétrica - internet | | R\$ 50,00 |
| Reunião de Estudo de Caso | Reunião semanal com toda a equipe técnica para discutir atendimentos | Material de Papelaria | | R\$ 20,00 |
| Confeção de órtese | Confeção de órtese de acordo com a necessidade do assistido | Placas de Ezeforme - Velcro - Tesoura | | R\$ 200,00 |
| Manutenção da Piscina | Análise de PH, Limpeza e Manutenção | Produtos de Limpeza e Manutenção, Gás e Energia Elétrica | | R\$ 2.000,00 |
| Visitas Domiciliares | Realização de visita para acompanhamento familiar do assistido | Combustível | 25 | R\$ 100,00 |
| CUSTO MENSAL TOTAL PARA MATERIAL DE CONSUMO | | | | 2.406,00 |

J
FE

ANEXO I - AMARATI
METAS QUANTITATIVAS PARA REPASSE DE RECURSO

| PROCEDIMENTO | DESCRIÇÃO | QUANTIDADE ESTIMADA | VALOR SUS | VALOR DO TETO |
|---|---|---------------------|-----------|----------------------|
| 030101004-8 | Consulta Profissional Nível Superior | 419 | R\$ 6,30 | R\$ 2.639,70 |
| 030101007-2 | Consulta médica em atenção especializada | 70 | R\$ 10,00 | R\$ 700,00 |
| 0301070067 | Atendimento / Acompanhamento em reabilitação nas múltiplas deficiências | 40 | R\$ 6,40 | R\$ 72.074,00 |
| 0301070040 | Atendimento neuropsicológico do paciente em reabilitação | 1700 | R\$ 15,26 | |
| 0301070075 | Atendimento/Acompanhamento de paciente em reabilitação do desenvolvimento neuropsicomotor | 2404 | R\$ 15,26 | |
| 030107009-2 | Atendimento em Oficina terapêutica para portadores de necessidades especiais | 364 | R\$ 25,24 | |
| TETO FINANCEIROS DAS METAS QUANTITATIVAS | | | | R\$ 75.413,70 |

METAS QUALITATIVAS PARA REPASSE DE RECURSO

| OBJETIVO | METAS | pto. | MÊS 01 | VALOR ESTIMADO |
|--|--|-----------|-----------|----------------|
| | | | pont. Máx | |
| Qualidade das informações | Informe da produção realizada. | 1 | | R\$ 18.000,00 |
| | Envio de informações contábeis e financeiras. | 1 | | |
| | Adesão ao Programa de Acompanhamento Financeiro do SMF | 1 | | |
| | Utilização e manutenção do Sistema on line disponibilizado pela Regulação /SMS | 1 | | |
| | Relatório da prestação de contas – metas quantitativas e qualitativas | 1 | | |
| Cumprimento de metas estabelecidas pelos indicadores | Reunião Estudo de Caso com toda a equipe – 4 reuniões mensais | 1 | | |
| | Suporte de uma auxiliar nas consultas odontológicas e médicas bem como atendimentos aos assistidos | 1 | | |
| | Confecção de órteses e/ou adaptações de cadeiras de órtese – 4 | 1 | | |
| | Manutenção da piscina para atendimento | 1 | | |
| | Visita Domiciliar – 3 | 1 | | |
| TOTAL | | 10 | | |

| | |
|----------------------------------|----------------------|
| TOTAL METAS QUANTITATIVAS | R\$ 75.413,70 |
|----------------------------------|----------------------|

| | |
|---------------------------------|----------------------|
| TOTAL METAS QUALITATIVAS | R\$ 18.000,00 |
|---------------------------------|----------------------|

| | |
|-----------------------|----------------------|
| TOTAL CONVÊNIO | R\$ 93.413,70 |
|-----------------------|----------------------|

9

CRITÉRIO DE APURAÇÃO DOS VALORES A SEREM REPASSADOS QUANTO AO CUMPRIMENTO DAS METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS

As METAS QUANTITATIVAS correspondem ao volume esperado de procedimentos SUS para aplicação dos protocolos propostos no plano de trabalho. Para recebimento do valor global da META QUANTITATIVA, referente ao volume de procedimentos SUS, a entidade deverá apresentar mensalmente produção SIA/SUS entre 80% e 100% dos procedimentos do quadro ANEXO I.

As METAS QUALITATIVAS correspondem às ações desenvolvidas pela entidade, visando a qualificação do atendimento oferecido, de forma que a torne referência na área em que atue. Para recebimento do valor global da META QUALITATIVA, a entidade deverá apresentar os resultados previstos entre 80% e 100% no quadro ANEXO I.

Caso a entidade não atinja pelo menos 80% das METAS QUANTITATIVAS e 80% das METAS QUALITATIVAS, por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados, no período de vigência do convênio, passará a receber valor proporcional ao percentual demonstrado por um período máximo de 03 (três) meses, prazo em que deverá apresentar nova proposta de Plano de Trabalho.

3



ANEXO II PRESTAÇÃO DE CONTAS

1. Compete a Conveniada:

- 1.1. Proceder à abertura de conta corrente específica p/ o recurso recebido em bancos oficiais;
- 1.2. Pagamento somente com cheques, inadmissível saque para pagamento em dinheiro;
- 1.3. É vedada a utilização dos recursos transferidos em finalidade diversa da pactuada;
- 1.4. Quando mercadorias/serviços forem contratadas servindo a outras finalidades além do objeto conveniado, emitir duas NFs ou uma nota fiscal, segregando despesas específicas do convênio;
- 1.5. A entidade deverá abrir um processo com as prestações de contas ordenado por data, de todos os gastos realizados no período de vigência, comprovando a utilização do recurso recebido do ente Federal, Estadual ou Municipal;
- 1.6. Haverá disponibilização de calendário, para o representante da Entidade, apresentar a evolução da execução orçamentária abrangendo aspecto financeiro associado às variáveis quantitativas de atendimento.

2. DEMONSTRAÇÕES CONTÁBEIS E FINANCEIRAS:

2.1. Deverá ser mensalmente elaborado pela Conveniada e apresentado trimestral a seguinte documentação:

- 2.1.1. Balanço Patrimonial
- 2.1.2. Demonstração de Resultado
- 2.1.3. Demonstração das Mutações do Patrimônio Social
- 2.1.4. Demonstração do Fluxo de Caixa;
- 2.1.5. Cópia de extratos bancários/aplicações financeiras das contas específicas do ente Federal, Estadual e Municipal.
- 2.1.6. Relatórios administrativos mensais de acompanhamento da execução do orçamento da DEMONSTRAÇÃO DE RESULTADO
- 2.1.7. Relatórios analíticos contendo todos os registros de atendimento realizado x planejado.

3. DOCUMENTOS FISCAIS PARA COMPROVAÇÃO DE DESPESA:

3.1. Para a comprovação da despesa serão aceitos os seguintes documentos fiscais:

3.1.1. Tratando-se de Nota Fiscal, observar:

- a) Nome da entidade;
- b) Discriminação individualizada das mercadorias/serviços adquiridos;
- c) Sem rasuras;
- d) Data e valor.

3.1.2. Tratando-se de Cupom Fiscal, observar:

- a) CNPJ da entidade;
- b) Discriminação individualizada das mercadorias adquiridas;
- c) Data e valor.

3.1.3. Tratando-se de Recibo, observar:

- a) Nome completo do prestador;
- b) CPF, RG;
- c) Endereço;
- d) Especificação detalhada do serviço prestado;
- e) Data e assinatura;
- f) Número de inscrição na Prefeitura (ISS) ou cópia de recolhimento de ISS eventual.
- g) Recolhimento do INSS, Parte empregado, através de GPS

3.1.4. Tratando-se de Folha de Pagamento, observar:

- a) Competência;
- b) Nome completo dos funcionários;
- c) CPF, RG;
- d) Cargo e Função;
- e) Valores e data;
- f) Memória de cálculo e comprovantes de recolhimento de INSS e FGTS correspondentes ao mês de competência da folha apresentada.
- g) Guia de protocolo da Previdência Social.

3.1.5. Tratando-se de Documento Público (pagamentos de impostos e taxas) :

- a) Devidamente autenticados pelo Banco



CHECK LIST
DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA PRESTAÇÃO DE CONTAS

- () I - certidão indicando os nomes dos responsáveis pela fiscalização da execução do convênio e respectivos períodos de atuação;
- () II - certidão contendo os nomes dos dirigentes e conselheiros da conveniada e respectivos períodos de atuação;
- () -ata que constituiu a atual diretoria, acompanhada de Declaração quanto ao período de atuação dos respectivos membros;
- () -Atestado de Funcionamento emitido por autoridade pública Estadual ou Federal, residente no município;
- () -Cópia de todos os comprovantes de despesas, devidamente autenticados com carimbo se confere com original), e já tendo sido as originais identificadas como daquele convênio (carimbo antes da cópia);
- () III - relatório anual da conveniada sobre atividades desenvolvidas com os recursos próprios e as verbas públicas repassadas;
- () IV - relatório sobre execução do objeto do convênio contendo comparativo entre as metas propostas e os resultados alcançados;
- () V - demonstrativo integral das receitas e despesas computadas por fontes de recurso e por categorias ou finalidades dos gastos, aplicadas no objeto do convênio, conforme modelo contido no Anexo 17 fornecido pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo;
- () VI - regulamento para contratação de obras e serviços, bem como para compras com emprego de recursos financeiros repassados à conveniada;
- relação da despesa efetuada;
- () VII - relação dos contratos, convênios e respectivos aditamentos, firmados com a utilização de recursos públicos administrados pela conveniada para os fins estabelecidos no convênio, contendo: tipo e número do ajuste; nome do contratado ou conveniado; data; objeto; vigência; valor e condições de pagamento;
- () VIII - conciliação bancária do mês de dezembro da conta corrente específica aberta em instituição financeira oficial, indicada pelo órgão público conveniente, para movimentação dos recursos do convênio;
- () IX - publicação do Balanço Patrimonial da conveniada, do exercício encerrado e anterior;
- () X - demais demonstrações contábeis e financeiras da conveniada;
- () XI - certidão expedida pelo Conselho Regional de Contabilidade -CRC, comprovando a habilitação profissional dos responsáveis por balanços e demonstrações contábeis;
- () XII - parecer e relatório de auditoria das entidades beneficentes de assistência social, nos termos dos artigos 2º e 4º a 6º do Decreto Federal nº 2.536, de 06/04/98;

J

() XIII - Parecer conclusivo elaborado nos termos do artigo 370 (DAS DISPOSIÇÕES FINAIS), da Instrução Normativa 02/2008 do TCESP.

§ 1º - Os documentos previstos nos incisos I a XIII serão remetidos acompanhados de ofício, assinado pelo responsável, identificando o convênio a que se referem.

§ 2º - Remetida a documentação prevista no inciso VI deste artigo, nos exercícios seguintes serão enviadas apenas as alterações ocorridas ou declaração nesse sentido.

§ 3º - Os documentos originais de receitas e despesas referentes à comprovação da aplicação dos recursos próprios e os de origem pública, vinculados a convênio, e depois de contabilizados, ficarão arquivados na entidade conveniada, à disposição desta PMJ e dos órgãos competentes.

§ 4º - Toda a documentação referente ao ajuste e à prestação de contas, explicitada nesta Seção, também se aplica aos convênios firmados com valor inferior ao de remessa, devendo permanecer à disposição da PMJ e dos órgãos competentes.

() - anexar à prestação de contas, Certidão Negativa de Débito dos encargos trabalhistas.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ - SP

CONVÊNIO n°....., que entre si celebram a Prefeitura do Município de Jundiaí e o Centro de Atendimento a Síndrome de Down **BEM TE VI** objetivando desenvolver ações de prevenção, diagnóstico, tratamento, recuperação nas áreas de reabilitação física e mental para pacientes com Síndrome de Down.

Processo n°

Pelo presente instrumento, de um lado a **PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ**, neste ato representado pelo seu Prefeito **PEDRO BIGARDI**, presente também o Sr. **CLAUDIO ERNANI MARCONDES DE MIRANDA**, Secretário Municipal de Saúde, doravante denominada apenas **PREFEITURA**, e, de outro, o **Centro de Atendimento a Síndrome de Down BEM TE VI**, inscrito no CNPJ sob n° 59.035.642/0001-79, com sede à Rua Osvaldo Cruz, n° 206, Bairro Ponte São João, Cidade de Jundiaí, Estado de São Paulo, neste ato representado por seu Presidente; RG SSP/SP e CPF, doravante designado simplesmente **CONVENIADO**, conforme autoriza a Lei n°....., de ... de de....., firmam entre si o presente **CONVÊNIO**, que se regerá pela Lei Federal n° 8666, de 21 de junho de 1993, mediante as cláusulas e condições a seguir estabelecidas:

CLÁUSULA 1ª - DO OBJETO

O presente **CONVÊNIO** tem por objeto, mediante a conjugação de esforços dos convenentes, o desenvolvimento de ações de prevenção, diagnóstico, tratamento, recuperação nas áreas de reabilitação física e mental para pacientes com Síndrome de Down a partir de 0 (zero) anos, com um padrão de qualidade que o torne referência nesta área, e em conformidade com o Plano de Trabalho e Anexos que constituem parte integrante do presente Convênio.

CLÁUSULA 2ª - DAS OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO

I – transferir os recursos financeiros na forma consignada no presente ajuste;

II – supervisionar, acompanhar e avaliar qualitativa e quantitativamente, os serviços prestados pela **CONVENIADA** em decorrência deste Convênio e conforme critérios definidos no Plano de Trabalho;

III – examinar e aprovar as prestações de contas dos recursos financeiros repassados ao **CONVENIADO**;

IV – assinalar prazo para que o **CONVENIADO** adote as providências necessárias para o exato cumprimento das obrigações decorrentes deste Convênio, sempre que verificada alguma irregularidade;



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ - SP

CLÁUSULA 3ª - DAS OBRIGAÇÕES DO
CONVENIADO

I - para o cumprimento do objeto deste convênio o **CONVENIADO** obriga-se a oferecer ao usuário todo o recurso técnico necessário ao seu atendimento e ainda:

a) possuir sede operacional em Jundiaí, com capacidade para atendimento à demanda prevista em convênio;

b) zelar pela manutenção dos padrões de qualidade dos serviços prestados, de acordo com as normas técnicas e operacionais vigentes;

c) não utilizar, nem permitir que terceiros utilizem, quaisquer dados oriundos da prestação de seus serviços, para fins de experimentação.

d) manter as dependências em perfeito estado de conservação, higiene e funcionamento, bem como possuir espaço adequado para acomodação do paciente e acompanhante antes, durante e após a realização do procedimento e disponibilizar todos os insumos e cuidados necessários para tanto;

e) atender aos usuários e seus familiares com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo sempre a qualidade na prestação dos serviços, assim como fornecer todas as orientações para a evolução do tratamento;

f) justificar ao usuário, ou ao seu representante por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional relativo a este Convênio;

g) seguir os protocolos, fluxos e regulação estabelecidos pela **PREFEITURA/Secretaria Municipal de Saúde**;

h) não cobrar do paciente ou de seu acompanhante qualquer valor pelos serviços prestados nos termos deste Convênio;

i) realizar, conforme regulação da Secretaria Municipal de Saúde, os procedimentos e ações constantes no Plano de Trabalho;

j) utilizar sistema informatizado para controle e acompanhamento dos procedimentos de acordo com definição da Secretaria Municipal de Saúde;

k) disponibilizar relatórios conforme frequência e definição da Secretaria Municipal de Saúde;

l) manter quadro de Recursos Humanos compatível com a legislação pertinente e os serviços e ações definidos no Plano de Trabalho;

m) disponibilizar todos os documentos necessários para auditoria da Secretaria Municipal de Saúde, quando solicitado;



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ - SP

n) deverá ter CNES compatível com a execução dos procedimentos em questão, inclusive profissionais/CBO adequados e em quantidade suficiente, equipamentos, serviço/classificação e habilitações para a execução dos procedimentos SUS, com a responsabilidade de informar, junto a VISA municipal, qualquer atualização, alteração ou inclusão de informações, como requisito para a execução do convênio;

o) manter o funcionamento do estabelecimento em horário comercial, podendo ser estendido em comum acordo entre as partes, desde que preservado o conforto, segurança e adequação às necessidades específicas para a realização do procedimento ou da ação;

p) estar em conformidade com a legislação da VISA vigente;

q) manter atualizada o prontuário dos usuários e arquivo médico, pelo prazo de 05 (cinco) anos, observando-se as exceções previstas em lei;

r) afixar aviso em local visível, da sua condição de prestador de serviço integrante do Sistema Único de Saúde (SUS),

s) será de inteira responsabilidade da **CONVENIADA** a indicação de outro serviço sem ônus à **PREFEITURA**, no caso de interrupção do serviço de diagnóstico por um período igual ou superior a 03 (três) dias úteis, sendo que nesse caso o serviço deverá cumprir os mesmos pré requisitos da **CONVENIADA**;

t) aplicar integralmente os recursos financeiros repassados pelo **MUNICÍPIO** na prestação dos serviços e ações objeto deste Convênio;

u) apresentar, trimestralmente, ao **MUNICÍPIO** o relatório das atividades desenvolvidas e da aplicação dos recursos financeiros recebidos, bem como declaração quantitativa de atendimento trimestral, assinada pelo representante da **CONVENIADA**;

v) os documentos originais de receitas e despesas referentes à comprovação da aplicação dos recursos vinculados ao convênio, depois de contabilizados, ficarão arquivados na entidade em protocolado próprio e à disposição para conferência e acompanhamento do **MUNICÍPIO**;

w) prestar contas ao **MUNICÍPIO**, no que couber no molde da Instrução Normativa 02/2008 do Tribunal de Contas de São Paulo até 31 de janeiro do exercício subsequente, dos recursos repassados durante o exercício anterior, e, se for o caso,



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ - SP

até 30 (trinta) dias do término da vigência deste instrumento, sob pena de ficar impedida de receber quaisquer outros recursos financeiros do **MUNICÍPIO**;

x) manter a contabilidade, os procedimentos contábeis e os registros estatísticos em perfeita ordem sempre à disposição dos agentes públicos responsáveis pelo acompanhamento e controle, de forma a garantir o acesso às informações da correta aplicação e utilização dos recursos financeiros recebidos, nos moldes do Anexo II – Prestação de Contas;

y) manter Conselho Gestor atuante;

z) assegurar ao **MUNICÍPIO** as condições necessárias ao acompanhamento, supervisão, fiscalização e avaliação da execução dos serviços e ações objeto deste Convênio;

CLÁUSULA 4ª – DO CONTROLE, AVALIAÇÃO, VISTORIA, FISCALIZAÇÃO E AUDITORIA

a) a prestação de serviços será avaliada pela Secretaria Municipal de Saúde, mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste Convênio, à verificação do movimento dos atendimentos e quaisquer outros dados necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados;

b) sob critérios definidos em normatização complementar, poderá, em casos específicos, ser realizada auditoria especializada;

c) anualmente, na hipótese de prorrogação, a **PREFEITURA** vistoriará as instalações do **CONVENIADO** para verificar se persistem as mesmas condições técnicas básicas iniciais, comprovadas por ocasião da assinatura deste Convênio;

d) o **CONVENIADO** facilitará o acompanhamento e a fiscalização permanentes dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhes forem solicitados pelos servidores da **PREFEITURA** designados para tal fim.

e) o **CONVENIADO** deverá disponibilizar a **PREFEITURA** os devidos documentos, fichas comprobatórias e instalações, para reavaliação da qualidade e capacidade dos serviços dos usuários dos SUS;

f) as contas rejeitadas ou glosadas quanto ao mérito, serão objeto de análise pelos órgãos de avaliação, controle, fiscalização e auditoria a qualquer tempo;

g) qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição ou suspensão da capacidade operativa do **CONVENIADO**, sem autorização da **PREFEITURA**, poderá ensejar em denúncia ou em revisão das condições ora estipuladas, mediante Termo Aditivo próprio;



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ - SP

h) a **PREFEITURA** por meio das áreas técnicas competentes exercerá a função gerencial fiscalizadora, ficando assegurado, aos seus agentes qualificados, o poder discricionário de orientar ações e de acatar ou não justificativa com relação à eventual disfunção na sua execução, sem prejuízo da ação das unidades de controle interno e externo.

i) a fiscalização exercida pela **PREFEITURA**, sob os serviços ora conveniados, não eximirá o **CONVENIADO** da sua plena responsabilidade perante o **MINISTÉRIO DA SAÚDE**, conselhos de classe, pacientes e terceiros e a própria Secretaria Municipal de Saúde, decorrente de culpa ou dolo na execução do convênio.

CLÁUSULA 5ª – DO VALOR E DO PAGAMENTO

a) dá-se ao presente ajuste o valor anual de **R\$ 211.812,48** (Duzentos e onze mil oitocentos e doze reais e quarenta e oito centavos) e o valor estimado mensal de **R\$ 17.651,04** (Dezessete mil seiscentos e cinquenta e um reais e quatro centavos), no que concerne à **PREFEITURA**, com a devida contrapartida à custa da **CONVENIADA** no valor anual de **R\$ 263.179,44** (Duzentos e sessenta e três mil, cento e setenta e nove reais e quarenta e quatro centavos) e valor estimado mensal de **R\$ 21.931,62** (vinte e um mil novecentos e trinta e um reais e sessenta e dois centavos).

b) a **CONVENIADA** apresentará, mensalmente, até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente ao fechamento de cada mês, o faturamento, as fichas comprobatórias dos atendimentos e os documentos referentes aos procedimentos (**METAS QUANTITATIVAS**) e ações (**METAS QUALITATIVAS**) efetivamente prestados, obedecendo para tanto o Plano de Trabalho, o Anexo I e as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde;

c) a **PREFEITURA**, em um prazo de 15 dias úteis, revisará e processará o faturamento e documentos recebidos da **CONVENIADA** conforme estipulado pelo Ministério da Saúde, para posterior autorização de emissão de Nota Fiscal e pagamento em até 05 dias úteis;

d) depois de efetivados os itens "b" e "c", a **CONVENIADA** receberá, mensalmente, da **PREFEITURA**, os valores apurados considerando os critérios de metas quantitativas e qualitativas previstas no Plano de Trabalho.

e) os valores constantes do Plano de Trabalho referenciados à Tabela SUS do Ministério da Saúde sofrerão variação de acordo com a alteração da mencionada Tabela.

CLÁUSULA 6ª – DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

As despesas decorrentes da execução deste **CONVÊNIO** com relação aos valores custeados pela **PREFEITURA** serão financiadas com recursos das dotações 14.01.10.302.0151.2816.3.3.90.39.00.0.000. e 14.01.10.302.0151.2816.3.3.90.39.00.0.5001.

Parágrafo único – Em caso de prorrogações as despesas serão suportadas por dotações destacadas especificamente para essa finalidade.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ - SP

CLÁUSULA 7ª – DA VIGÊNCIA E DA REVISÃO

O presente convênio terá a duração de 12 (doze) meses, contado a partir de 15 de junho de 2013, podendo ser prorrogado até o limite de 60 (sessenta) meses, se não for revisto ou denunciado por qualquer das partes, no prazo previsto na cláusula 8ª, I.

Na hipótese de prorrogação, os valores não referenciados à Tabela SUS constantes do Plano de Trabalho, serão revistos mediante a composição dos custos envolvidos.

CLÁUSULA 8ª – DA RESCISÃO

Este Convênio poderá ser alterado por acordo entre os partícipes, sempre que assim determinar o interesse público, mediante termo aditivo específico, sendo vedada a alteração do seu objeto.

CLÁUSULA 9ª – DA DENÚNCIA E DA RESCISÃO

I) este convênio poderá ser denunciado a qualquer tempo, desde que a parte interessada comunique à outra tal intenção, com 120 (cento e vinte) dias de antecedência.

II) a inobservância de qualquer das cláusulas, condições ou obrigações estabelecidas neste instrumento, facultará à parte inocente considerá-lo rescindido de pleno direito, independentemente de qualquer ação ou notificação judicial.

III) constituem motivo para a denúncia deste Convênio:

a) o não cumprimento ou o cumprimento irregular de suas cláusulas;

b) o desatendimento das determinações regulares dos órgãos designados para acompanhar e fiscalizar a sua execução;

c) a modificação da finalidade ou da estrutura da CONVENIADA, que prejudique a execução do convênio.

Parágrafo único – o presente Convênio rescinde os convênios anteriores celebrados entre os partícipes, desde que tenham o mesmo objeto.

CLÁUSULA 10ª – DA PUBLICAÇÃO

A eficácia deste Convênio fica condicionada a publicação do respectivo extrato no órgão de imprensa oficial do Município, no prazo de 20 (vinte) dias a contar da data de sua assinatura, contendo os seguintes elementos:

I – espécie, número do instrumento, nome e CGC/CPF dos partícipes e dos signatários;



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ - SP

II – resumo do objeto;

III – crédito pelo qual correrá a despesa e número, data e valor da Nota de Empenho;

IV – prazo de vigência e data de sua assinatura.

CLÁUSULA 11ª - DO FORO

Para dirimir questões oriundas da execução do presente convênio, não passíveis de solução na via administrativa, fica eleito o foro da Comarca de Jundiá, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

CLÁUSULA 12ª - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Aplicam-se à execução deste Convênio, bem como aos casos omissos, no que couber, a Lei Federal nº 8.666/93.

Qualquer alteração ou modificação das condições de execução do presente convênio, inclusive as que importem em aumento ou diminuição da capacidade operativa da CONVENIADA, serão objeto de Termos Aditivos a critério dos participes;

E por estarem assim justos e avençados, assinam o presente em 03 (três) vias de igual teor e para um só efeito de direito.

Jundiá, de de 2013

PEDRO BIGARDI
Prefeito Municipal

CLAUDIO E. MARCONDES MIRANDA
Secretário Municipal de Saúde

Presidente Entidade

Testemunhas

- 1.
- 2.

Centro de Atendimento à Síndrome de Down



PLANO

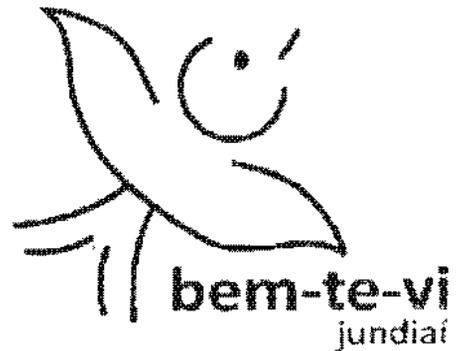
DE

TRABALHO

rua osvaldo cruz, 206 - bairro ponte são joão - cep 13218-010 - jundiaí - sp
fone/fax: (11) 4526-9446 - 4816-3658 - e-mail: down@downbtv.org.br

Utilidade Pública Municipal Lei n.º 4925 de 11/07/94 - Utilidade Pública Estadual Lei n.º 10290 de 06/04/99 - Utilidade Pública Federal Decreto de 21/06/99 - Conselho Municipal de Assistência Social n.º 10 017 de 02/05/00 - Conselho Nacional de Assistência Social n.º 060 de 09/04/99 - CEAS-71010-002748/2004-18/2007 - CNPJ 09.035.642/0001-79

Centro de Atendimento à Síndrome de Down



1. INTRODUÇÃO

Histórico:

O Centro de Atendimento à Síndrome de Down "Bem-Te-Vi" é uma entidade sem fins econômicos, fundada no dia 13 de dezembro de 1990 por um grupo de pais.

No início o atendimento era restrito a um grupo de oito crianças. Frente à experiência positiva, houve um aumento considerável na clientela e o aperfeiçoamento nos trabalhos executados. A "Bem-Te-Vi" presta atendimento as pessoas com Síndrome de Down, sem fazer qualquer distinção à idade, sexo, raça ou posição social.

A entidade tem como meta principal oferecer um atendimento terapêutico e pedagógico que lhes possibilite desenvolver e integrar-se como pessoas capazes de atuar na sociedade em que vivem. Reforçamos em cada um dos assistidos a noção de seus direitos, deveres e principalmente a certeza de que podem ser cidadãos felizes.

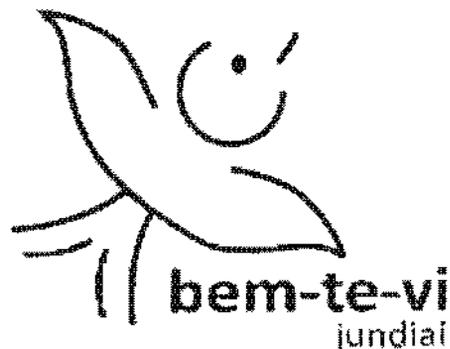
Localizada no Município de Jundiaí, é um centro de referência no atendimento ambulatorial e pedagógico, para pessoas com Síndrome de Down.

MISSÃO

Atender a pessoa com Síndrome de Down e sua família nas áreas terapêutica, educacional e social, proporcionando assistência necessária para sua inclusão social, escolar e profissional.

rua osvaldo cruz, 206 - bairro ponte são João - cep 13218-010 - Jundiaí - sp
fone/fax: (11) 4526-9446 - 4816-3658 - e-mail: down@downbtv.org.br

(1.10)



VISÃO

Ser referência no atendimento à Síndrome de Down em Jundiaí e Região, visando um atendimento humanizado e buscando excelência no aprimoramento das técnicas terapêuticas e pedagógicas.

2.CAPACIDADE INSTALADA E ESTRUTURA TECNOLÓGICA

A Entidade funciona em uma sede alugada na Rua Osvaldo Cruz, 206 – Ponte São João - Jundiaí – SP. O prédio tem em torno de 800m² de área construída.

- A) Salas de Atendimento: 11
- B) Salas Administrativas: 03
- C) Capacidade de atendimento: 95 assistidos.
- D) Equipamentos: Nossas salas são equipadas com cilindro de O₂, maca de divã, máscaras e copos para nebulização, massagador, voldyne, respiron, aspirador portátil, fluter, cama eslática, espaldar, colchonetes grandes e colchonetes pequenos, espelho, barra paralela e escada, bicicletas ergométricas, esteiras, balança, bolas, bolbath, bola propriocepção, cunha para posicionamento, andador, gatinho, pesos, halteres, bambolê, bastão, brinquedos terapêuticos, caixa tátil, caixa de alinhavos, ábaco, tapete de EVA, mesa de encaixe, dado de AVDS, piscina de bolinha, espelho grande de parede.

rua osvaldo cruz, 206 - bairro ponte são joão - cep 13218-010 - Jundiaí - sp
fone/fax: (11) 4526-9446 - 4816-3658 - e-mail: down@downbtv.org.br

1

Centro de Atendimento à Síndrome de Down



3. DETALHAMENTO DO CORPO TÉCNICO, POR CBO E JORNADA

DISPONIBILIZADA PARA EXECUÇÃO DO PRESENTE OBJETO

Segue relacionado a equipe técnica, CBO e carga horária:

| NOME | FUNÇÃO | CBO | TOTAL HORAS |
|---------------------------------|-----------------------|--------|-------------|
| Thaís Orsi Leme | Terapeuta Ocupacional | 223905 | 24 |
| Daniela Pottes Rezende | Fonoaudióloga | 223810 | 24 |
| Gabriela Pasianoti | Fonoaudióloga | 223810 | 28 |
| Gabriela Bergu Ferreira | Fisioterapeuta | 223605 | 20 |
| Viviane Lopes | Fisioterapeuta | 223605 | 30 |
| Maurício Lopes Ribeiro | Médico Neurologista | 223142 | 2 |
| Michele Megda da Silveira | Terapeuta Ocupacional | 223905 | 17 |
| Andrea Regina de Campos Marques | Psicóloga | 251510 | 6 |
| Adriana Regina M. dos Santos | Psicóloga | 251510 | 16 |
| Renata Rosa de Moura | Assistente Social | 251605 | 10 |

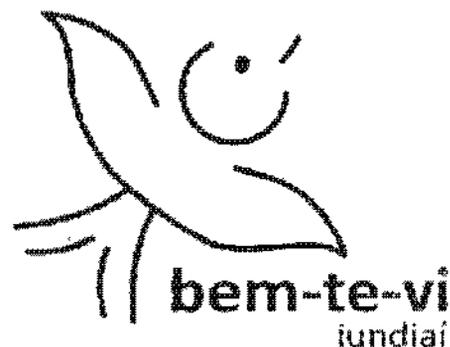
Responsável técnica da entidade : Viviane Lopes (FISOTERAPEUTA).

4. IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO A SER EXECUTADO COM DETALHAMENTO DOS SERVIÇOS E AÇÕES PRESTADAS E PÚBLICO ALVO

Objetivo Geral:

Desenvolver ações de prevenção, diagnóstico, tratamento, recuperação, pesquisa nas áreas de reabilitação física e mental para pacientes com Síndrome de Down a partir de 0 anos, rua osvaldo cruz, 206 - bairro ponte são João - cep 13218-010 - Jundiá - SP
fone/fax: (11) 4526-9446 - 4816-3658 - e-mail: down@downbtv.org.br

Centro de Atendimento à Síndrome de Down



com um padrão de qualidade que o torne referência nesta área, em conformidade com os Anexos I e II que integram este instrumento.

Objetivos Específicos:

Desenvolver um serviço de saúde diferenciado com uma abordagem terapêutica dentro dos princípios e pressupostos éticos definidos pelo Ministério da Saúde e as entidades profissionais que regulamentam as atividades técnicas na área de reabilitação física e mental, privilegiando sempre o respeito à liberdade de escolha dos pacientes e o direito de decidir sobre sua vida.

Proporcionar condições de habilitação e /ou reabilitação;

Oferecer tratamento multidisciplinar, ambulatorial.

Oferecer inclusão social e profissional.

Oferecer orientação e atendimento à família, considerando a importância da adesão ao tratamento na obtenção da habilidade e/ou reabilitação do paciente.

Desenvolver pesquisas e estudos voltados para a busca permanente da excelência no tratamento, no avanço das técnicas terapêuticas em suas diferentes especificidades, na definição de políticas públicas para a área.

Implementar a integração das diferentes das diferentes profissões envolvidas neste trabalho de tal modo que a prática de interdisciplinaridade se mostre efetiva e viável.

rua osvaldo cruz, 206 - bairro ponte são joão - cep 13218-010 - jundiaí - sp
fone/fax: (11) 4526-9446 - 4816-3658 - e-mail: down@downbtv.org.br

Centro de Atendimento à Síndrome de Down



4.1. FLUXO

4.1.1. ORIGEM DA DEMANDA

O Centro de Atendimento à Síndrome de Down Bem Te Vi deverá compor a rede de assistência à reabilitação física e mental do Município, seguindo os fluxos e diretrizes pré-estabelecidos pela SMS.

Deverá atender demanda referenciada pelas unidades de Atenção Básica, Ambulatórios de Especialidades e demais unidades, que compõem a rede de assistência à reabilitação, sob regulação da SMS.

4.1.2. REGULACÃO DO SERVIÇO

Todos os casos novos encaminhados para a Bem Te Vi deverão obedecer ao fluxo descrito a ser regulados pela SMS/DACA por meio de agenda SIIM.

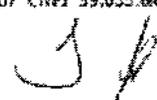
O serviço se compromete em manter registros em prontuário unificado.

5. DEFINIÇÃO DAS METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS A SEREM ATINGIDAS

As METAS QUANTITATIVAS correspondem ao volume esperado de produção de procedimentos SUS para a aplicação das atividades, segundo as diretrizes do Ministério da Saúde, conforme detalhamento do ANEXO I.

As METAS QUALITATIVAS correspondem as ações desenvolvidas pela entidade, visando desenvolver ações de prevenção, tratamento, recuperação, pesquisa e capacitação nas áreas de reabilitação física e mental, humanização e ações de sustentabilidade com um padrão de qualidade que torne referência nesta área, em conformidade o detalhamento do ANEXO II.

rua osvaldo cruz, 206 - bairro ponte são joão - cep 13218-010 - jundiá - sp
fone/fax: (11) 4526-9446 - 4816-3658 - e-mail: down@downbtv.org.br





6.DEFINIÇÃO DE PARÂMETROS E INDICADORES PARA AVALIAÇÃO E CUMPRIMENTO DAS METAS

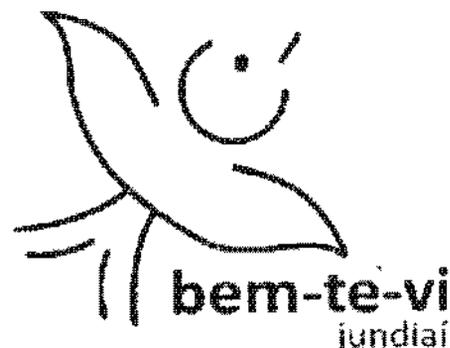
METAS QUALITATIVAS MENSAIS

| OBJETIVO | METAS | INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO |
|---|--|--|
| Qualidade das informações | Informe da produção realizada. | Apresentação do faturamento. |
| | Envio de informações contábeis e financeiras. | Arquivamento das notas fiscais mensais e encaminhamento para prestação de contas trimestral. |
| | Utilização e manutenção do Sistema on line disponibilizado pela Regulação /SMS. | Agenda SIM |
| | Adesão ao programa de acompanhamento financeiro da SMF | Planilha proposta pela SMF |
| Cumprimento das metas estabelecidas pelos indicadores | | Prestação de contas e execução técnica do convênio |
| | Apresentação de relatório profissional de acompanhamento e evolução dos pacientes em tratamento. | |
| | Atendimento aos familiares dos pacientes SUS, realizado na triagem e acompanhamento posterior. | Prestação de contas e execução técnica do convênio |
| | Utilização de processo de comunicação interna e externa para receber, registrar e tratar as queixas de clientes. | Avaliação interna por meio de caixa para coleta de sugestões, onde serão colhidas reclamações, sugestões que serão avaliadas e enviadas para prestação de contas. |
| | Ações de prevenção para redução de absenteísmo no tratamento. | Alteração do termo de compromisso. Reunião com pais para orientações. Termo de advertência e as informações serão enviadas juntamente com a Prestação de contas e execução técnica do convênio |
| | Ação de Humanização, orientação multidisciplinar sobre postura nutrição e higiene. | Através de palestras, orientações as famílias, relatório encaminhados a SMS. |
| | Relatório da prestação de contas – metas quantitativas e qualitativas | Os relatórios serão enviados mensalmente de acordo com o trabalho realizado pela equipe multidisciplinar. |

rua osvaldo cruz, 206 - bairro ponte são joão - cep 13218-010 - jundiá - sp
fone/fax: (11) 4526-9446 - 4816-3658 - e-mail: down@downbtv.org.br

1 10

Centro de Atendimento à Síndrome de Down



7. ETAPAS OU FASES DA EXECUÇÃO DO OBJETO A SER EXECUTADO

7.1. AÇÕES DE PREVENÇÃO, DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICA

O diagnóstico adequado norteia a conduta e o paciente só participará das atividades que forem necessárias a sua recuperação, otimizando com isso os recursos e melhorando a adesão ao tratamento.

Após a definição do diagnóstico, Síndrome de Down os assistidos e os familiares, são incluídos no tratamento.

7.1.1 PROGRAMA DE TRIAGEM

A porta de entrada de casos novos acontece da seguinte maneira:

Assistente Social: Avaliação sócio econômica.

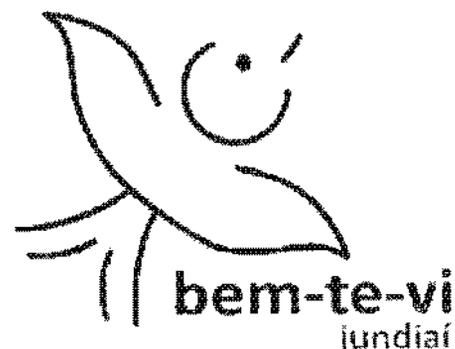
Médico Neurologista: Avaliação física e mental.

Psicóloga: Avaliação psicológica dos familiares.

| MODALIDADE | EQUIPE | PROCEDIMENTO/MÊS | QTD/DE/MÊS |
|------------|---------------------|--|------------|
| TRIAGEM | ASSISTENTE SOCIAL | Consulta nível superior | 4 |
| TRIAGEM | MÉDICO NEUROLOGISTA | Consulta médica | 4 |
| TRIAGEM | PSICÓLOGA | Atendimento individual em psicoterapia | 4 |

rua osvaldo cruz, 206 - bairro ponte são joão - cep 13218-010 - jundiá - sp
fone/fax: (11) 4526-9446 - 4816-3658 - e-mail: down@downbtv.org.br

Centro de Atendimento à Síndrome de Down



7.1.2 PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO ESSENCIAL

Programa de habilitação com o objetivo de desenvolver as habilidades essenciais com a criança com Síndrome de Down.

Faixa Etária: de 0 à 2 anos.

Quantidade de assistidos no programa: Aproximadamente 15.

Áreas de atuação: Fonoaudiologia, Fisioterapia e Psicologia Familiar

Duração: Atendimento individual (assistido + responsável), 1 vez por semana.

Neste programa a terapeuta realiza orientações familiares a respeito de como estimular seu filho em casa.

| MODALIDADE | EQUIPE | PROCEDIMENTO/MÊS | QTDADE/MÊS |
|-------------|----------------|---|------------|
| TERAPEUTICA | FISIOTERAPEUTA | Atendimento fisioterapêutico em paciente com comprometimento cognitivo. | 58 |
| TERAPEUTICA | FISIOTERAPEUTA | Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtorno respiratório. | 68 |
| TERAPEUTICA | FONOAUDIÓLOGA | Atendimento acompanhamento de paciente em reabilitação do desenvolvimento neuropsicomotor | 71 |
| TERAPEUTICA | PSICÓLOGA | Atendimento individual em psicoterapia. | 68 |

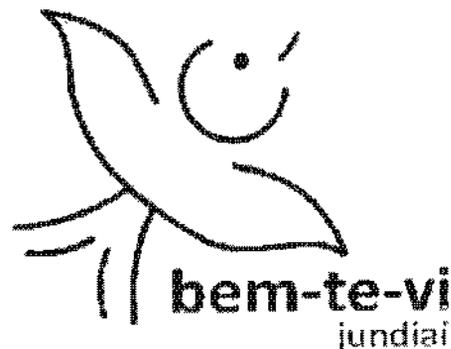
7.1.3 PROGRAMA ESTIMULAÇÃO INFANTIL:

Os assistidos recebem atendimentos dos setores de Fonoaudiologia, Psicologia, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, visando um atendimento terapêutico individual de acordo com a necessidade de cada assistido.

Faixa etária: de 02 à 04 anos.

Quantidade de assistidos no programa: Aproximadamente 4.
rua osvaldo cruz, 206 - bairro ponte são joão - cep 13218-010 - jundiá - sp
fone/fax: (11) 4526-9446 - 4816-3658 - e-mail: down@downbtv.org.br

Centro de Atendimento à Síndrome de Down



7.1.2 PROGRAMA DE ESTIMULAÇÃO ESSENCIAL

Programa de habilitação com o objetivo de desenvolver as habilidades essenciais com a criança com Síndrome de Down.

Faixa Etária: de 0 à 2 anos.

Quantidade de assistidos no programa: Aproximadamente 15.

Áreas de atuação: Fonoaudiologia, Fisioterapia e Psicologia Familiar

Duração: Atendimento individual (assistido + responsável), 1 vez por semana.

Neste programa a terapeuta realiza orientações familiares a respeito de como estimular seu filho em casa.

| MODALIDADE | EQUIPE | PROCEDIMENTO/MÊS | QTDADE/MÊS |
|-------------|----------------|---|------------|
| TERAPEUTICA | FISIOTERAPEUTA | Atendimento fisioterapêutico em paciente com comprometimento cognitivo. | 68 |
| TERAPEUTICA | FISIOTERAPEUTA | Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtorno respiratório. | 68 |
| TERAPEUTICA | FONOAUDIÓLOGA | Atendimento acompanhamento de paciente em reabilitação do desenvolvimento neuropsicomotor | 71 |
| TERAPEUTICA | PSICÓLOGA | Atendimento individual em psicoterapia. | 68 |

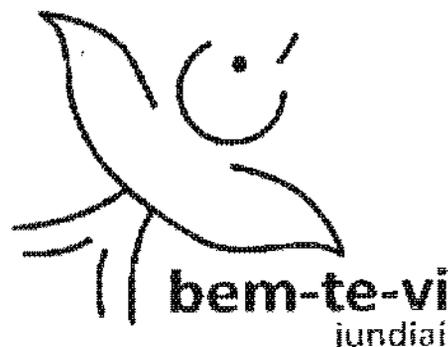
7.1.3 PROGRAMA ESTIMULAÇÃO INFANTIL:

Os assistidos recebem atendimentos dos setores de Fonoaudiologia, Psicologia, Terapia Ocupacional, Fisioterapia, visando um atendimento terapêutico individual de acordo com a necessidade de cada assistido.

Faixa etária: de 02 à 04 anos.

Quantidade de assistidos no programa: Aproximadamente 4
rua osvaldo cruz, 206 - bairro ponte são joão - cep 13218-010 - jundiá - sp
fone/fax: (11) 4526-9446 - 4816-3658 - e-mail: down@downbtv.org.br

Centro de Atendimento à Síndrome de Down



Áreas de Atuação: Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia ocupacional, Psicologia.

Duração: Atendimento individual.

Neste programa as terapeutas realizam orientações as famílias para dar continuidade a estimulação em casa, e quanto a nutrição.

| MODALIDADE | EQUIPE | PROCEDIMENTO/MÊS | QTDADE/MÊS |
|-------------|-----------------------|---|------------|
| TERAPEUTICA | FISIOTERAPEUTA | Atendimento fisioterapêutico em paciente com comprometimento cognitivo. | 20 |
| TERAPEUTICA | FISIOTERAPEUTA | Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtorno respiratório. | 20 |
| TERAPEUTICA | FONOAUDIÓLOGA | Atendimento acompanhamento de paciente em reabilitação do desenvolvimento neuropsicomotor | 22 |
| TERAPEUTICA | PSICÓLOGA | Atendimento individual em psicoterapia | 20 |
| TERAPEUTICA | TERAPEUTA OCUPACIONAL | Consulta de profissional N.S. especializada. | 20 |

7.1.4 PROGRAMA INTEGRAL:

Os assistidos recebem atendimentos dos setores de Fonoaudiologia, Psicologia, Terapia Ocupacional, Fisioterapia visando um atendimento terapêutico individual.

Faixa etária: de 05 à 11 anos.

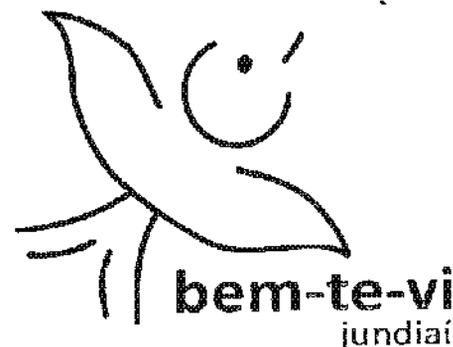
Quantidade de assistidos no programa: Aproximadamente 15.

Áreas de Atuação: Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia ocupacional, Psicologia.

Duração: Atendimento individual.

rua osvaldo cruz, 206 - bairro ponte são João - cep 13218-010 - Jundiaí - sp
fone/fax: (11) 4526-9446 - 4816-3658 - e-mail: down@downbtv.org.br

Centro de Atendimento à Síndrome de Down



Neste programa as terapeutas realizam orientação as famílias, nutricional para evitar o sobrepeso, orientação postural, higiene e atividade física.

| MODALIDADE | EQUIPE | PROCEDIMENTO/MÊS | QTD/DE/MÊS |
|-------------|-----------------------|---|------------|
| TERAPEUTICA | FISIOTERAPEUTA | Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtorno respiratório | 60 |
| TERAPEUTICA | FISIOTERAPEUTA | Atendimento fisioterapêutico em paciente com comprometimento cognitivo. | 60 |
| TERAPEUTICA | FONDAUDIÓLOGA | Atendimento acompanhamento de paciente em reabilitação do desenvolvimento neuropsicomotor | 62 |
| TERAPEUTICA | PSICÓLOGA | Atendimento individual em psicoterapia | 60 |
| TERAPEUTICA | TERAPEUTA OCUPACIONAL | Consulta de profissional N.S. especializada. | 56 |

7.1.5 PROGRAMA DE MANUTENÇÃO DAS HABILIDADES:

Os assistidos recebem atendimentos dos setores de Fonoaudiologia, Psicologia, Terapia Ocupacional, Fisioterapia.

Faixa etária: A partir de 12 anos

Quantidade de assistidos no programa: Aproximadamente 40.

Áreas de Atuação: Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia ocupacional, Psicologia.

Duração: Atendimento individual.

Neste programa as terapeutas realizam orientação as famílias, nutricional para evitar o sobrepeso, orientação postural, higiene e atividade física.

rua osvaldo cruz, 206 - bairro ponte são joão - cep 13218-010 - jundiá - sp
fone/fax: (11) 4526-9446 - 4816-3658 - e-mail: down@downbtv.org.br

Centro de Atendimento à Síndrome de Down



| MODALIDADE | EQUIPE | PROCEDIMENTO/MÊS | QTDADE/MÊS |
|-------------|-----------------------|---|------------|
| TERAPEUTICA | FISIOTERAPEUTA | Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtorno respiratório | 224 |
| TERAPEUTICA | FISIOTERAPEUTA | Atendimento fisioterapêutico em paciente com comprometimento cognitivo. | 240 |
| TERAPEUTICA | FONOAUDIÓLOGA | Terapia Individual | 184 |
| TERAPEUTICA | PSICÓLOGA | Atendimento acompanhamento de paciente em reabilitação do desenvolvimento neuropsicomotor | 218 |
| TERAPEUTICA | TERAPEUTA OCUPACIONAL | Consulta de profissional N.S. especializada. | 28 |

7.1.6 PROGRAMA NEUROLÓGICO

Os assistidos recebem atendimento do médico Neurologista, onde o mesmo faz avaliações, das condições físicas e neurológicas.

Faixa etária: todos os assistidos.

Quantidade de assistidos no programa: Aproximadamente 74.

| MODALIDADE | EQUIPE | PROCEDIMENTO/MÊS | QTDADE/MÊS |
|------------|--------|---------------------------------------|------------|
| CONSULTA | MÉDICO | Consulta médica atenção especializada | 15 |

7.1.7 PROGRAMA DE OFICINA PROTEGIDA

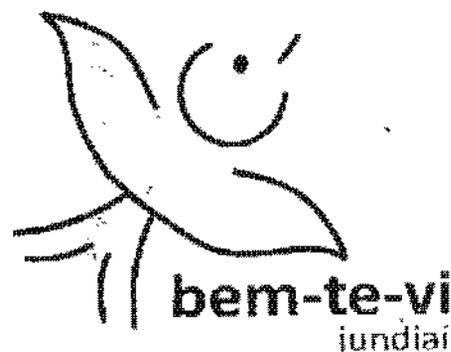
Os assistidos recebem atendimentos do setor de Terapia Ocupacional para desenvolver as habilidades motoras para inclusão na sociedade e no mercado de trabalho.

Faixa etária: a partir de 16 anos

Quantidade de assistidos no programa: Aproximadamente 23.

rua osvaldo cruz, 206 - bairro ponte são joão - cep 13218-010 - jundiaí - sp
fone/fax: {11} 4526-9446 - 4816-3658 - e-mail: down@downbtv.org.br

Centro de Atendimento à Síndrome de Down



Duração: atendimento em grupo com duração de 4 horas diárias, ressaltando que são grupos diferenciados de acordo com as habilidades trabalhadas, e cada assistido se repete no grupo de 1 a 4 vezes por semana.

Neste programa a Assistente Social observa os projetos realizados na oficina e orienta as famílias quanto ao mercado de trabalho. A Terapeuta Ocupacional desenvolve o trabalho com os assistidos orientando e observando quanto a postura, higiene, dentre outros. A psicóloga avalia o desenvolvimento dos assistidos no projeto e trabalha o emocional para posterior inserção ao mercado de trabalho.

| MODALIDADE | EQUIPE | PROCEDIMENTO/MÊS | QTDADE/MÊS |
|-------------|--|---|------------|
| TERAPEUTICA | TERAPEUTA OCUPACIONAL, PSICÓLOGA E ASSISTENTE SOCIAL | Atendimento em oficina terapêutica II para portador de necessidades especiais (por oficina) | 188 |

7.1.8 PROGRAMA DE FISIOTERAPIA NO MOVIMENTO

Os assistidos recebem orientação da fisioterapeuta na parte motora para que possam desenvolver suas habilidades de equilíbrio, coordenação, postura, esquema corporal e ritmo.

Faixa etária: a partir de 8 anos.

Quantidade de assistidos no programa: Aproximadamente 25

| MODALIDADE | EQUIPE | PROCEDIMENTO/MÊS | QTDADE/MÊS |
|-------------|----------------|---|------------|
| TERAPEUTICA | FISIOTERAPEUTA | Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtorno motor | 40 |

rua osvaldo cruz, 206 - bairro ponte são joão - cep 13218-010 - jundiá - sp
fone/fax: (11) 4526-9446 - 4816-3658 - e-mail: down@downbtv.org.br

Centro de Atendimento à Síndrome de Down



8. PROPOSTA ORÇAMENTÁRIA

PROPOSTA ORÇAMENTÁRIA PARA MANUTENÇÃO DAS METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS CONFORME ANEXO I E II.

9. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO PREFEITURA

| METAS | VALOR MENSAL DO DESEMBOLSO | | | | | | | | | | | |
|---------------|----------------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| | 1º | 2º | 3º | 4º | 5º | 6º | 7º | 8º | 9º | 10º | 11º | 12º |
| Quantitativas | Parcela | Parcela | Parcela | Parcela | Parcela | Parcela | Parcela | Parcela | Parcela | Parcela | Parcela | Parcela |
| | 16.651,04 | 16.651,04 | 16.651,04 | 16.651,04 | 16.651,04 | 16.651,04 | 16.651,04 | 16.651,04 | 16.651,04 | 16.651,04 | 16.651,04 | 16.651,04 |
| Qualitativas | 1.000,00 | 1.000,00 | 1.000,00 | 1.000,00 | 1.000,00 | 1.000,00 | 1.000,00 | 1.000,00 | 1.000,00 | 1.000,00 | 1.000,00 | 1.000,00 |

rua osvaldo cruz, 206 - bairro ponte são joão - cep 13218-010 - Jundiaí - SP
fone/fax: (11) 4526-9446 - 4816-3658 - e-mail: down@downbtv.org.br



10. PREVISÃO DE INÍCIO E FIM DA EXECUÇÃO DO OBJETO, BEM COMO DA CONCLUSÃO DAS ETAPAS E FASES PROGRAMADAS.

As ações e serviços de natureza contínua tendo o presente Plano de Trabalho a vigência de 12 meses com início a partir da assinatura do convênio.

11. CRITÉRIO DE APURAÇÃO DOS VALORES A SEREM REPASSADOS QUANTO AO CUMPRIMENTO DAS METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS

As METAS QUANTITATIVAS correspondem ao volume esperado de procedimento SUS para aplicação dos protocolos propostos no plano de trabalho. Para recebimento do valor global da META QUANTITATIVA, referente ao volume de procedimentos SUS, a entidade deverá apresentar mensalmente produção SIA/SUS entre 90% e 100% dos procedimentos SUS do quadro ANEXO I.

As METAS QUALITATIVAS correspondem às ações desenvolvidas pela entidade, visando a qualificação do atendimento oferecido, de forma que a torne referência na área em que atue. Para recebimento do valor global da META QUALITATIVA, a entidade deverá apresentar os resultados previstos entre 90% e 100% no quadro ANEXO II.

Caso a entidade não atinja pelo menos 90% das METAS QUANTITATIVAS e 90% das METAS QUALITATIVAS, por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados, no período de vigência do convênio, passará a receber valor proporcional ao percentual demonstrado por um período máximo de 3 (três) meses, prazo em que deverá apresentar nova proposta de Plano de Trabalho.

rua osvaldo cruz, 206 - bairro ponte são joão - cep 13218-010 - Jundiá - sp
fone/fax: (11) 4526-9446 - 4816-3658 - e-mail: down@downbtv.org.br

Centro de Atendimento à Síndrome de Down



METAS QUANTITATIVAS - ANEXO I

| PROCEDIMENTO | DESCRIÇÃO | QUANTIDADE ESTIMADA | VALOR SUS | VALOR ESTIMADO | VALOR CONTRAPARTIC |
|--|---|---------------------|-----------|----------------------|--------------------|
| 0301010048 | Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada(exceto médico) | 112 | R\$ 6,30 | R\$ 705,60 | R\$ 21.571,76 |
| 0301010072 | Consulta médica em atenção especializada | 20 | R\$ 10,00 | R\$ 200,00 | |
| 0301040044 | Terapia Individual | 609 | R\$ 2,81 | R\$ 7.002,54 | |
| 0301070075 | Atendimento/acompanhamento de paciente em reabilitação do desenvolvimento neuropsicomotor | | R\$ 15,26 | | |
| 0301080151 | Atendimento em oficina terapêutica II - Saúde Mental | 188 | R\$ 23,16 | R\$ 4.354,08 | |
| 0302040021 | Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtorno respiratório s/ complicações sistêmicas | 800 | R\$ 4,67 | R\$ 4.388,82 | |
| 0302050027 | Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtorno motores s/ complicações sistêmicas | | R\$ 4,67 | | |
| 0302060049 | Atendimento fisioterapêutico em paciente com comprometimento cognitivo. | | R\$ 6,35 | | |
| TETO FINANCEIRO DAS METAS QUANTITATIVAS | | | | R\$ 16.651,04 | |

rua osvaldo cruz, 206 - bairro ponte são joão - cep 13218-010 - Jundiá - sp
fone/fax: (11) 4526-9446 - 4816-3658 - e-mail: down@downbtv.org.br



METAS QUALITATIVAS - ANEXO II

| OBJETIVO | METAS | pontos | MÊS | VALOR ESTIMADO | VALOR CONTRAPARTID |
|---|--|--------|-----------|----------------|--------------------|
| | | | pont. Máx | | |
| Qualidade das informações | Informe da produção realizada. | 1 | | R\$ 1.000,00 | R\$ 359,86 |
| | Envio de informações contábeis e financeiras. | 1 | | | |
| | Utilização e manutenção do Sistema on line disponibilizado pela Regulação /SMS. | 1 | | | |
| | Adesão ao programa de acompanhamento financeiro da SMF | 1 | | | |
| Cumprimento das metas estabelecidas pelos indicadores | Apresentação de relatório profissional de acompanhamento e evolução dos pacientes em tratamento. | 1 | | | |
| | Atendimento aos familiares dos paciente SUS conforme proposto. | 1 | | | |
| | Utilização de processo de comunicação interna e externa para receber, registrar e tratar as queixas de clientes. | 1 | | | |
| | Ações de prevenção para redução de absenteísmo no tratamento. | 1 | | | |
| | Ações de Humanização | 1 | | | |
| | Relatório da prestação de contas -- metas quantitativas e qualitativas | 1 | | | |
| TOTAL | | 10 | | | |

Jundiá, 22 de maio 2013


 Berenice Rodrigues Martins Ferrari
 Presidente

rua osvaldo cruz, 206 - bairro ponte são joão - cep 13218-010 - Jundiá - SP
 fone/fax: (11) 4526-9446 - 4816-3658 - e-mail: down@downbtv.org.br

ANEXO I - BEM TE VI
METAS QUANTITATIVAS PARA REPASSE DE RECURSO

| PROCEDIMENTO | DESCRIÇÃO | QUANTIDADE ESTIMADA | VALOR SUS | VALOR ESTIMADO |
|--|---|---------------------|-----------|----------------------|
| 0301010048 | Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada(exceto médico) | 112 | R\$ 6,30 | R\$ 705,60 |
| 0301010072 | Consulta médica em atenção especializada | 20 | R\$ 10,00 | R\$ 200,00 |
| 0301040044 | Terapia individual | 608 | R\$ 2,81 | R\$ 7.002,54 |
| 0301070075 | Atendimento/acompanhamento de paciente em reabilitação do desenvolvimento neuropsicomotor | | R\$ 15,26 | |
| 0301080151 | Atendimento em oficina terapêutica II - Saúde Mental | 188 | R\$ 23,16 | R\$ 4.354,08 |
| 0302040021 | Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtorno respiratório s/ complicações sistêmicas | 800 | R\$ 4,67 | R\$ 4.388,82 |
| 0302050027 | Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtorno motores s/ complicações sistêmicas | | R\$ 4,67 | |
| 0302060049 | Atendimento fisioterapêutico em paciente com comprometimento cognitivo. | | R\$ 6,35 | |
| TETO FINANCEIRO DAS METAS QUANTITATIVAS | | | | R\$ 16.651,04 |

METAS QUALITATIVAS PARA REPASSE DE RECURSO

| OBJETIVO | METAS | pontos | MÊS | VALOR ESTIMADO |
|---|--|-----------|-----------|----------------|
| | | | pont. Máx | |
| Qualidade das informações | Informe da produção realizada. | 1 | | R\$ 1.000,00 |
| | Envio de informações contábeis e financeiras. | 1 | | |
| | Utilização e manutenção do Sistema on line disponibilizado pela Regulação /SMS. | 1 | | |
| | Adesão ao programa de acompanhamento financeiro da SMF | 1 | | |
| Cumprimento das metas estabelecidas pelos indicadores | Apresentação de relatório profissional de acompanhamento e evolução dos pacientes em tratamento. | 1 | | |
| | Atendimento aos familiares dos paciente SUS conforme proposto. | 1 | | |
| | Utilização de processo de comunicação interna e externa para receber, registrar e tratar as queixas de clientes. | 1 | | |
| | Ações de prevenção para redução de absenteísmo no tratamento. | 1 | | |
| | Ações de Humanização | 1 | | |
| | Relatório de prestação de contas – metas quantitativas e qualitativas | 1 | | |
| TOTAL | | 10 | | |

CRITÉRIO DE APURAÇÃO DOS VALORES A SEREM REPASSADOS QUANTO AO CUMPRIMENTO DAS METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS

As METAS QUANTITATIVAS correspondem ao volume esperado de procedimentos SUS para aplicação dos protocolos propostos no plano de trabalho. Para recebimento do valor global da META QUANTITATIVA, referente ao volume de procedimentos SUS, a entidade deverá apresentar mensalmente produção SIA/SUS entre 90% e 100% dos procedimentos do quadro ANEXO I.

As METAS QUALITATIVAS correspondem às ações desenvolvidas pela entidade, visando a qualificação do atendimento oferecido, de forma que a torne referência na área em que atue. Para recebimento do valor global da META QUALITATIVA, a entidade deverá apresentar os resultados previstos entre 90% e 100% no quadro ANEXO I.

Caso a entidade não atinja pelo menos 90% das METAS QUANTITATIVAS e 90% das METAS QUALITATIVAS, por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados, no período de vigência do convênio, passará a receber valor proporcional ao percentual demonstrado por um período máximo de 03 (três) meses, prazo em que deverá apresentar nova proposta de Plano de Trabalho.

J



ANEXO II PRESTAÇÃO DE CONTAS

1. Compete a Conveniada:

- 1.1. Proceder à abertura de conta corrente específica p/ o recurso recebido em bancos oficiais;
- 1.2. Pagamento somente com cheques, inadmissível saque para pagamento em dinheiro;
- 1.3. É vetada a utilização dos recursos transferidos em finalidade diversa da pactuada;
- 1.4. Quando mercadorias/serviços forem contratadas servindo a outras finalidades além do objeto conveniado, emitir duas NFs ou uma nota fiscal, segregando despesas específicas do convênio;
- 1.5. A entidade deverá abrir um processo com as prestações de contas ordenado por data, de todos os gastos realizados no período de vigência, comprovando a utilização do recurso recebido do ente Federal, Estadual ou Municipal;
- 1.6. Haverá disponibilização de calendário, para o representante da Entidade, apresentar a evolução da execução orçamentária abrangendo aspecto financeiro associado às variáveis quantitativas de atendimento.

2. DEMONSTRAÇÕES CONTÁBEIS E FINANCEIRAS:

2.1. Deverá ser mensalmente elaborado pela Conveniada e apresentado trimestral a seguinte documentação:

- 2.1.1. Balanço Patrimonial
- 2.1.2. Demonstração de Resultado
- 2.1.3. Demonstração das Mutações do Patrimônio Social
- 2.1.4. Demonstração do Fluxo de Caixa;
- 2.1.5. Cópia de extratos bancários/aplicações financeiras das contas específicas do ente Federal, Estadual e Municipal.
- 2.1.6. Relatórios administrativos mensais de acompanhamento da execução do orçamento da DEMONSTRAÇÃO DE RESULTADO
- 2.1.7. Relatórios analíticos contendo todos os registros de atendimento realizado x planejado.

3. DOCUMENTOS FISCAIS PARA COMPROVAÇÃO DE DESPESA:

3.1. Para a comprovação da despesa serão aceitos os seguintes documentos fiscais:

3.1.1. Tratando-se de Nota Fiscal, observar:

- a) Nome da entidade;
- b) Discriminação individualizada das mercadorias/serviços adquiridos;
- c) Sem rasuras;
- d) Data e valor;

3.1.2. Tratando-se de Cupom Fiscal, observar:

- a) CNPJ da entidade;
- b) Discriminação individualizada das mercadorias adquiridas;
- c) Data e valor

3.1.3. Tratando-se de Recibo, observar:

- a) Nome completo do prestador;
- b) CPF, RG;
- c) Endereço;
- d) Especificação detalhada do serviço prestado;
- e) Data e assinatura;
- f) Número de inscrição na Prefeitura (ISS) ou cópia de recolhimento de ISS eventual.
- g) Recolhimento do INSS, Parte empregado, através de GPS

3.1.4. Tratando-se de Folha de Pagamento, observar:

- a) Competência;
- b) Nome completo dos funcionários;
- c) CPF, RG;
- d) Cargo e Função;
- e) Valores e data;
- f) Memória de cálculo e comprovantes de recolhimento de INSS e FGTS correspondentes ao mês de competência da folha apresentada.
- g) Guia de protocolo da Previdência Social.

3.1.5. Tratando-se de Documento Público (pagamentos de impostos e taxas) :

- a) Devidamente autenticados pelo Banco

CHECK LIST
DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA PRESTAÇÃO DE CONTAS

- () I - certidão indicando os nomes dos responsáveis pela fiscalização da execução do convênio e respectivos períodos de atuação;
- () II - certidão contendo os nomes dos dirigentes e conselheiros da conveniada e respectivos períodos de atuação;
- () -ata que constituiu a atual diretoria, acompanhada de Declaração quanto ao período de atuação dos respectivos membros;
- () -Atestado de Funcionamento emitido por autoridade pública Estadual ou Federal, residente no município;
- () -Cópia de todos os comprovantes de despesas, devidamente autenticados (carimbo se confere com original), e já tendo sido as originais identificadas como daquele convênio (carimbo antes da cópia);
- () III - relatório anual da conveniada sobre atividades desenvolvidas com os recursos próprios e as verbas públicas repassadas;
- () IV - relatório sobre execução do objeto do convênio contendo comparativo entre as metas propostas e os resultados alcançados;
- () V - demonstrativo integral das receitas e despesas computadas por fontes de recurso e por categorias ou finalidades dos gastos, aplicadas no objeto do convênio, conforme modelo contido no Anexo 17 fornecido pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo;
- () VI - regulamento para contratação de obras e serviços, bem como para compras com emprego de recursos financeiros repassados à conveniada;
- relação da despesa efetuada;
- () VII - relação dos contratos, convênios e respectivos aditamentos, firmados com a utilização de recursos públicos administrados pela conveniada para os fins estabelecidos no convênio, contendo: tipo e número do ajuste; nome do contratado ou conveniado; data; objeto; vigência; valor e condições de pagamento;
- () VIII - conciliação bancária do mês de dezembro da conta corrente específica aberta em instituição financeira oficial, indicada pelo órgão público conveniente, para movimentação dos recursos do convênio;
- () IX - publicação do Balanço Patrimonial da conveniada, do exercício encerrado e anterior;
- () X - demais demonstrações contábeis e financeiras da conveniada;
- () XI - certidão expedida pelo Conselho Regional de Contabilidade -CRC, comprovando a habilitação profissional dos responsáveis por balanços e demonstrações contábeis;
- () XII - parecer e relatório de auditoria das entidades beneficentes de assistência social, nos termos dos artigos 2º e 4º a 6º do Decreto Federal nº 2.536, de 06/04/98;

9

() XIII - Parecer conclusivo elaborado nos termos do artigo 370 (DAS DISPOSIÇÕES FINAIS), da Instrução Normativa 02/2008 do TCESP.

§ 1º - Os documentos previstos nos incisos I a XIII serão remetidos acompanhados de ofício, assinado pelo responsável, identificando o convênio a que se referem.

§ 2º - Remetida a documentação prevista no inciso VI deste artigo, nos exercícios seguintes serão enviadas apenas as alterações ocorridas ou declaração nesse sentido.

§ 3º - Os documentos originais de receitas e despesas referentes à comprovação da aplicação dos recursos próprios e os de origem pública, vinculados a convênio, e depois de contabilizados, ficarão arquivados na entidade conveniada, à disposição desta PMJ e dos órgãos competentes.

§ 4º - Toda a documentação referente ao ajuste e à prestação de contas, explicitada nesta Seção, também se aplica aos convênios firmados com valor inferior ao de remessa, devendo permanecer à disposição da PMJ e dos órgãos competentes.

() - anexar à prestação de contas, Certidão Negativa de Débito dos encargos trabalhistas.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ - SP

CONVÊNIO n°, que entre si celebram a Prefeitura do Município de Jundiaí e o Centro de Reabilitação Jundiaí – CRJ objetivando desenvolver ações de reabilitação e prevenção de deformidades em casos de pacientes com diagnóstico de traumas complexos.

Processo n°

Pelo presente instrumento, de um lado a **PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ**, neste ato representado pelo seu Prefeito **PEDRO BIGARDI**, presente também o Sr. **CLAUDIO ERNANI MARCONDES DE MIRANDA**, Secretário Municipal de Saúde, doravante denominada apenas **PREFEITURA**, e, de outro, o **Centro de Reabilitação Jundiaí - CRJ**, inscrito no CNPJ sob n° 51.864.619/0001-85, com sede à Rua Barão de Teffé, n° 493, Jardim Ana Maria, Cidade de Jundiaí, Estado de São Paulo, neste ato representado por sua Presidenta **NEUSA GIAROLA SAVOY**, RG 7.480.598-8 SSP/SP e CPF 024.623.948-42, doravante designado simplesmente **CONVENIADO**, conforme autoriza a Lei n°, de ... de de....., firmam entre si o presente **CONVÊNIO**, que se regerá pela Lei Federal n° 8666, de 21 de junho de 1993, mediante as cláusulas e condições a seguir estabelecidas:

CLÁUSULA 1ª - DO OBJETO

O presente **CONVÊNIO** tem por objeto, mediante a conjugação de esforços dos convenientes, o desenvolvimento de ações de reabilitação e prevenção de deformidades em casos de pacientes com diagnósticos de traumas complexos; patologias neurológicas; prevenção e tratamento de patologias respiratórias, tratamento das patologias vasculares; ortopedia geral. Estudos nas áreas de reabilitação física e mental com um padrão de qualidade que o tome referência desta área, e em conformidade com o Plano de Trabalho e Anexos que constituem parte integrante do presente Convênio.

CLÁUSULA 2ª – DAS OBRIGAÇÕES DO MUNICÍPIO

I – transferir os recursos financeiros na forma consignada no presente ajuste;

II – supervisionar, acompanhar e avaliar qualitativa e quantitativamente, os serviços prestados pela **CONVENIADA** em decorrência deste Convênio e conforme critérios definidos no Plano de Trabalho;

III – examinar e aprovar as prestações de contas dos recursos financeiros repassados ao **CONVENIADO**;

IV – assinar prazo para que o **CONVENIADO** adote as providências necessárias para o exato cumprimento das obrigações decorrentes deste Convênio, sempre que verificada alguma irregularidade;



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ - SP

CLÁUSULA 3ª – DAS OBRIGAÇÕES DO CONVENIADO

I - para o cumprimento do objeto deste convênio o **CONVENIADO** obriga-se a oferecer ao usuário todo o recurso técnico necessário ao seu atendimento e ainda:

a) possuir sede operacional em Jundiaí, com capacidade para atendimento à demanda prevista em convênio;

b) zelar pela manutenção dos padrões de qualidade dos serviços prestados, de acordo com as normas técnicas e operacionais vigentes;

c) não utilizar, nem permitir que terceiros utilizem, quaisquer dados oriundos da prestação de seus serviços, para fins de experimentação;

d) manter as dependências em perfeito estado de conservação, higiene e funcionamento, bem como possuir espaço adequado para acomodação do paciente e acompanhante antes, durante e após a realização do procedimento e disponibilizar todos os insumos e cuidados necessários para tanto;

e) atender aos usuários e seus familiares com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo sempre a qualidade na prestação dos serviços, assim como fornecer todas as orientações para a evolução de tratamento;

f) justificar ao usuário, ou ao seu representante por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional relativo a este Convênio;

g) seguir os protocolos, fluxos e regulação estabelecidos pela PREFEITURA/Secretaria Municipal de Saúde;

h) não cobrar do paciente ou de seu acompanhante qualquer valor pelos serviços prestados nos termos deste Convênio;

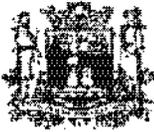
i) realizar, conforme regulação da Secretaria Municipal de Saúde, os procedimentos e ações constantes no Plano de Trabalho;

j) utilizar sistema informatizado para controle e acompanhamento dos procedimentos de acordo com definição da Secretaria Municipal de Saúde;

k) disponibilizar relatórios conforme frequência e definição da Secretaria Municipal de Saúde;

l) manter quadro de Recursos Humanos compatível com a legislação pertinente e os serviços e ações definidos no Plano de Trabalho;

m) disponibilizar todos os documentos necessários para auditoria da Secretaria Municipal de Saúde, quando solicitado;



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ - SP

n) deverá ter CNES compatível com a execução dos procedimentos em questão, inclusive profissionais/CBO adequados e em quantidade suficiente, equipamentos, serviço/classificação e habilitações para a execução dos procedimentos SUS, com a responsabilidade de informar, junto a VISA municipal, qualquer atualização, alteração ou inclusão de informações, como requisito para a execução do convênio;

o) manter o funcionamento do estabelecimento em horário comercial, podendo ser estendido em comum acordo entre as partes, desde que preservado o conforto, segurança e adequação às necessidades específicas para a realização do procedimento ou da ação;

p) estar em conformidade com a legislação da VISA vigente;

q) manter atualizada o prontuário dos usuários e arquivo médico, pelo prazo de 05 (cinco) anos, observando-se as exceções previstas em lei;

r) afixar aviso em local visível, da sua condição de prestador de serviço integrante do Sistema Único de Saúde (SUS);

s) será de inteira responsabilidade da **CONVENIADA** a indicação de outro serviço sem ônus à **PREFEITURA**, no caso de interrupção do serviço de diagnóstico por um período igual ou superior a 03 (três) dias úteis, sendo que nesse caso o serviço deverá cumprir os mesmos pré requisitos da **CONVENIADA**;

t) aplicar integralmente os recursos financeiros repassados pelo **MUNICÍPIO** na prestação dos serviços e ações objeto deste Convênio;

u) apresentar, trimestralmente, ao **MUNICÍPIO** o relatório das atividades desenvolvidas e da aplicação dos recursos financeiros recebidos, bem como declaração quantitativa de atendimento trimestral, assinada pelo representante da **CONVENIADA**;

v) os documentos originais de receitas e despesas referentes à comprovação da aplicação dos recursos vinculados ao convênio, depois de contabilizados, ficarão arquivados na entidade em protocolado próprio e à disposição para conferência e acompanhamento do **MUNICÍPIO**;

w) prestar contas ao **MUNICÍPIO**, no que couber no molde da Instrução Normativa 02/2008 do Tribunal de Contas de São Paulo até 31 de janeiro do exercício subsequente, dos recursos repassados durante o exercício anterior, e, se for o caso,



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ - SP

até 30 (trinta) dias do término da vigência deste instrumento, sob pena de ficar impedida de receber quaisquer outros recursos financeiros do **MUNICÍPIO**;

x) manter a contabilidade, os procedimentos contábeis e os registros estatísticos em perfeita ordem sempre à disposição dos agentes públicos responsáveis pelo acompanhamento e controle, de forma a garantir o acesso às informações da correta aplicação e utilização dos recursos financeiros recebidos, nos moldes do Anexo II – Prestação de Contas;

y) manter Conselho Gestor atuante;

z) assegurar ao **MUNICÍPIO** as condições necessárias ao acompanhamento, supervisão, fiscalização e avaliação da execução dos serviços e ações objeto deste Convênio;

CLÁUSULA 4ª – DO CONTROLE, AVALIAÇÃO, VISTORIA, FISCALIZAÇÃO E AUDITORIA

a) a prestação de serviços será avaliada pela Secretaria Municipal de Saúde, mediante procedimentos de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste Convênio, à verificação do movimento dos atendimentos e quaisquer outros dados necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados;

b) sob critérios definidos em normatização complementar, poderá, em casos específicos, ser realizada auditoria especializada;

c) anualmente, na hipótese de prorrogação, a **PREFEITURA** vistoriará as instalações do **CONVENIADO** para verificar se persistem as mesmas condições técnicas básicas iniciais, comprovadas por ocasião da assinatura deste Convênio;

d) o **CONVENIADO** facilitará o acompanhamento e a fiscalização permanentes dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhes forem solicitados pelos servidores da **PREFEITURA** designados para tal fim.

e) o **CONVENIADO** deverá disponibilizar a **PREFEITURA** os devidos documentos, fichas comprobatórias e instalações, para reavaliação da qualidade e capacidade dos serviços dos usuários dos SUS;

f) as contas rejeitadas ou glosadas quanto ao mérito, serão objeto de análise pelos órgãos de avaliação, controle, fiscalização e autoria a qualquer tempo;

g) qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição ou suspensão da capacidade operativa do **CONVENIADO**, sem autorização da **PREFEITURA**, poderá ensejar em denúncia ou em revisão das condições ora estipuladas, mediante Termo Aditivo próprio;



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ - SP

h) a **PREFEITURA** por meio das áreas técnicas competentes exercerá a função gerencial fiscalizadora, ficando assegurado, aos seus agentes qualificados, o poder discricionário de orientar ações e de acatar ou não justificativa com relação à eventual disfunção na sua execução, sem prejuízo da ação das unidades de controle interno e externo.

i) a fiscalização exercida pela **PREFEITURA**, sob os serviços ora conveniados, não eximirá o **CONVENIADO** da sua plena responsabilidade perante o **MINISTÉRIO DA SAÚDE**, conselhos de classe, pacientes e terceiros e a própria Secretaria Municipal de Saúde, decorrente de culpa ou dolo na execução do convênio.

CLÁUSULA 5ª – DO VALOR E DO PAGAMENTO

a) dá-se ao presente ajuste o valor anual de **R\$ 798.550,68** (Setecentos e noventa e oito mil quinhentos e cinquenta reais e sessenta e oito centavos) e o valor estimado mensal de **R\$ 66.545,89** (Sessenta e seis mil quinhentos e quarenta e cinco reais e oitenta e nove centavos), no que concerne à **PREFEITURA**, com a devida contrapartida à custa da **CONVENIADA** no valor anual de **R\$ 23.055,60** (Vinte e três mil cinquenta e cinco reais e sessenta centavos) e valor estimado mensal de **R\$ 1.921,30** (Um mil novecentos vinte e um reais e trinta centavos).

b) a **CONVENIADA** apresentará, mensalmente, até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente ao fechamento de cada mês, o faturamento, as fichas comprobatórias dos atendimentos e os documentos referentes aos procedimentos (**METAS QUANTITATIVAS**) e ações (**METAS QUALITATIVAS**) efetivamente prestados, obedecendo para tanto o Plano de Trabalho o Anexo I e as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde e Secretaria Municipal de Saúde;

c) a **PREFEITURA**, em um prazo de 15 dias úteis, revisará e processará o faturamento e documentos recebidos da **CONVENIADA** conforme estipulado pelo Ministério da Saúde, para posterior autorização de emissão de Nota Fiscal e pagamento em até 05 dias úteis;

d) depois de efetivados os itens "b" e "c", a **CONVENIADA** receberá, mensalmente, da **PREFEITURA**, os valores apurados considerando os critérios de metas quantitativas e qualitativas previstas no Plano de Trabalho;

e) os valores constantes do Plano de Trabalho referenciados à Tabela SUS do Ministério da Saúde sofrerão variação de acordo com a alteração da mencionada Tabela.

CLÁUSULA 6ª – DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

As despesas decorrentes da execução deste **CONVÊNIO** com relação aos valores custeados pela **PREFEITURA** serão financiadas com recursos das dotações 14.01.10.302.0151.2816.3.3.90.39.00.0.000. e 14.01.10.302.0151.2816.3.3.90.39.00.0.5001.

Parágrafo único – Em caso de prorrogações as despesas serão suportadas por dotações destacadas especificamente para essa finalidade.



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ - SP

CLÁUSULA 7ª – DA VIGÊNCIA E DA REVISÃO

O presente convênio terá a duração de 12 (doze) meses, contado a partir de 15 de junho de 2013, podendo ser prorrogado até o limite de 60 (sessenta) meses, se não for revisto ou denunciado por qualquer das partes, no prazo previsto na cláusula 8ª, I.

Na hipótese de prorrogação, os valores não referenciados à Tabela SUS constantes do Plano de Trabalho, serão revistos mediante a composição dos custos envolvidos.

CLÁUSULA 8ª – DA RESCISÃO

Este Convênio poderá ser alterado por acordo entre os partícipes, sempre que assim determinar o interesse público, mediante termo aditivo específico, sendo vedada à alteração do seu objeto.

CLÁUSULA 9ª – DA DENÚNCIA E DA RESCISÃO

I) este convênio poderá ser denunciado a qualquer tempo, desde que a parte interessada comunique à outra tal intenção, com 120 (cento e vinte) dias de antecedência.

II) a inobservância de qualquer das cláusulas, condições ou obrigações estabelecidas neste instrumento, facultará à parte inocente considerá-lo rescindido de pleno direito, independentemente de qualquer ação ou notificação judicial.

III) constituem motivo para a denúncia deste Convênio:

a) o não cumprimento ou o cumprimento irregular de suas cláusulas;

b) o desatendimento das determinações regulares dos órgãos designados para acompanhar e fiscalizar a sua execução;

c) a modificação da finalidade ou da estrutura da CONVENIADA, que prejudique a execução do convênio.

Parágrafo único – o presente Convênio rescinde os convênios anteriores celebrados entre os partícipes, desde que tenham o mesmo objeto.

CLÁUSULA 10ª – DA PUBLICAÇÃO

A eficácia deste Convênio fica condicionada a publicação do respectivo extrato no órgão de imprensa oficial do Município, no prazo de 20 (vinte) dias a contar da data de sua assinatura, contendo os seguintes elementos:

I – espécie, número do instrumento, nome e CGC/CPF dos partícipes e dos signatários;

[Handwritten signature]

[Handwritten mark]



PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ - SP

II – resumo do objeto;

III – crédito pelo qual correrá a despesa e número, data e valor da Nota de Empenho;

IV – prazo de vigência e data de sua assinatura.

CLÁUSULA 11ª – DO FORO

Para dirimir questões oriundas da execução do presente convênio, não passíveis de solução na via administrativa, fica eleito o foro da Comarca de Jundiaí, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

CLÁUSULA 12ª - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Aplicam-se à execução deste Convênio, bem como aos casos omissos, no que couber, a Lei Federal nº 8.666/93.

Qualquer alteração ou modificação das condições de execução do presente convênio, inclusive as que importem em aumento ou diminuição da capacidade operativa da CONVENIADA, serão objeto de Termos Aditivos a critério dos participantes;

E por estarem assim justos e avençados, assinam o presente em 03 (três) vias de igual teor e para um só efeito de direito.

Jundiaí, de de 2013

PEDRO BIGARDI
Prefeito Municipal

CLAUDIO E. MARCONDES MIRANDA
Secretário Municipal de Saúde

Presidente Entidade

Testemunhas:

- 1.
- 2.

B

J



CENTRO DE REABILITAÇÃO JUNDIAÍ

Reconhecido como de Utilidade Pública Federal por Decreto de 17-08-98

Inscrição Municipal nº 17.775-0

CNPJ 51.064.619/0001-85

PLANO OPERATIVO

I. INTRODUÇÃO

Histórico

Criada em 22/10/1980 por um grupo de profissionais, com o objetivo de reabilitar e reintegrar socialmente crianças portadores de deficiência física, distúrbios de fala e linguagem, problemas específicos de aprendizagem e com deficiências mentais a nível educável. Seu atendimento deu início com apenas dez crianças portadoras de deficiência que eram atendidas em uma pequena casa na Rua Prudente de Moraes, com o apoio de 18 terapeutas divididos nas áreas de: Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Fonoaudiologia, Psicologia e Serviço Social.

Com o aumento da procura do serviço, a Instituição foi transferida para um prédio na Rua Marechal Deodoro onde permaneceu por mais dezesseis anos, sempre ampliando seu número de atendimento. Com a doação do terreno realizada pela Prefeitura Municipal, o Centro de Reabilitação Jundiaí construiu sua sede própria inaugurada em 03/12/1999, disponibilizando uma área de 900m² para o atendimento de suas especialidades, na Rua Barão de Teffé, 493, onde permanece até hoje, com a necessidade de mais espaço, ampliou a área construída para 1.118m².

Atualmente, a Instituição atende as demandas encaminhadas por convênio, pelas Secretarias de Saúde e Educação do município de Jundiaí, oferecendo serviços de Fisioterapia Ortopédica Geral, Traumatológica, Neurológica, Respiratória, Drenagem Linfática, Preventiva e Acompanhamento de Casos Crônicos, Psicopedagogia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Fonoaudiologia e Serviço Social.

Missão

Proporcionar a todos os usuários o atendimento e tratamento especializado e de qualidade, nas áreas de Fisioterapia, Psicopedagogia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Fonoaudiologia e Serviço Social, promovendo não somente a recuperação da parte afetada como a máxima reintegração, a ação dinâmica efetiva, principalmente das pessoas com deficiência física, bem como das crianças com dificuldades de aprendizagem. Tratando o indivíduo como um todo, visando aumento adaptativo e sua inclusão social e familiar.



CENTRO DE REABILITAÇÃO JUNDIAÍ

Reconhecido como de Utilidade Pública Federal por Decreto de 17-08-98

Inscrição Municipal nº 17.775-0

CNPJ 51.864.619/0001-85

2. CAPACIDADE INSTALADA E ESTRUTURA TECNOLÓGICA

Materiais de apoio aos usuários:

08 Cadeiras de roda

01 Maca com rodinhas

Aparelhos Ortopedia:

01. Turbilhão de MMSS

01. Turbilhão de MMII com 02 cadeiras próprias para o aparelho

01. Aparelho para PARAFINA DE MMSS

01. Aparelho para PARAFINA DE MMII

01. Aparelho para PARAFINA DE RESERVA.

01. Mesa de Kanavel

02. Tablados grandes para cinesioterapia com vaga para 4 pacientes

05. Aparelhos de TENS

02 Aparelhos TENS/ECOR marca KLD

02. Ultrassom Avatar 111 KLD

02. Aparelhos de Diatermia Ondas Curtas

03. Infra Vermelho

02. Fornos de BIER

02. Bicicletas Ergométricas

02. Polias

08. Divãs Clínicos

01. Rampa e Escada

01. Mesa Tipo Bonet

01. Barra Paralela regulável de 3 metros

01. Espaldar

01. Roda de ombro

01. Escada dígita

01. Cama elástica

03. Tábuas de equilíbrio

02. Tábuas de propriocepção

Acessórios diversos: (Rolos, Bolas, Bobath, Alteres, pesos, Almofadas, Cunhas de posicionamentos, Dados, Bastões, Tera-band e outros)

Aparelhos para Drenagem Linfática

01. Aparelho de Lynpha MINI PRESS

01. Bota para MMII (membros inferiores)

01. Luva para MMSS (Membros superiores)



CENTRO DE REABILITAÇÃO JUNDIAÍ

Reconhecido como de Utilidade Pública Federal por Decreto de 17-08-98

Inscrição Municipal nº 17.775-0

CNPJ 51.864.619/0001-85

Aparelhos da Neurologia

- 01. Tablado grande para 2 pessoas
- 01 Espaldar duplo
- 01. Barra paralela regulável de 3 metros
- 01. Jogo de banquetas com 3 alturas
- 01. Banqueta com rodinhas
- 02. Polias
- 01. Bicicletas Ergométricas
- 01. Cadeira Ortostática
- 01. Cama elástica
- 01. Prancha de propriocepção
 - 1 Parapodium Infantil
- 02 Andadores: Adulto e Infantil
- 03. Bengalas (01 com 4 pontas – 01. Canadense – 01 simples)
- Acessórios diversos: (Rolos, Bolas, Bobhath, pesos, Bastões, Tera-band, Almofadas e outros)

Aparelhos da Respiratória:

- 03. Almofadas vibratórias
- 02. Aspirador ASPIRAMAX
- 01. Inalador NEVONI
- 01. Ambú
- 02. Torpedos de oxigênio de 1 e meio (metro cúbico)
- 01. Cilindro de oxigênio de 10 (metro cúbico)
- 02. Divãs clínicos
- 01. Threshold
- 04. Shaker
- 01. Mantuvacuômetro
- 01. CPAP (gerador de fluxo)
- 08. Respirom
- 01. Oxímetro
- Materiais descartáveis (luvas, máscaras, sondas e outros)

Materiais utilizados pela Fonoaudiologia

- 01 computador
- 01 Impressora/Scanner
- 01 Colchonete
- 01 Espelho
- 01 Estetoscópio
- Jogos para Adulto
- Materiais descartáveis (luvas, seringas, chibolotes, gaze, canudos, língua de sogra, bexigas e equipo)

Materiais utilizados pela Terapia Ocupacional:



CENTRO DE REABILITAÇÃO JUNDIAÍ

Reconhecido como de Utilidade Pública Federal por Decreto de 17-05-98

Inscrição Municipal nº 17.775-0

CNPJ 51.864.619/0001-85

✓ Materiais para treino de habilidade motora, Brinquedos, bolas, almofadas, espelho, mesa própria para atividades, revistas

Materiais descartáveis (papel, luvas, bandagem, e outros)

3. DETALHAMENTO DO CORPO TÉCNICO, POR CBO E JORNADA DISPONIBILIZADA PARA EXECUÇÃO DO PRESENTE OBJETO

| NOME | Pós Graduação/ Especialização | CBO/ Profissão | CNS | CARGA HORÁRIA |
|-------------------------------------|---|--|-----------------|------------------|
| Aline Martins Fachens | Pós em Neurologia | 223605 Fisioterapeuta | 980016277056234 | 30 hs/semanais |
| Alexandre Moreira Bistencourt | Pós em ATM (articulação TEMPORO MANDIBULAR) | 223605 Fisioterapeuta | 980016285969642 | 15hs/semanais |
| Bruna Carolina da Costa | | 223605 Fisioterapeuta | 980016289606439 | 20hs/semanais |
| Daniel Abad | Pós em Ortopedia / RPG | 223605 Fisioterapeuta | 980016287034934 | 20hs/semanais |
| Fernanda Paula Valente | Pós em Disfagia Pós em Bobath Pós em Baby Course | 223810 Fonaudióloga | 128007698170000 | 20hs/semanais |
| Jennifer Cunningham Spina | Pós em Acupuntura | 223605 Fisioterapeuta | 980016282934813 | 30hs/semanais |
| Juliana Argento Coelho Valde | Pós em Neuropediatria | 223605 Fisioterapeuta | 980016279641541 | 30hs/semanais |
| Karina Ornelas Guivera | | 223605 Coordenadora Fisioterapia | 204464146590002 | 30hs/semanais |
| Lilian Balestrin | Pós em Pedagogia Social | 251605 Assistente Social | 980016278492046 | 30hs/semanais |
| Luciane Miccheletti | Pós em Respiratório Mestrando em Pediatría | 223605 Fisioterapeuta | 980016277056196 | 30hs/semanais |
| Marilu Rodrigues de Oliveira | Pós em RPG / Respiratório | 223605 Fisioterapeuta | 980016277861811 | 20hs/semanais |
| Marissa Turquetto | Pós em Fisioterapia do Trabalho Ergonomia | 223605 Fisioterapeuta | 980016285967712 | 30hs/semanais |
| Mônica de Oliveira | Pós em Terapia Intensiva | 223605 Fisioterapeuta | 980016282915088 | 30hs/semanais |
| Debóira Cartier Siena | MBA em gestão Hospitalar | Terapeuta Ocupacional | 980016295008475 | 21hs/semanais |



CENTRO DE REABILITAÇÃO JUNDIAÍ

Reconhecido como de Utilidade Pública Federal por Decreto de 17-08-98

Inscrição Municipal nº 17.775-0

CNPJ 51.864.619/0001-06

| | | | | |
|---------------------------|--------------------------------------|--------------------------|-----------------|---------------|
| Thiago Antônio C. Romani | Pós em Acupuntura | 223605 Fisioterapeuta | 980016279641568 | 30hs/semanais |
| Vivessa de Assunção Brito | Pós em Neurologia e Pós em Pediatría | 223605 Fisioterapeuta | 128737162330002 | 20hs/semanais |
| Liliane Soares de Freitas | Pós em Psicopedagogia | 251510 Psicólogo | 980016278492054 | 40hs/semanais |

- Responsável Técnico pelo Convênio:

KARINA ORNELAS GOUVEIA - Coord. Do Setor da Fisioterapia

4. IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO A SER EXECUTADO COM DETALHAMENTO DOS SERVIÇOS E AÇÕES PRESTADAS E PÚBLICO ALVO

Objetivo Geral:

- Desenvolver ações de reabilitação e prevenção de deformidades em casos de pacientes com diagnósticos de traumas complexos; patologias neurológicas; prevenção e tratamento de patologias respiratórias tratamento das patologias vasculares; ortopedia geral. Estudos nas áreas de reabilitação física e mental com um padrão de qualidade que o torne referência nesta área, em conformidade com os Anexos I e II que integram este instrumento.

Objetivos Específicos:

- Desenvolver um serviço de saúde diferenciado com uma abordagem terapêutica dentro dos princípios e pressupostos éticos definidos pelo Ministério da Saúde e as entidades profissionais que regulamentam as atividades técnicas na área de reabilitação física: CREFITO (conselho regional de fisioterapia e Terapia Ocupacional), CRFa (Conselho regional de Fonoaudiologia), CRESS (Conselho Regional de Serviço Social) e CRP (Conselho Regional de Psicologia); privilegiando sempre o respeito à liberdade de escolha dos pacientes e o direito de decidir sobre sua vida.
- Desenvolver atividades em pacientes já atendidos no CRJ, por períodos considerados satisfatório e que serão encaminhados para grupos de crônicos: Patologias



CENTRO DE REABILITAÇÃO JUNDIAÍ

Reconhecido como de Utilidade Pública Federal por Decreto de 17-08 98

Inscrição Municipal nº 11.775-0

CNPJ 51.864.619/0001-85

Neurológicas: (Traumatismos Cranioencefálico, os AVEs, Acidente Vascular Encefálico, os Traumatismos Raquiomedulares) e Traumas Ortopédicos. Doenças Cardiorespiratórias (DPOC – doença pulmonar obstrutiva crônica, Enfisemas, Asmas, Bronquites), e grupos considerados de menor risco como as Patologias Crônicas (Lombalgias, Polialgias, Osteoartroses, e outros)

- Oferecer orientação e atendimento à família, considerando a importância da adesão ao tratamento na obtenção da habilitação e/ou reabilitação do paciente.

- Desenvolver pesquisas e estudos voltados para a busca permanente da excelência no tratamento, no avanço das técnicas terapêuticas em suas diferentes especificidades, na definição de políticas públicas para a área.

- Implementar a integração das diferentes profissões envolvidas neste trabalho de tal modo que a prática da interdisciplinaridade se mostre efetiva e viável.

- Desenvolver ações integradas com órgãos públicos e/ou privados responsáveis pela definição e operacionalização de políticas públicas na área de Reabilitação, buscando a otimização de seus resultados.

Para cumprir com os objetivos propostos, o CENTRO DE REABILITAÇÃO JUNDIAÍ, definiu como objeto do presente Plano de Trabalho a promoção de atividades de assistência integral à saúde em REABILITAÇÃO FÍSICA e suas comorbidades, envolvendo o tratamento ao paciente.

A operacionalização deste Plano de Trabalho dar-se-á pela execução das ações detalhadas.

4.1. FLUXO

4.1.1. Origem da Demanda

A ENTIDADE deverá compor a rede de assistência à reabilitação física e mental do município, seguindo os fluxos e diretrizes pré-estabelecidos pela SMS.

Deverá atender demanda referenciada pelas Unidades de Atenção Básica, Ambulatórios de Especialidades e demais unidades que compõem a rede de assistência à reabilitação, sob regulação da SMS.



CENTRO DE REABILITAÇÃO JUNDIAÍ

Reconhecido como de Utilidade Pública Federal por Decreto de 17-08-96

Inscrição Municipal nº 17.775-D

CNPJ 51.864.619/0001-05

4.1.2. Regulação do serviço

Todos os casos novos encaminhados para a ENTIDADE deverão obedecer ao fluxo descrito e ser regulados pela SMS/DACA por meio da agenda SIIM.

O serviço se compromete em manter registros em prontuário unificado.

5. DEFINIÇÃO DAS METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS A SEREM ATINGIDAS

As METAS QUANTITATIVAS correspondem ao volume esperado de produção de procedimentos SUS para aplicação das atividades, segundo as diretrizes do Ministério da Saúde, conforme detalhamento do ANEXO I.

As METAS QUALITATIVAS correspondem às ações desenvolvidas pela entidade, visando desenvolver ações de prevenção, tratamento, recuperação, pesquisa e capacitação nas áreas de reabilitação física e mental, humanização e ações de sustentabilidade com um padrão de qualidade que o torne referência nesta área, em conformidade o detalhamento do ANEXO II.

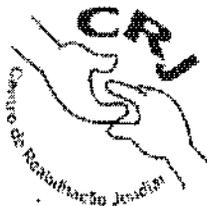
6. DEFINIÇÃO DE PARÂMETROS E INDICADORES PARA AVALIAÇÃO E CUMPRIMENTO DAS METAS

INFORME DE PRODUÇÃO REALIZADA: Transmitir a SMS relatório, contendo as informações da produção efetiva do mês por sistema on line de presença disponibilizado pela SMS, bem como via documentação que comprove o atendimento prestado.

ENVIO DE INFORMAÇÕES CONTÁBEIS E FINANCEIRAS: Organizar mensalmente em pastas todos os comprovantes de gastos efetivos com a execução do plano operativo e apresentação dos mesmos trimestral segundo pedido da SMS.

ADESÃO AO PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO FINANCEIRO DA SMF Transmitir a SMS, relatório de atendimentos prestados com notas de gastos efetivos da Instituição para manutenção e execução do plano operativo

PLANILHAS DE EXECUÇÃO TÉCNICA DO CONVÊNIO: Prestação de Contas da Execução do Convênio



CENTRO DE REABILITAÇÃO JUNDIAÍ

Reconhecido como de Utilidade Pública Federal por Decreto de 17-05-98
Inscrição Municipal nº 17.775-0
CNPJ 51.804.619/0001-85

ATENDIMENTO AOS FAMILIARES: Prestar atendimento aos familiares, com orientações e esclarecimentos de dúvidas tanto da patologia, como do prognóstico, e o estado geral do paciente, Prestar orientações de como proceder em domicílio, e se necessário atendimento específico e acompanhado por profissionais de Psicologia ao Assistente Social

UTILIZAÇÃO E MANUTENÇÃO DO SISTEMA ON LINE: utilizar e manter em funcionamento e atualizado o sistema on line disponibilizado pela SMS conforme proposto aceito pelo CRJ

SERVIÇO DE APOIO AO USUÁRIO: Manter Caixa de Sugestões em local visível e acessível aos usuários para que possam dar sugestões bem como reclamações sobre o serviço prestado. Disponibilizando também atendimento pessoal com profissional responsável pelo setor ou pela administração para que o usuário possa tirar dúvidas ou questionamento sobre o serviço, viabilizando assim uma melhor e mais rápida providencia para a solução de eventuais reclamações, podendo os mesmos formalizar por escrito.

AÇÕES DE PREVENÇÃO PARA O ABSTENCEISMO: Envolver as famílias no processo de recuperação e adesão ao tratamento, realizar orientações, melhorar a cada dia o atendimento tanto no setor de recepção e acolhimento como na qualidade do atendimento já prestado dos profissionais. Contato via telefone com os pacientes, principalmente os atendidos pelo setor da neurologia, averiguando os motivos de falta ou abandono

AÇÕES DE HUMANIZAÇÃO: Senhas para evitar filas na porta da instituição, melhorando o atendimento na porta de entrada, cadeiras em perfeita situação de uso, televisão e revistas, bebedouro com copo descartável na sala de espera, os horários de atendimento previamente agendados com o paciente e cumprido por todos os profissionais. Ampliações do espaço físico em alguns setores bem como a manutenção de toda a estrutura física como pintura, iluminação ventilação e limpeza. Reposição e manutenção de aparelhos e equipamentos utilizados no tratamento, otimizando e qualificando cada vez mais o atendimento e a recuperação do paciente. Som ambiente e orientações aos funcionários sobre atendimento e qualidade prestada.

REUNIÕES TÉCNICAS MULTIPROFISSIONAL: realizado mensalmente reuniões técnicas para discussão e estudo de casos com toda equipe envolvida, bem como cursos, palestras ou seminários de novas técnicas trazidas pelos profissionais do CRJ, através de cursos externos realizados com ajuda de custo da instituição, melhorando ainda mais a qualificação dos profissionais.



CENTRO DE REABILITAÇÃO JUNDIAÍ

Reconhecido como de Utilidade Pública Federal por Decreto de 17-08-88
Inscrição Municipal nº 17.775-0
CNPJ 51.864.619/0001-85

7. ETAPAS OU FASES DA EXECUÇÃO DO OBJETO A SER EXECUTADO

7.1 - AÇÕES DE PREVENÇÃO, DE DIAGNÓSTICO E TERAPÊUTICO

O diagnóstico adequado norteia a conduta e o paciente só participará das atividades que forem necessárias a sua recuperação, otimizando com isso os recursos e melhorando a adesão ao tratamento.

Após a definição do diagnóstico, os pacientes e os familiares, são incluídos no tratamento.

Receberão atendimento de fisioterapia específico em cada área, bem como atendimento com equipe multidisciplinar Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicologia e Assistência Social

7.1.1 PROGRAMA FISIOTERAPIA NEUROLÓGICA

Atender em média 230 pacientes, desenvolvendo ações de tratamento na área de Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicologia, Assistência Social e suas comorbidades, de acordo com o seguinte protocolo:

PATOLOGIAS :

- Ataxia de Friedreich
 - Ataxias Espinocerebelares
 - Paraparesia Espástica Familiar (Doença de Strümpell)
 - Esclerose Lateral Amiotrófica (ELA)
 - Amiotrofia Espinhal Progressiva (AEP)
 - Doença de Charcot-Marie-Tooth
 - DISTROFIAS MUSCULARES
 - Distrofia Muscular de Duchenne
 - Distrofia Muscular de Becker
 - Distrofias Musculares de Cinturas
 - Distrofia Miotônica (Doença de Steinert)
 - Distrofia Muscular Congênita
 - Miopatias Congênitas Estruturais
 - Esclerose Múltipla
 - Lesões Encefálicas Adquiridas
- AVE
TCE
Aneurisma



CENTRO DE REABILITAÇÃO JUNDIAÍ

Reconhecido como de Utilidade Pública Federal por Decreto de 17-08-98

Inscrição Municipal nº 17.775-0

CNPJ 51.864.619/0001-85

- Tumores no SNC
- Lesão Medular
- Poliomielite
- PBO (Lesão de Plexo Braquial Obstétrico)
- Doenças Neurodegenerativas
 - Alzheimer
 - Parkinson
 - Mielite

Qualquer outra patologia Neurológica, EXCLUINDO:

- PC – Paralisia Cerebral de qualquer nível ou idade.
- Síndrome de Down qualquer idade
- Autismo qualquer nível ou idade
- Deficiente mental ou
- ADNPM (Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor)

EQUIPE

3 FISIOTERAPEUTAS.

7.1.2 Etapas do Tratamento

1ª Etapa: Acolhimento e avaliação diagnóstica do paciente pela fisioterapeuta responsável pela avaliação.

2ª Etapa: Inserção do paciente na modalidade de tratamento adequada ao seu perfil e necessidades. Nessa segunda etapa o paciente é inserido no setor neurológico, recebe orientações da sua patologia, pela profissional responsável analisam exames complementares bem como orienta a família quanto aos exercícios e como proceder com o paciente em domicílio utilizando-se de material impresso que é entregue a família além de esclarecimento de dúvidas.

3ª Etapa: Execução do atendimento proposto pelas fisioterapeutas responsáveis pelo setor e análise para terapias complementares quando necessário, como por exemplo, terapia ocupacional, fonaudiologia, ou intervenção da psicologia ou assistente social para o paciente ou família (Cuidador).

4ª Etapa: Preparo para alta e programa de manutenção.



CENTRO DE REABILITAÇÃO JUNDIAÍ

Reconhecido como de Utilidade Pública Federal por Decreto de 17-05-98

Inscrição Municipal nº 17.775-0

CNPJ 51.864.619/0001-85

7.1.3 Operacionalização:

1ª Etapa: tempo de duração - 1 dia

- Avaliação diagnóstica - 1 fisioterapeuta, com estimativa de 15 minutos por avaliação.

2ª Etapa: tempo de duração - 1 dia

- Realiza 1 sessão inicial pelas profissionais especializadas do setor neurológico para avaliação e verificação de exames complementares.
- Orientação familiar 01 orientação de posicionamentos no leito, cama, cadeira, etc. Exercícios domiciliares, descritos em material impresso entregue à família para auxiliar o envolvimento da mesma no tratamento.

3ª Etapa: tempo de duração - de 06 a 18 meses dependendo da patologia e das condições gerais do paciente.

- Programa de Terapia: estabelecido pelos profissionais responsáveis pelo setor individualizado para cada paciente, mesmo que sejam atendidos na mesma sala. Receberá atendimento de 01 a 02 vezes por semana dependendo do caso.
- Análise de terapias complementares e pedido de avaliação para outros membros da equipe: fonoaudiologia, terapia ocupacional, psicologia ou assistência social, sendo esses dois últimos disponíveis também para atender a família
- A cada 10 sessões paciente será reavaliado pela equipe verificado a evolução e validando a conduta.
- Programa de orientação familiar. A equipe estará a disposição para orientação à família sugerindo novas atividades, respondendo a dúvidas e acompanhando todo o desenvolvimento no âmbito familiar.

4ª Etapa: tempo de duração - até 20 dias não consecutivos

- A partir da estabilização do quadro, paciente e família receberão informações dos profissionais responsáveis sobre a alta ou encaminhamentos para outros programas tanto o de terapia para pacientes crônicos como para outros serviços como o PEAMA. Em média 20 sessões já programadas, além das orientações aos familiares.
- Manutenção acompanhamento pós-alta, somente quando o mesmo estiver em acompanhamento de terapia em grupo.



CENTRO DE REABILITAÇÃO JUNDIAÍ

Reconhecido como de Utilidade Pública Federal por Decreto de 17-08-98

Inscrição Municipal nº 12.775-0

CNPJ 51.864.619/0001-85

7.1.1 PROGRAMA FISIOTERAPIA RESPIRATÓRIA

Atender em média 65 pacientes/mês, desenvolvendo ações de tratamento na área de Fisioterapia e suas comorbidades, de acordo com o seguinte protocolo:

PATOLOGIAS:

- Pacientes com seqüelas neurológicas e que tiveram acometimento primário ou secundário da função respiratória
- TCE (Traumatismo cranioencefálico) com acometimento da função respiratória
- TRM (Traumatismo raquiomedular) com acometimento da função respiratória
- AVE (acidente vascular encefálico) Com acometimento da função respiratória
- Bebê chador
- Enfisema pulmonar
- Blastomicose
- Atelectasia
- DPOC (Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica)
- Bronquelectasia
- Fibrose Cística
- Pneumonia
- Bronco pneumonia
- Asma
- C.A. Laringe
- C.A. Pulmão
- Bronquiolite
- Derrame Pleural

atendimento: 1 profissional FISIOTERAPEUTA

7.1.2 Etapas do Tratamento

1ª Etapa: Acolhimento e avaliação diagnóstica do paciente pela fisioterapeuta responsável pela avaliação.

2ª Etapa: Inserção do paciente na modalidade de tratamento adequada ao seu perfil e necessidades. Nessa segunda etapa o paciente é inserido no setor da fisioterapia respiratória recebendo orientações da profissional, quanto a patologia e orientação a família referente aos exercícios e como proceder com o paciente em domicílio utilizando-se de material impresso que é entregue a família, esclarecimento de dúvidas na aquisição de materiais individuais.



CENTRO DE REABILITAÇÃO JUNDIAÍ

Reconhecido como de Utilidade Pública Federal por Decreto de 17-08-98

Inscrição Municipal nº 17.775-0

CNPJ 51.864.619/0001-85

3ª Etapa: Execução do atendimento proposto pelas fisioterapeutas responsáveis pelo setor e análise para terapias complementares terapia ocupacional, fonoaudiologia, quando necessário ou intervenção da psicologia ou assistente social para o paciente ou família (Cuidador).

4ª Etapa: A cada 10 sessões realizadas o paciente é reavaliado pela própria profissional que prestou o atendimento, averiguando a necessidade de continuar o tratamento ou orientação de alta com encaminhamento ao médico responsável.

5ª Etapa: Para os pacientes que necessitaram continuidade no atendimento realiza-se nova proposta terapêutica ou mantém a mesma conduta. Preparando para alta ou para encaminhamento a um programa de terapia em grupo

7.1.3 Operacionalização:

1ª Etapa: tempo de duração - 1 dia

- Avaliação diagnóstica - 1 fisioterapeuta, com estimativa de 15 minutos.

2ª Etapa: tempo de duração - 1 dia

• Realiza 1 sessão inicial pelas profissionais especializadas do setor para avaliação e verificação de exames complementares.

- Orientação familiar 01 orientação para esclarecimentos de exercícios domiciliares e promover o envolvimento da família no tratamento.

3ª Etapa: Execução do atendimento proposto:

Tempo de duração - até 2 meses em casos de patologias como pneumonia, bronquite etc., e 1 ano ou mais em casos de pacientes com diagnósticos complexos, como em pacientes com uso de traqueo, C.A., ou em patologias crônicas como por exemplo Asma, Enfisema pulmonar, DPOC, e outras

- Paciente receberá atendimento específico. Dependendo da patologia e do estágio do paciente (individual - fisioterapeuta) utilizando dos procedimentos SUS. Até 30 sessões

- Programa de orientação familiar (Principalmente nos casos de crianças com diagnóstico de pneumonias, Broncopneumonias e outros, e de pacientes que sofreram TCE .



CENTRO DE REABILITAÇÃO JUNDIAÍ

Reconhecido como de Utilidade Pública Federal por Decreto de 17-08-98

Inscrição Municipal nº 17.775-0

CNPJ 51.064.619/0001-05

TRM ou AVE o responsável é orientado em todos os atendimentos visto que a profissional realiza a terapia com o acompanhante na sala, esclarecendo dúvidas e orientando a respeito de procedimentos que podem e devem ser realizados em domicílio pela família, evitando complicações respiratórias bem como acelerando a recuperação) Procedimento não SUS

- Encaminhamento para avaliação Interna de outros profissionais quando necessário

4ª Etapa: tempo de duração - 1 dia

Reavaliação pela profissional do paciente segundo seu quadro inicial e após término de 10 sessões mediante análise de exames complementares, ausculta pulmonar saturação de oxigênio e quando necessário, avaliação de PI Max (pressão inspiratória máxima) PE máx (pressão expiratória máxima) através do aparelho Manovacuômetro. Decisão de alta ou necessidade de continuar o tratamento.

5 Etapa: tempo de duração: média de 6 meses a 1 ano inicia-se nova proposta terapêutica com mudança ou não na conduta, essa etapa é direcionada principalmente a pacientes crônicos em fase aguda ou pacientes com patologias associadas como as neurológicas, ou uso de traqueo, perfazendo novas avaliações a cada 10 procedimentos. Após esse período conseguindo uma estabilização do quadro o paciente é encaminhado para o tratamento em grupo ou quando bem estável ALTA com orientações. Procedimento SUS

7.1.1 PROGRAMA FISIOTERAPIA ORTOPÉDICA (CLÍNICA GERAL)

Atender em média 650 pacientes/mês, média de 5130 procedimentos desenvolvendo ações de tratamento na área de Fisioterapia e suas comorbidades, de acordo com o seguinte protocolo:

PATOLOGIAS:

Atendimento de todas as patologias ortopédicas geral (Alterações motoras) e traumatológica. (pré e pós operatório nas disfunções músculo esqueléticas).

Algumas patologias da ortopedia geral: Média de 3.400 procedimentos/mês

- Mialgias
- Epicondilites
- Tendinites
- Atrofias
- Sinovites e tenossinovites



CENTRO DE REABILITAÇÃO JUNDIAÍ

Reconhecimento como de Utilidade Pública Federal por Decreto de 17-08-98

Inscrição Municipal nº 17.775-0

CNPJ 51.864.619/0001-85

- Transtornos articulares
- Lesões leves das articulações
- Dores articulares
- Osteoartroses
- Polialgias
- Artroses das articulações
- Lesões de joelho (sem necessidade de cirurgia)
- Bursites
- Cistos sinoviais
- Encurtamento de tendões (adquirido e sem necessidade de cirurgias)
- Lombalgias
- Dorsalgias
- Cervicalgias
- Transtornos da coluna vertebral (sem necessidade de cirurgia)
- Condromalácia
- Transtornos de meniscos
- Transtornos musculares
- Transtornos de ligamentos
- Reumatismos
- Lesões biomecânicas
- Artralgias
- Dor em membro
- Esporões
- Fibromialgias

E outros.

Algumas patologias da ortopedia traumatológica:

FRATURAS: Patologias de maior complexidade, média 1730 procedimentos/ mês

- Clavícula
- Braço - úmero, rádio, ulna, carpo, metacarpo e falanges
- Perna - fêmur, tíbia, fibula, tarso, metatarso, e falanges
- Quadril
- Coluna vertebral (sem lesão medular)
- Politrauma
- Amputações
- Fascíte plantar ou palmar
- Artrogripose
- Sd. Do Túnel do Carpo
- Torcicolo Congênito



CENTRO DE REABILITAÇÃO JUNDIAÍ

Reconhecido como de Utilidade Pública Federal por Decreto de 17-08-95

Inscrição Municipal nº 17.775-0

CNPJ 51.864.619/0001-85

- Transtornos de Plexo Braquial
- Deformidades Congênitas do pé
- Lesões de nervos
- Artrite Reumatóide
- Próteses de joelho e quadril
- Lesões biomecânicas com correção cirúrgica ex: ATM, Luxações, entorses e distensões.
- Gota
- E outras.

Profissionais: 10 fisioterapeutas nas mais diversas especialidades.

Com essa equipa a capacidade a atendimento poderá ser de até, 800 pacientes mês.

7.1.2 Etapas do Tratamento

1ª Etapa: Acolhimento e avaliação diagnóstica do paciente pela fisioterapeuta responsável pela avaliação.

2ª Etapa: Inserção do paciente na modalidade de tratamento adequada ao seu perfil e necessidades. Nessa segunda etapa o paciente é inserido no setor da ortopedia recebendo orientações de como será seu tratamento, quais recursos serão utilizado, qual finalidade, orientação e acompanhamento dos exercícios a serem realizados quando ativos ou passivos

3ª Etapa: Execução do atendimento proposto pelos fisioterapeutas responsáveis pelo setor inicialmente até 30 sessões com reavaliações a cada 10 procedimentos para análise de alta ou continuidade do tratamento, podendo também ser inserido na terapia em grupo, dependendo do diagnóstico. Análise também da necessidade de terapias complementares quando necessário.

4ª Etapa: Avaliação específica após 30 sessões pelo profissional que prestou e acompanhou o tratamento para averiguar necessidade de continuidade ou Alta. Em caso de continuidade solicitar através da SMS com justificativas novos procedimentos. Quando ALTA, sempre com orientações domiciliares e quando necessário retorno médico.



CENTRO DE REABILITAÇÃO JUNDIAÍ

Reconhecido como de Utilidade Pública Federal por Decreto de 17-08-98

Inscrição Municipal nº 17.775-0

CNPJ 51.864.019/0001-85

5º Etapa: Para os pacientes que necessitaram de mais atendimento realiza-se nova proposta terapêutica ou mantém a mesma conduta. Preparando para alta ou para encaminhamento a um programa de terapia em grupo

7.1.3 Operacionalização:

1ª Etapa: tempo de duração - 1 dia (01 sessão)

- 1 Avaliação diagnóstica - 1 fisioterapeuta, com estimativa de 15 minutos

2ª Etapa: tempo de duração - 1 dia (01 sessão)

- Quantidade de terapias 1 sessão inicial realizada pelas profissionais especializadas do setor da ortopedia com a orientação do profissional para com o paciente a respeito da conduta proposta, finalidade de cada aparelho proposto bem como orientação e acompanhamento no primeiro dia dos exercícios. Procedimento SUS.

- Orientações domiciliares de exercícios, posicionamentos e outros, dependendo da patologia e do paciente, recebem orientação dada pelos profissionais da ortopedia à família nos casos mais complexos. Procedimento não SUS

3ª Etapa: tempo de duração - de 30 sessões de 1 a 3 meses dependendo da patologia e da frequência do paciente.(detalhamento das fases de tratamento)

- Programa de Terapia já estabelecido pelas profissionais para cada paciente, mesmo estes sendo atendido na mesma sala com outros pacientes. Receberá atendimento em média 4 vezes por semana Procedimento SUS

- Análise da necessidade de terapias complementares

- A cada 10 sessões o paciente é reavaliado pelas profissionais que o acompanham e verificado evolução bem como análise da conduta realizada até o momento Procedimento SUS

- Programa de orientação. Os fisioterapeutas estarão sempre em constante contato com o paciente esclarecendo dúvidas e acompanhado diretamente o quadro clínico, além das orientações freqüentes quanto as possibilidades de inserção no trabalho ou no Cotidiano AVDs. Procedimento não SUS

4ª Etapa: tempo de duração - 01 dia (01 sessão)

- Após 30 sessões reavaliação da evolução do tratamento pelo profissional que o acompanhou para análise da Alta ou Continuidade do tratamento. Procedimento SUS



CENTRO DE REABILITAÇÃO JUNDIAÍ

Reconhecido como de Utilidade Pública Federal por Decreto de 17-08-98

Inscrição Municipal nº 17.775-0

CNPJ 51.864.619/0001-05

- Quando Alta, orientação para manutenção domiciliar, quando continuidade do tratamento, realizar justificativa a SMS via prontuário do paciente, e quando encaminhado à terapia em grupo, justificar em prontuário e realizar o encaminhamento. Procedimento não SUS Orientação e encaminhamento.

5 Etapa: tempo de duração: média de 6 meses a 1 ano dependendo da complexidade.

- Inicia-se nova proposta terapêutica com mudança ou não na conduta, essa etapa é direcionada principalmente a pacientes crônicos em fase aguda ou pacientes com patologias mais complexas realizando novas avaliações a cada 10 procedimentos. Após esse período conseguindo uma estabilização do quadro o paciente é encaminhado para o tratamento em grupo ou quando bem estável ALTA com orientações. (Procedimento SUS)

7.1.1 PROGRAMA FISIOTERAPIA PARA DRENAGEM LINFÁTICA

Atender em média 35 pacientes/mês, desenvolvendo ações de tratamento na área de Fisioterapia e suas comorbidades, de acordo com o seguinte protocolo:

PATOLOGIAS: Vasculares, e secundários a CA

Atendimento: 1 profissional FISIOTERAPEUTA

7.1.2 Etapas do Tratamento

1ª Etapa: Acolhimento e avaliação diagnóstica do paciente Pela fisioterapeuta responsável pela avaliação.

2ª Etapa: Inserção do paciente na modalidade de tratamento adequada ao seu perfil e necessidades. Nessa segunda etapa o paciente é inserido no setor da ortopedia especificamente na sala própria para drenagem linfática, manual ou mecânica dependendo da proposta recebendo orientações da sua patologia e da finalidade do aparelho, como proceder em domicilio orientação de posicionamento do membro, quando estiver fazendo uso de meias ou luvas de compressão faz a orientação de como utilizar de maneira correta a modo que seja satisfatório para a boa evolução.

3ª Etapa: Execução do atendimento proposto pelas fisioterapeutas responsáveis pelo setor e análise para terapias complementares quando necessário, como por exemplo terapia.



CENTRO DE REABILITAÇÃO JUNDIAÍ

Reconhecido como de Utilidade Pública Federal por Decreto de 17-08-98
Inscrição Municipal nº 17.775-0
CNPJ 51.864.619/0001-85

ocupacional, ou intervenção da psicologia ou assistente social para o paciente ou família (Cuidador).

4º Etapa: A cada 10 sessões realizadas o paciente é reavaliado pela própria profissional que prestou o atendimento, averiguando a necessidade de continuar o tratamento ou orientação de alta com encaminhamento ao médico responsável.

5º Etapa: Para os pacientes que necessitaram de mais atendimento realiza-se nova proposta terapêutica ou mantém a mesma conduta. Preparando para alta

7.1.3 Operacionalização

1ª Etapa: tempo de duração – 1 dia

- Avaliação diagnóstica - 1 fisioterapeuta, com estimativa de 15 minutos por avaliação, procedimentos SUS

2ª Etapa: tempo de duração – 1 dia

- Quantidade de terapias 01 primeiro atendimento pela profissional especializada do setor da ortopedia. Procedimento SUS

- Quantidade de orientação 01, pela mesma profissional responsável do setor 01 Procedimento não SUS

3ª Etapa: tempo de duração – até 2 meses

- Paciente receberá atendimento específico, de até 30 sessões Procedimentos SUS
- Encaminhamento interno para avaliação de outros profissionais quando necessário.

4ª Etapa: tempo de duração – 1 dia

Reavaliação pela profissional do paciente segundo seu quadro inicial e após término de 10 (01 sessão). Procedimento SUS

- Decisão de alta ou necessidade de continuar o tratamento.

5ª Etapa: tempo de duração: média de 2 meses

- Inicia-se nova proposta terapêutica com mudança ou não na conduta, essa etapa é direcionada principalmente a pacientes crônicos ou pacientes que vem evoluindo satisfatoriamente e necessitam de um tempo maior para que se



CENTRO DE REABILITAÇÃO JUNDIAÍ

Reconhecido como de Utilidade Pública Federal por Decreto de 17-08-98

Inscrição Municipal nº 17.775-0

CNPJ 51.864.619/0001-85

alcance um excelente resultado, com previsão de ALTA Orientada. Procedimento SUS

7.1.1 PROGRAMA DE ENCAMINHAMENTO PARA TERAPIAS DE APOIO MULTIPROFISSIONAL (Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicologia e Assistência Social)

Atender em média 40 pacientes/mês, em cada área desenvolvendo ações de tratamento e acompanhamento das patologias e suas comorbidades, de acordo com o seguinte protocolo:

7.1.2 Etapas do Tratamento

1ª Etapa: Acolhimento e avaliação diagnóstica do paciente pela profissional responsável pelo setor

2ª Etapa: Inserção do paciente na modalidade de tratamento adequada ao seu perfil e necessidades. Nessa segunda etapa o paciente é inserido no setor de terapia complementar, onde é realizada uma proposta de atendimento de acordo com a avaliação, o profissional prestará informações a família sobre as condições do paciente respondendo a questões de dúvidas ou esclarecimentos. Realizará orientações de como os mesmos (cuidador ou paciente), podem colaborar com a evolução do tratamento com exercícios e adaptações domiciliares.

3ª Etapa: Execução do atendimento proposto pela profissional responsáveis do setor, com os objetivos de minimizar o risco de complicações, contribuir com a equipe multiprofissional e restabelecer a capacidade do paciente, proporcionando maior bem e condições favoráveis as AVDs (Atividades da Vida Diária)

4ª Etapa: A cada 10 sessões realizadas o paciente é reavaliado pela própria profissional que prestou o atendimento, averiguando a necessidade de continuar o tratamento ou orientação de alta encaminhada ao médico ou não. Podendo ficar em gerenciamento ou seja, recebendo orientação da profissional por períodos estabelecidos pela mesma. (A cada nova orientação entraria no modo avaliação)



CENTRO DE REABILITAÇÃO JUNDIAÍ

Reconhecimento como de Unidade Pública Federal por Decreto de 17-08-98

Inscrição Municipal nº 17.775-0

CNPJ 51.864.619/0001-65

5ª Etapa: Para os pacientes que necessitaram de mais atendimento realiza-se nova proposta terapêutica ou mantém a mesma conduta. Preparando para alta

7.1.3 Operacionalização:

1ª Etapa: tempo de duração - 1 dia

- Avaliação diagnóstica - com estimativa de 30 minutos por avaliação

2ª Etapa: tempo de duração - 1 dia

- Quantidade de terapias 01 primeiro atendimento pela profissional especializada do setor Utilizando do procedimento SUS

- Quantidade de orientação 01, pela mesma profissional responsável do setor 01 Procedimento não SUS

3ª Etapa: tempo de duração - até 4 meses

- Paciente receberá atendimento específico, de até 30 sessões Procedimentos SUS

4ª Etapa: tempo de duração - 1 dia

Reavaliação pela profissional do paciente segundo seu quadro inicial e após término de 10/30 sessões (01 sessão)

- Decisão de alta ou necessidade de continuar o tratamento.

5ª Etapa: tempo de duração: média de 4 meses

- Inicia-se nova proposta terapêutica com mudança ou não na conduta, essa etapa é direcionada principalmente a pacientes crônicos ou pacientes que vem evoluindo satisfatoriamente e necessitam de um tempo maior para que se alcance um excelente resultado, com previsão de ALTA Orientada. Procedimento SUS

ASSISTÊNCIA SOCIAL Atendimento prestado a pacientes e Familiares, dependendo da necessidade.

PSICOLOGIA Conforme necessidade, paciente ou família receberá atendimento e orientação pelo tempo que a profissional achar necessário, visando a melhoria da reabilitação e ou



CENTRO DE REABILITAÇÃO JUNDIAÍ

Reconhecido como de Utilidade Pública Federal por Decreto de 17-08-98
Inscrição Municipal nº 17.775-0
CNPJ 51.854.619/0001-95

adaptação do paciente principalmente os pacientes atendidos pela neurologia ou nos casos de pacientes que sofreram politraumas com graves sequelas e irão passar por um período longo na reabilitação e adaptação

ATENDIMENTO EM GRUPO PARA PACIENTES CRÔNICOS

GRUPOS PACIENTES CRÔNICOS DA NEUROLOGIA

Atualmente com base nos pacientes do CRJ teriam que ser formados 2 grupos com 1 ou 2 atendimentos semanais - média 25 pacientes (16 TERAPIAS EM GRUPO/MÊS)

GRUPOS PACIENTES CRÔNICOS DE JOELHO

Atualmente com base nos pacientes do CRJ teria que ser formado 1 grupo com 2 atendimentos semanais - média 10 pacientes (08 TERAPIAS MÊS)

GRUPOS PACIENTES CRÔNICOS DE COLUNA

Atualmente com base nos pacientes do CRJ teria que ser formado 1 grupo com 2 atendimentos semanais - média 15 pacientes (08 TERAPIAS MÊS)

GRUPOS PACIENTES CRÔNICOS DE POLIALGIA

Atualmente com base nos pacientes do CRJ teriam que ser formados 2 grupos com 2 atendimentos semanais - média 20 pacientes (16 TERAPIAS MÊS)

GRUPOS PACIENTES CRÔNICOS DA RESPIRATÓRIA

Atualmente com base nos pacientes do CRJ teria que ser formado 1 grupo com 2 atendimentos semanais - média 10 pacientes (8 TERAPIAS MÊS)

GRUPOS PACIENTES EM ATENDIMENTO NAS TERAPIAS COMPLEMENTARES (Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicologia e Assistência Social) (8 terapias mês)

Como exemplo:

| MODALIDADE | EQUIPE | PROCEDIMENTOS/MÊS | QUANTIDADE/MÊS |
|-----------------------|---|--------------------------|---|
| Avaliação diagnóstica | Fisioterapia, Fonoaudiologia Terapia Ocupacional. Psicologia Assistência Social | Consulta nível superior, | 385 atendimentos de profissional nível Superior |
| Reavaliações | A cada 30 sessões | consulta nível superior, | 107 atendimentos médios |
| Inserção ao | Fisioterapia, | Orientação familiar pelo | 321 Atendimentos |



CENTRO DE REABILITAÇÃO JUNDIAÍ

Reconhecido como de Utilidade Pública Federal por Decreto de 17-08-98

Inscrição Municipal nº 17.775-0

CNPJ 51.864.619/0001-85

| | | | |
|------------------------|--|---|------------------------|
| tratamento | | fisioterapia | |
| Inserção ao tratamento | Fonoaudiologia | Orientação familiar pelo fonoaudiólogo | 08 atendimentos |
| Inserção ao tratamento | Terapia Ocupacional | Orientação familiar pelo Terapeuta Ocupacional | 08 atendimentos |
| Inserção ao tratamento | Psicologia | Orientação familiar pelo psicólogo | 08 atendimentos |
| Inserção ao tratamento | Assistência Social | Orientação familiar e acompanhamento pela Assistente Social | 10 atendimentos |
| Terapêutica | FISIOTERAPIA | Atendimento específico em fisioterapia/acompanhamento Orientação familiar | 7300 atendimentos |
| Terapêutica | FONDAUDIOLOGIA | Atendimento/acompanhamento Orientação familiar | 145 atendimentos |
| Terapêutica | TERAPIA OCUPACIONAL | Atendimento/acompanhamento Orientação familiar | 158 atendimentos |
| Terapêutica | PSICOLOGIA | Consulta nível superior - Psicologia/Acompanhamento Orientação familiar | 330 Atendimentos |
| Terapêutica | ASSISTÊNCIA SOCIAL | Consulta nível superior Orientação familiar | 211 Atendimentos |
| Programa de manutenção | Multidisciplinar Fisioterapia, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional, Psicologia e Assistência Social | Grupos | 64 Atendimentos/grupos |

8. PROPOSTA ORÇAMENTÁRIA

A entidade deverá detalhar a proposta orçamentária para manutenção dos serviços propostos, considerando-se os ANEXOS I e II - METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS.



CENTRO DE REABILITAÇÃO JUNDIAÍ

Reconhecido como de Utilidade Pública Federal por Decreto de 17-08-98

Inscrição Municipal nº 17.775-0

CNPJ 51.864.619/0001-85

9. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO PREFEITURA

| METAS | VALOR MENSAL do DESEMBOLSO | | | | | | | | | | | |
|---------------|----------------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
| | 1ª parcela | 2ª parcela | 3ª parcela | 4ª parcela | 5ª parcela | 6ª parcela | 7ª parcela | 8ª parcela | 9ª parcela | 10ª parcela | 11ª parcela | 12ª parcela |
| QUANTITATIVAS | R\$ 56.545,89 | R\$ 56.545,89 | R\$ 56.545,89 | R\$ 56.545,89 | R\$ 56.545,89 | R\$ 56.545,89 | R\$ 56.545,89 | R\$ 56.545,89 | R\$ 56.545,89 | R\$ 56.545,89 | R\$ 56.545,89 | R\$ 56.545,89 |
| QUALITATIVAS | R\$ 10.000,00 | R\$ 10.000,00 | R\$ 10.000,00 | R\$ 10.000,00 | R\$ 10.000,00 | R\$ 10.000,00 | R\$ 10.000,00 | R\$ 10.000,00 | R\$ 10.000,00 | R\$ 10.000,00 | R\$ 10.000,00 | R\$ 10.000,00 |

10. PREVISÃO DE INÍCIO E FIM DA EXECUÇÃO DO OBJETO, BEM COMO DA CONCLUSÃO DAS ETAPAS E FASES PROGRAMADAS.

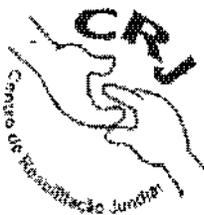
Ações e serviços de natureza contínua tendo o presente Plano Operativo a vigência de 12 meses com início a partir da assinatura do convênio.

11. CRITÉRIO DE APURAÇÃO DOS VALORES A SEREM REPASSADOS QUANTO AO CUMPRIMENTO DAS METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS

As METAS QUANTITATIVAS correspondem ao volume esperado de procedimento SUS para aplicação dos protocolos propostos no plano de trabalho. Para recebimento do valor global da META QUANTITATIVA, referente ao volume de procedimentos SUS, a entidade deverá apresentar mensalmente produção SIA/SUS entre 90% e 100% dos procedimentos SUS do quadro ANEXO I.

As METAS QUALITATIVAS correspondem às ações desenvolvidas pela entidade, visando a qualificação do atendimento oferecido, de forma que a torne referência na área em que atue. Para recebimento do valor global da META QUALITATIVA, a entidade deverá apresentar os resultados previstos entre 90% e 100% no quadro ANEXO II.

Caso a entidade não atinja pelo menos 90% das METAS QUANTITATIVAS e 90% das METAS QUALITATIVAS, por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados, no período de vigência do convênio, passará a receber valor proporcional ao percentual demonstrado por um período máximo de 3 (três) meses, prazo em que deverá apresentar nova proposta de Plano de Trabalho.



CENTRO DE REABILITAÇÃO JUNDIAÍ

Reconhecido como de Utilidade Pública Federal por Decreto de 17-08-98

Inscrição Municipal nº 17.775-0

CNPJ 51.864.619/0001-85

METAS QUANTITATIVAS - ANEXO I

| PROCEDIMENTO | DESCRIÇÃO | QUANTIDADE ESTIMADA | VALOR SUS | VALOR TETO ESTIMADO |
|--------------|--|---------------------|-----------|---------------------|
| 030101004-8 | Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada | 1771 | R\$ 6,30 | R\$ 11.157,30 |
| 030101007-2 | Consulta médica na atenção especializada | 90 | R\$ 10,00 | R\$ 900,00 |
| 030107009-1 | Atendimento em oficina terapêutica II p/ portador de necessidades especiais. | 64 | R\$ 25,24 | R\$ 1.615,36 |
| 030201002-5 | Atendimento fisioterapêutico em pacientes c/ disfunções uroginecológicas. | 7897 | R\$ 4,67 | R\$ 42.873,23 |
| 030202001-2 | Atendimento fisioterapêutico de pacientes com cuidados paliativos. | | R\$ 6,35 | |
| 030202003-9 | Atendimento terapêutico em paciente no pré e pós cirurgia oncológica. | | R\$ 6,35 | |
| 030204001-3 | Atend. Fisiot. em pactes com transtorno respiratório com complicações sistêmicas | | R\$ 6,35 | |
| 030204002-1 | Atend. Fisiot. em pacies com transtorno respiratório sem complicações sistêmicas | | R\$ 4,67 | |
| 030204003-0 | Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtorno clínico cardiovascular | | R\$ 4,67 | |
| 030204004-8 | Atendimento fisioterapêutico em paciente pré/pós cirurgia cardiovascular | | R\$ 6,35 | |
| 030204005-6 | Atendimento Fisioterapêutico nas disfunções Vasculares Periféricas | | R\$ 4,67 | |
| 030205001-9 | Atend. Fisioterapêutico em pacientes Pré e pós operatório na disfunções esqueléticas | | R\$ 6,35 | |
| 030205002-7 | Atendimento Fisioterapêutico nas Alterações Motoras | | R\$ 4,67 | |



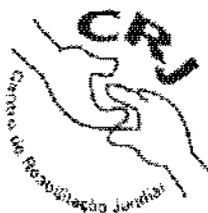
CENTRO DE REABILITAÇÃO JUNDIAÍ

Reconhecido como de Utilidade Pública Federal por Decreto de 17-08-98

Inscrição Municipal nº 17.775-0

CNPJ 51.864.619/0001-85

| | | |
|--|--|----------------------|
| 030206001-4 | Atendimento fisioterapêutico em paciente c/ distúrbios neuro-cinético-funcionais s/ complicações sistêmicas. | R\$ 4,67 |
| 030206002-2 | Atend. Fisioterapêutico em Pactes Com Distúrbios Neuro-cinético-funcionais c/ complicação sistêmica | R\$ 6,35 |
| 030206003-0 | Atendimento fisioterapêutico nas desordens do desenvolvimento neuro motor. | R\$ 4,67 |
| 030206004-9 | Atendimento fisioterapêutico em paciente c/ comprometimento cognitivo. | R\$ 6,35 |
| 030206005-7 | Atendimento fisioterapêutico em paciente no pré/pós-operatório de neurocirurgia. | R\$ 6,35 |
| 030207003-6 | Atendimento fisioterapêutico em paciente com sequelas por queimaduras (médio e grande queimados). | R\$ 4,67 |
| TETO FINANCEIRO DAS METAS QUANTITATIVAS | | R\$ 56.545,89 |



CENTRO DE REABILITAÇÃO JUNDIAÍ

Reconhecido como de Utilidade Pública Federal por Decreto de 17-08-98

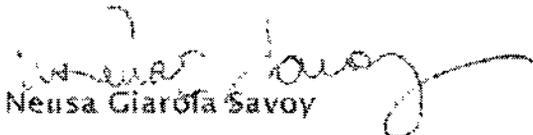
Inscrição Municipal nº 17.775-0

CNPJ 51.864.619/0001-85

METAS QUALITATIVAS - ANEXO II

| OBJETIVO | METAS | pontos | VALOR ESTIMADO | VALOR CONTRAPARTIDA |
|---|--|-----------|------------------|---------------------|
| Qualidade das informações | Informe da produção realizada. | 1 | R\$ 10.000,00 | R\$ 1.921,30 |
| | Envio de informações contábeis e financeiras | 1 | | |
| | Adesão ao programa de acompanhamento financeiro da SMF | 1 | | |
| Cumprimento das metas estabelecidas pelos indicadores | Apresentação de relatório profissional de acompanhamento e evolução dos pacientes em tratamento. | 1 | | |
| | Atendimento aos familiares dos paciente SUS conforme proposto. | 1 | | |
| | Utilização e manutenção do Sistema on line disponibilizado pela Regulação /SMS. | 1 | | |
| | Utilização de processo de comunicação interna e externa para receber, registrar e tratar as queixas de clientes. | 1 | | |
| | Ações de prevenção para redução de absenteísmo no tratamento. | 1 | | |
| | Ações de Humanização | 1 | | |
| | Reunião mensal técnica para discussão de caps | 1 | | |
| | Ações profissionais de enfermagem | 1 | | |
| TOTAL | | 11 | | |

Jundiaí, 22 de maio de 2013


 Neusa Giarófa Savoy

Presidente

**ANEXO I – CENTRO DE REABILITAÇÃO
METAS QUANTITATIVAS PARA REPASSE DE RECURSO**

| PROCEDIMENTO | DESCRIÇÃO | QUANTIDADE ESTIMADA | VALOR SUS | VALOR TETO ESTIMADO |
|--------------|---|---------------------|-----------|---------------------|
| 030101004-8 | Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada | 1771 | R\$ 6,30 | R\$ 11.157,30 |
| 030101007-2 | Consulta médica na atenção especializada | 90 | R\$ 10,00 | R\$ 900,00 |
| 030107009-1 | Atendimento em oficina terapêutica II p/ portador de necessidades especiais. | 64 | R\$ 25,24 | R\$ 1.615,36 |
| 030201002-5 | Atendimento fisioterapêutico em pacientes c/ disfunções uroginecológicas. | 7897 | R\$ 4,67 | R\$ 42.873,23 |
| 030202001-2 | Atendimento fisioterapêutico de pacientes com cuidados paleativos. | | R\$ 6,35 | |
| 030202003-9 | Atendimento terapêutico em paciente no pré e pós cirurgia oncológica. | | R\$ 6,35 | |
| 030204001-3 | Atend Fisiot. em pactes com transtorno respiratório com complicações sistêmicas | | R\$ 6,35 | |
| 030204002-1 | Atend Fisiot. em pactes com transtorno respiratório sem complicações sistêmicas | | R\$ 4,67 | |
| 030204003-0 | Atendimento fisioterapêutico em paciente com transtorno clínico cardiovascular | | R\$ 4,67 | |
| 030204004-8 | Atendimento fisioterapêutico em paciente pré/pós cirurgia cardiovascular | | R\$ 6,35 | |
| 030204005-6 | Atendimento Fisioterapêutico nas disfunções Vasculares Periféricas | | R\$ 4,67 | |
| 030205001-9 | Atend. Fisioterapêutico em pacientes Pré e pós operatório na disfunções esqueléticas | | R\$ 6,35 | |
| 030205002-7 | Atendimento Fisioterapêutico nas Alterações Motoras | | R\$ 4,67 | |
| 030206001-4 | Atendimento fisioterapêutico em paciente c/ dist-úrbios neuro-cinético-funcionais s/ complicações sistêmicas. | | R\$ 4,67 | |
| 030206002-2 | Atend. Fisioterapêutico em Pactes Com Distúrbios Neuro-cinético-funcionais c/ complicação sistêmica | | R\$ 6,35 | |

J

| | | |
|--|---|----------------------|
| 030206003-0 | Atendimento fisioterapêutico nas desordens do desenvolvimento neuro motor. | R\$ 4,67 |
| 030206004-9 | Atendimento fisioterapêutico em paciente c/ comprometimento cognitivo. | R\$ 6,35 |
| 030206005-7 | Atendimento fisioterapêutico em paciente no pré/pós-operatório de neurocirurgia. | R\$ 6,35 |
| 030207003-6 | Atendimento fisioterapêutico em paciente com sequelas por queimaduras (médio e grande queimados). | R\$ 4,67 |
| TETO FINANCEIRO DAS METAS QUANTITATIVAS | | R\$ 56.545,89 |

METAS QUALITATIVAS PARA REPASSE DE RECURSO

| OBJETIVO | METAS | pontos | VALOR ESTIMADO |
|---|--|-----------|----------------|
| Qualidade das informações | Informe da produção realizada. | 1 | R\$ 10.000,00 |
| | Envio de informações contábeis e financeiras. | 1 | |
| | Adesão ao programa de acompanhamento financeiro da SMF | 1 | |
| Cumprimento das metas estabelecidas pelos indicadores | Apresentação de relatório profissional de acompanhamento e evolução dos pacientes em tratamento. | 1 | |
| | Atendimento aos familiares dos paciente SUS conforme proposto. | 1 | |
| | Utilização e manutenção do Sistema on line disponibilizado pela Regulação /SMS. | 1 | |
| | Utilização de processo de comunicação interna e externa para receber, registrar e tratar as queixas de clientes. | 1 | |
| | Ações de prevenção para redução de absenteísmo no tratamento. | 1 | |
| | Ações de Humanização | 1 | |
| | Reunião mensal técnica para discussão de caos | 1 | |
| Ações profissionais de enfermagem | 1 | | |
| TOTAL | | 11 | |

CRITÉRIO DE APURAÇÃO DOS VALORES A SEREM REPASSADOS QUANTO AO CUMPRIMENTO DAS METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS

As METAS QUANTITATIVAS correspondem ao volume esperado de procedimentos SUS para aplicação dos protocolos propostos no plano de trabalho. Para recebimento do valor global da META QUANTITATIVA, referente ao volume de procedimentos SUS, a entidade deverá apresentar mensalmente produção SIA/SUS entre 90% e 100% dos procedimentos do quadro ANEXO I.

As METAS QUALITATIVAS correspondem às ações desenvolvidas pela entidade, visando a qualificação do atendimento oferecido, de forma que a torne referência na área em que atua. Para recebimento do valor global da META QUALITATIVA, a entidade deverá apresentar os resultados previstos entre 90% e 100% no quadro ANEXO I.

Caso a entidade não atinja pelo menos 90% das METAS QUANTITATIVAS e 90% das METAS QUALITATIVAS, por 2 (dois) meses consecutivos ou 3 (três) meses alternados, no período de vigência do convênio, passará a receber valor proporcional ao percentual demonstrado por um período máximo de 03 (três) meses, prazo em que deverá apresentar nova proposta de Plano de Trabalho.



ANEXO II PRESTAÇÃO DE CONTAS

1. Compete a Conveniada:

- 1.1. Proceder à abertura de conta corrente específica p/ o recurso recebido em bancos oficiais;
- 1.2. Pagamento somente com cheques, inadmissível saque para pagamento em dinheiro;
- 1.3. É vetada a utilização dos recursos transferidos em finalidade diversa da pactuada;
- 1.4. Quando mercadorias/serviços forem contratadas servindo a outras finalidades além do objeto conveniado, emitir duas NFs ou uma nota fiscal, segregando despesas específicas do convênio;
- 1.5. A entidade deverá abrir um processo com as prestações de contas ordenado por data, de todos os gastos realizados no período de vigência, comprovando a utilização do recurso recebido do ente Federal, Estadual ou Municipal;
- 1.6. Haverá disponibilização de calendário, para o representante da Entidade, apresentar a evolução da execução orçamentária abrangendo aspecto financeiro associado às variáveis quantitativas de atendimento.

2. DEMONSTRAÇÕES CONTÁBEIS E FINANCEIRAS:

2.1. Deverá ser mensalmente elaborado pela Conveniada e apresentado trimestral a seguinte documentação:

- 2.1.1. Balanço Patrimonial
- 2.1.2. Demonstração de Resultado
- 2.1.3. Demonstração das Mutações do Patrimônio Social
- 2.1.4. Demonstração do Fluxo de Caixa;
- 2.1.5. Cópia de extratos bancários/aplicações financeiras das contas específicas do ente Federal, Estadual e Municipal.
- 2.1.6. Relatórios administrativos mensais de acompanhamento da execução do orçamento da DEMONSTRAÇÃO DE RESULTADO
- 2.1.7. Relatórios analíticos contendo todos os registros de atendimento realizado x planejado.

3

3. DOCUMENTOS FISCAIS PARA COMPROVAÇÃO DE DESPESA:

3.1. Para a comprovação da despesa serão aceitos os seguintes documentos fiscais:

3.1.1. Tratando-se de Nota Fiscal, observar:

- a) Nome da entidade;
- b) Discriminação Individualizada das mercadorias/serviços adquiridos;
- c) Sem rasuras;
- d) Data e valor.

3.1.2. Tratando-se de Cupom Fiscal, observar:

- a) CNPJ da entidade;
- b) Discriminação Individualizada das mercadorias adquiridas;
- c) Data e valor.

3.1.3. Tratando-se de Recibo, observar:

- a) Nome completo do prestador;
- b) CPF, RG;
- c) Endereço;
- d) Especificação detalhada do serviço prestado;
- e) Data e assinatura;
- f) Número de inscrição na Prefeitura (ISS) ou cópia de recolhimento de ISS eventual.,
- g) Recolhimento do INSS, Parte empregado, através de GPS

3.1.4. Tratando-se de Folha de Pagamento, observar:

- a) Competência;
- b) Nome completo dos funcionários;
- c) CPF, RG;
- d) Cargo e Função;
- e) Valores e data;
- f) Memória de cálculo e comprovantes de recolhimento de INSS e FCTS correspondentes ao mês de competência da folha apresentada.
- g) Guia de protocolo da Previdência Social.

3.1.5. Tratando-se de Documento Público (pagamentos de impostos e taxas) :

- a) Devidamente autenticados pelo Banco

CHECK LIST
DOCUMENTAÇÃO NECESSÁRIA PARA PRESTAÇÃO DE CONTAS

- () I - certidão indicando os nomes dos responsáveis pela fiscalização da execução do convênio e respectivos períodos de atuação;
- () II - certidão contendo os nomes dos dirigentes e conselheiros da conveniada e respectivos períodos de atuação;
- () -ata que constituiu a atual diretoria, acompanhada de Declaração quanto ao período de atuação dos respectivos membros;
- () -Atestado de Funcionamento emitido por autoridade pública Estadual ou Federal, residente no município;
- () -Cópia de todos os comprovantes de despesas, devidamente autenticados (carimbo se confere com original), e já tendo sido as originais identificadas como daquele convênio (carimbo antes da cópia);
- () III - relatório anual da conveniada sobre atividades desenvolvidas com os recursos próprios e as verbas públicas repassadas;
- () IV - relatório sobre execução do objeto do convênio contendo comparativo entre as metas propostas e os resultados alcançados;
- () V- demonstrativo integral das receitas e despesas computadas por fontes de recurso e por categorias ou finalidades dos gastos, aplicadas no objeto do convênio, conforme modelo contido no Anexo 17 fornecido pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo;
- () VI- regulamento para contratação de obras e serviços, bem como para compras com emprego de recursos financeiros repassados à conveniada;
- relação da despesa efetuada;
- () VII - relação dos contratos, convênios e respectivos aditamentos, firmados com a utilização de recursos públicos administrados pela conveniada para os fins estabelecidos no convênio, contendo: tipo e número do ajuste; nome do contratado ou conveniado; data; objeto; vigência; valor e condições de pagamento;
- () VIII - conciliação bancária do mês de dezembro da conta corrente específica aberta em instituição financeira oficial, indicada pelo órgão público conveniente, para movimentação dos recursos do convênio;
- () IX - publicação do Balanço Patrimonial da conveniada, do exercício encerrado e anterior;
- () X - demais demonstrações contábeis e financeiras da conveniada;
- () XI - certidão expedida pelo Conselho Regional de Contabilidade -CRC, comprovando a habilitação profissional dos responsáveis por balanços e demonstrações contábeis;
- () XII - parecer e relatório de auditoria das entidades beneficentes de assistência social, nos termos dos artigos 2º e 4º a 6º do Decreto Federal nº 2.536, de 06/04/98;

() XIII - Parecer conclusivo elaborado nos termos do artigo 370 (DAS DISPOSIÇÕES FINAIS), da Instrução Normativa 02/2008 do TCESP.

§ 1º - Os documentos previstos nos incisos I a XIII serão remetidos acompanhados de ofício, assinado pelo responsável, identificando o convênio a que se referem.

§ 2º - Remetida a documentação prevista no inciso VI deste artigo, nos exercícios seguintes serão enviadas apenas as alterações ocorridas ou declaração nesse sentido.

§ 3º - Os documentos originais de receitas e despesas referentes à comprovação da aplicação dos recursos próprios e os de origem pública, vinculados a convênio, e depois de contabilizados, ficarão arquivados na entidade conveniada, à disposição desta PMJ e dos órgãos competentes.

§ 4º - Toda a documentação referente ao ajuste e à prestação de contas, explicitada nesta Seção, também se aplica aos convênios firmados com valor inferior ao de remessa, devendo permanecer à disposição da PMJ e dos órgãos competentes.

() - anexar à prestação de contas, Certidão Negativa de Débito dos encargos trabalhistas.

J