EDITAL DE CREDENCIAMENTO n. 02/2017- PENSÃO ESPECIAL ESTADUAL À PESSOA COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL GRAVE

A **FUNDAÇÃO CATARINENSE DE EDUCAÇÃO ESPECIAL- FCEE**, pessoa jurídica de direito público, órgão da administração indireta do Estado de Santa Catarina, inscrita no CNPJ sob o n. 83.900.522/0001-77, com sede na Rua Paulino Pedro Hermes, 2785, Bairro Nossa Senhora do Rosário, São José-SC, CEP 88.108-900, de acordo com o seu Estatuto, por intermédio da **DIRETORIA DE ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO - DEPE, DA GERÊNCIA DE PESQUISA E CONHECIMENTOS APLICADOS-GEPCA E DO CENTRO DE AVALIAÇÃO E ENCAMINHAMENTO - CENAE**, torna público que estão abertas as inscrições para o **CREDENCIAMENTO DE INSTITUIÇÕES ESPECIALIZADAS**, na forma estabelecida por este edital, para integrar o **CADASTRO DAS INSTITUIÇÕES AUTORIZADAS PARA CONCESSÃO DE BENEFÍCIO DE PENSÃO ESPECIAL ESTADUAL À PESSOA COM DEFICIÊNCIA INTELECTUAL GRAVE - ANO 2017/2022**.

1. CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. Este edital tem por objeto o **Credenciamento de Instituições Especializadas** no atendimento de pessoas com Atraso Global do Desenvolvimento, Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro Autista em Santa Catarina para integrar o **Cadastro das Instituições Autorizadas para Concessão do Benefício de Pensão Especial Estadual à pessoa com deficiência intelectual grave - Ano 2017/2022.**

1.2. Com a inclusão nominal no Cadastro, as entidades credenciadas serão as únicas autorizadas pela FCEE, no Estado de Santa Catarina, a emitir o laudo diagnóstico multidisciplinar, consoante a legislação vigente, para fins de concessão do benefício da Pensão Especial Estadual à pessoa com deficiência intelectual grave durante o período de 01 de outubro de 2017 a 30 de setembro de 2022 de acordo com o Decreto n. 1.962 de 17 de janeiro de 2014, Decreto n. 2.049 de 24 de fevereiro de 2014 e Lei n. 17.201/2017.

2. CLÁUSULA SEGUNDA – DOS REQUISITOS PARA PARTICIPAÇÃO

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

2.2. O objeto social das instituições especializadas a participarem do credenciamento devem ter como fim o atendimento a pessoas com Atraso Global do Desenvolvimento, Deficiência Intelectual e Transtorno do Espectro Autista;

3. CLÁUSULA TERCEIRA - DA INSCRIÇÃO

3.1. As Instituições interessadas poderão inscreve-se até os 08 (oito) meses anteriores ao termino da vigencia do presente edital e, poderão entregar pessoalmente os documentos abaixo ou enviá-los em envelope lacrado (via SEDEX, AR ou qualquer outro meio com comprovação de envio, com exceção de FAX ou email) para o seguinte endereço:

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

3.3. Relação de Documentos (Lei n. 13.019/2017 e Decreto n. 1.196/2017):

a) Fotocópia autenticada do Ato Constitutivo, Estatuto ou Contrato Social em vigor, apresentados na forma da lei, acompanhados da ata da eleição de seus administradores ou ato de nomeação;

b) Comprovante de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) com o comprovante de expedição de que a instituição tem mais de 03 (três) anos de funcionamento;

c) Fotocópia do Alvará de Funcionamento e Alvará da Vigilância Sanitária atualizados;

d) Fotocópia autenticada do Registro ou inscrição do profissional no órgão de classe (Conselho Regional da respectiva categoria profissional) do médico, do psicólogo e do assistente social que formará a equipe de expedição do laudo diagnóstico multidisciplinar;

e) Fotocópia do Diploma de graduação da equipe de expedição do laudo diagnóstico (médico, psicólogo e assistente social) e do título de especialista, se houver;

f) Cópia autenticada da Carteira de Identidade e do CPF da equipe composta pelo médico, psicólogo e assistente social;

g) Fotocópia de documento que comprove o vínculo de trabalho com a Instituição dos profissionais: médico, psicólogo e assistente social, formadores da equipe de expedição do laudo diagnóstico multidisciplinar;

h) Formulário de Credenciamento - ANEXO 1 deste Edital preenchido corretamente com as respectivas assinaturas, inclusive da Agência de Desenvolvimento Regional (ADR) da sua região;

i) Fotocópia da Carteira de Identidade e do CPF do presidente da instituição;

3.4. Serão consideradas habilitadas ao credenciamento as Instituições que apresentarem todos os documentos constantes no item 3.4, em situação regular, e em conformidade com as exigências contidas neste Edital.

4. CLÁUSULA QUARTA - DO RECURSO

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

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

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

4.3. O resultado do julgamento do recurso eventualmente interposto será comunicado pela Comissão de Credenciamento de Instituições para Concessão do Benefício de Pensão Especial Estadual por carta com AR, no prazo máximo de 15 dias, contados a partir da data de seu recebimento.

5. CLÁUSULA QUINTA - DAS CONDIÇÕES PARA FORMALIZAÇÃO DO ACORDO DE COOPERAÇÃO

5.1. As Instituições aprovadas para o credenciamento, nos termos deste Edital, serão informadas pela FCEE/DEPE, por meio de comunicação eletrônica, para assinatura do respectivo Acordo de Cooperação que também será encaminhado eletronicamente.

5.2. O referido Acordo de Cooperação deverá ser assinado em três (3) vias pelo(s) representante(s) legal e/ou Presidente das Instituições credenciadas e encaminhado por meio do correio de endereçamento postal para a FCEE, item 3.1.

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

6. CLÁUSULA SEXTA - DAS RESPONSABILIDADES DA FUNDAÇÃO

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

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

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

7. CLÁUSULA SÉTIMA- DAS RESPONSABILIDADES DA INSTITUIÇÃO

7.1. Cumprir as determinações do Decreto n. 1.962 de 17 de janeiro de 2014, do Decreto n. 2.049 de 24 de fevereiro de 2014, Lei n. 17.201/2017 e todas as orientações emanadas por resolução da Fundação Catarinense de Educação Especial e da Secretaria de Estado da Administração;

7.2. Avaliar a todos os beneficiários que procurarem a Instituição Credenciada para fins de concessão/recadastramento do benefício, vedada a restrição apenas aos usuários atendidos pela instituição a qual pertencem a equipe credenciada;

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

8. CLÁUSULA OITAVA - DA DENÚNCIA E RECISÃO

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

8.2. A exclusivo critério da FUNDAÇÃO, caso se verifique o não cumprimento ou cumprimento irregular das obrigações pela credenciada, poderá o Acordo de Cooperação ser rescindido.

9. CLÁUSULA NONA - DO PRAZO E DA VIGÊNCIA

9.1. O presente edital e o Acordo de Cooperação dele resultante vigorará até a data máxima de 30 de setembro de 2022, com vigência a contar a partir da data da publicação no D.O.E

10. CLÁUSULA DÉCIMA - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

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

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

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

10.4. Fica eleito o foro da Comarca de São José-SC, com prevalência sobre qualquer outro, para apreciação judicial de quaisquer questões resultantes deste Edital.

São Jose/ SC, 09 de outubro de 2017.

_____

Eliton Carlos Verardi Dutra
Presidente da FCEE

ANEXO 1

Credenciamento de Instituições para Concessão de Beneficio Pensão Especial Estadual à Pessoa com Deficiência intelectual grave

1. DADOS DA INSTITUIÇÃO:

Nome Fantasia:_____
Razão Social:_____
CNPJ: ____.____.____/_____-____ Telefone: (___) _____-_____ Celular: (___) _____-_____
Inscr. Estadual: _____ Inscr. Municipal: _____
Rua: _____ Bairro: _____ Nº: _____
Município: _____Estado: _____ CPF:_____._____._____-____
Recebe o Fundo Social atualmente? ( )Sim ( ) Não
ESPECIFICAÇÃO DA(S) ÁREA(S) DE ATUAÇÃO: ( ) Deficiência Auditiva ( ) Deficiência Intelectual ( ) Deficiência Visual ( ) Deficiência Física ( ) Autismo
E-mail: _____

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

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

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

MÉDICO:

Nome:_____CRM:_____Estado:_____
Vínculo com a Instituição: _____CPF:_____._____._____-____
Rua: _____ Nº: _____
Município: _____Estado: _____ CEP: _____
Email:_____**Assinatura:** _____

PSICÓLOGO:

Nome:_____CRP: _____Região_____
Vínculo com a Instituição: _____CPF:_____._____._____-____
Rua: _____ Nº: _____
Município: _____Estado: _____ CEP: _____
Email:_____**Assinatura:** _____

ASSISTENTE SOCIAL:

Nome: _____CRESS: _____Região_____
Vínculo com a Instituição: _____CPF:_____._____._____-____
Rua: _____ Nº: _____
Município: _____Estado: _____ CEP: _____
Email:_____**Assinatura:** _____

_____
Presidente da Instituição

_____
Integrador de Educação Especial e Diversidade
e/ou Responsável na Agência de Desenvolvimento Regional

3. DESPACHO:

Aprovo o credenciamento desta Instituição de Educação Especial, face o Decreto nº 1.962 de 17 de janeiro de 2014 e nº 2.049 de 24 de fevereiro de 2014 que regulamentam a Lei 16.063 de 24 de julho de 2013, consolidada pela lei n. 17.201/2017.

_____
Diretor de Ensino, Pesquisa e Extensão