



MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
SECRETARIA DE SAÚDE

TERMO DE ADITAMENTO SS Nº 005/2021 (QUARTO)
AO CONVÊNIO SS Nº 003/2019

Por este instrumento, as partes, de um lado, o MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, inscrito no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica do Ministério da Fazenda sob o nº 46.523.239/0001-47, neste ato representado pelo Secretário de Saúde, Dr. GERALDO REPLE SOBRINHO, de conformidade com o Decreto Municipal nº 20.312/2018, doravante denominado apenas CONVENENTE, e, de outro, a empresa FUNDAÇÃO PARA O ESTUDO E TRATAMENTO DAS DEFORMIDADES CRÂNIO-FACIAIS - FUNCRAF, com endereço na Av. Senador Flaquer, n.º 130, Vila Euclides, São Bernardo do Campo/SP, CEP:09725-440, inscrita no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica do Ministério da Fazenda sob o nº 50.844.794-0002-29, neste ato representado por sua Diretora Presidente, IRACEMA BAPTISTA JORGE, doravante denominada como CONVENIADA e considerando a instrução constante do Processo de Contratação nº 36809/2019, resolvem celebrar o presente aditamento, nos termos das cláusulas e condições a seguir discriminadas:

CLÁUSULA PRIMEIRA
DO OBJETO

1.1 - O objeto deste Termo de Aditamento é a prorrogação do prazo de vigência do **CONVÊNIO SS Nº 003/2019**, por mais um período de 12 (doze) meses consecutivos, com cláusula resolutiva, contados a partir do dia 01/11/2021, compreendendo o período de: **01/11/2021 a 01/11/2022**.

1.1.1 - O Plano de Trabalho que figurará no período de **01/11/2021 a 01/11/2022**, é parte integrante do **CONVÊNIO SS Nº 003/2019**.

1.2 - Essa prorrogação tem fundamento na Cláusula Nona do Convênio SS Nº 003/2019, bem como no inciso II, do artigo 57, da Lei Federal nº 8.666/93 e suas atualizações.

CLÁUSULA SEGUNDA
DA CONDIÇÃO RESOLUTIVA

2.1 - O presente Convênio será rescindido de pleno direito, a partir da data em que o MUNICÍPIO venha firmar novo instrumento contratual, que abranja o objeto deste, sem que caibam quaisquer indenizações às partes, senão aquelas devidas até a data da efetiva ação e atividade deste Convênio.

CLÁUSULA TERCEIRA
DOS RECURSOS FINANCEIROS E DAS DOTAÇÕES

3.1 - As despesas com a presente prorrogação de prazo de vigência estão estimadas na ordem de R\$ **4.800.223,68** (Quatro milhões, oitocentos mil, duzentos e vinte e três reais e sessenta e oito centavos), os quais, correrão por conta da dotação orçamentária nº **09.092.3.3.90.39.50.10.302.0012.2225.05**, neste exercício e no próximo das dotações correspondentes, sem prejuízos das demais dotações constantes dos termos firmados anteriormente.



MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
SECRETARIA DE SAÚDE

3.2 - O desembolso financeiro deverá ocorrer de acordo com o Cronograma de Desembolso, observando-se as regras estabelecidas no Plano de Trabalho.

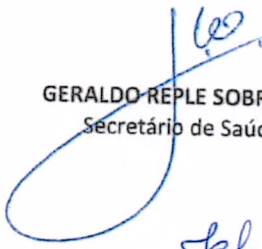
3.3 - O valor atualizado do CONVENIO SS Nº 003/2019 é de R\$ 14.600.246,84 (Catorze milhões, seiscentos mil, duzentos e quarenta e seis reais e oitenta e quatro centavos).


CLÁUSULA QUARTA
DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

4.1 - Ficam mantidas as demais cláusulas, termos, regras e condições do Convênio aditado, desde que não conflitantes com o presente instrumento que, para todos os efeitos e fins de direito, passa a integrar aquela avença.

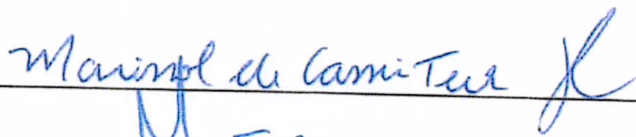
4.2 - E, por se acharem justos e acordados, depois de lido e achado conforme, é assinado o presente instrumento pelas partes supra e testemunhas abaixo, dele sendo extraídas 02 (duas) vias de igual teor e forma, para um único efeito.

São Bernardo do Campo, 25 / 10 /2021.

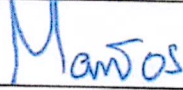

GERALDO REPLE SOBRINHO
Secretário de Saúde


FUNDAÇÃO PARA O ESTUDO E TRATAMENTO DAS
DEFORMIDADES CRÂNIO-FACIAIS - FUNCRAF
IRACEMA BAPTISTA JORGE
Diretora Presidente

Testemunha 01



Testemunha 02





MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
Secretaria de Saúde

PLANO OPERATIVO - 01/11/2021 a 01/11/2022

I. INTRODUÇÃO

O presente Plano Operativo é parte integrante do Termo de Convênio SS Nº 003/2019 celebrado entre a Secretaria Municipal de Saúde de São Bernardo do Campo e a Fundação para o Estudo e Tratamento das Deformidades Crânio-Faciais - FUNCRAF.

II. CONSIDERAÇÕES GERAIS

Este Plano Operativo foi construído pelo Gestor Municipal de Saúde com a participação da FUNCRAF e tem por objetivo definir as metas quantitativas e qualitativas a serem atingidas, assim como os indicadores de desempenho a serem monitorados para acompanhamento e avaliação da efetividade do convênio celebrado entre as partes.

III. DA MISSÃO INSTITUCIONAL

Razão Social: Fundação para o Estudo e Tratamento das Deformidades Crânio-Faciais - FUNCRAF
CNES: 2786370

Data de Fundação: 22/07/1985

Perfil: Pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, reconhecida como Entidade Beneficente de Assistência Social pelo Ministério da Saúde, declarada de Utilidade Pública Municipal, Estadual e Federal, com sede e foro na cidade de Bauru/SP e unidades ambulatoriais em São Bernardo do Campo/SP, Itapetininga/SP e Campo Grande/MS, criada com o objetivo de descentralizar e agilizar os atendimentos do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo - HRAC/USP/Centrinho.

A unidade FUNCRAF/São Bernardo do Campo (CNES 2786379) é uma instituição habilitada como serviço de referência em reabilitação auditiva de alta complexidade pela Portaria nº 1462/2013 que compõe a Rede de Atenção à Pessoa com Deficiência do ABC - RRAS.1, como ponto de atuação em reabilitação auditiva de alta complexidade de acordo com a Portaria nº 793 de 24 de abril de 2012.

Missão: Permitir o acesso das pessoas com fissura labiopalatina e deficiência auditiva aos recursos e benefícios que promovam saúde, dignidade e bem-estar social, direitos inalienáveis do ser humano.

Atuação: Desenvolve atividades nas áreas de saúde, assistência social, ciência e tecnologia, pesquisa e formação de recursos humanos, bem como programas de reabilitação, educação e capacitação profissional, todas voltadas às pessoas com fissura labiopalatina e deficiência auditiva, através dos atendimentos ambulatoriais especializados oferecidos nas unidades FUNCRAF exclusivamente através do SUS - Sistema Único de Saúde.



MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
Secretaria de Saúde

IV. DA ASSISTÊNCIA MÉDICO-AMBULATORIAL NA ÁREA DE DEFICIÊNCIA AUDITIVA (ANEXO I DA PORTARIA Nº 587/04)

- a) Realizar diagnóstico das perdas auditivas e reabilitação em recém-nascidos, crianças, jovens, adultos e idosos com perda auditiva, respeitando as especificidades na avaliação e reabilitação exigidas por cada um desses segmentos;
- b) Realizar diagnóstico de perda auditiva em crianças até 03 (três) anos de idade; em pacientes com perdas unilaterais; em pacientes com afecções associadas (neurológicas, psicológicas, síndromes genéticas, cegueira, visão subnormal) e naqueles pacientes que apresentaram dificuldade na realização da avaliação audiológica em serviço de menor complexidade;
- c) Realizar exames complementares: emissões otoacústicas evocadas transientes e por produto de distorção e potencial evocado auditivo de curta, média e de longa latência;
- d) Realizar consulta otorrinolaringológica, neurológica, pediátrica, avaliação audiológica e avaliação fonoaudiológica de linguagem;
- e) Garantir a reabilitação mediante o tratamento clínico em otorrinolaringologia; seleção, adaptação e fornecimento de aparelho de amplificação sonora individual (AASI) e terapia fonoaudiológica;
- f) Garantir avaliação e terapia psicológica, atendimento em serviço social, orientações à família e à escola;
- g) Capacitação e atualização em saúde auditiva das equipes da atenção básica e dos serviços de saúde auditiva de menor complexidade, coordenado pelo gestor local, por meio de cursos, oficinas, jornadas, seminários e encontros locais ou regionais;
- h) Ofertas de consultas gerais em otorrinolaringologia e exames de média complexidade em otorrinolaringologia

- O número de consultas a ser oferecido para pacientes externos referenciados será de **no mínimo 224 por mês**, de acordo com as necessidades definidas pelo gestor municipal;

- O número de exames a ser oferecido para pacientes externos referenciados será de **no mínimo 112 por mês**, de acordo com as necessidades definidas pelo gestor municipal.

1. O paciente que não necessitar de protetização, deverá ser contra-referenciado para a atenção básica do município de origem.
2. Oferecer suporte técnico às equipes dos serviços de saúde auditiva de menor complexidade;
3. Todos os procedimentos devem ser lançados pelo sistema hygia web, sistema informatizado utilizado pelo Município de São Bernardo;

V. DA ESTRUTURA TECNOLÓGICA E CAPACIDADE INSTALADA (Anexo II da Portaria nº 587/04):

1. As instalações físicas do Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Alta Complexidade deverão estar em conformidade com as normas para acessibilidade de pessoas com deficiência (NBR 9050, de setembro de 1994.), devendo conter:



MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
Secretaria de Saúde

- a) Salas para consultas médicas;
 - b) Salas para avaliação e terapia fonoaudiologia;
 - c) Sala com cabina acústica, campo livre, reforço visual e equipamentos para avaliação audiológica;
 - d) Sala para exame complementar - Potencial Evocado Auditivo
 - e) Sala para exame complementar - EOA
 - f) Sala com equipamentos específicos para seleção e adaptação de AASI;
 - g) Sala para atividades em grupo;
 - h) Sala para atendimento psicológico;
 - i) Sala para atendimento em Serviço Social
 - j) Sala de reunião de equipe;
 - k) Recepção e sala de espera para acompanhantes;
 - l) Sanitários independentes com trocador para bebê;
 - m) Área para arquivo médico e registro de pacientes;
 - n) Depósito de material de limpeza;
 - o) Área para guardar materiais/equipamentos.
2. O Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Alta Complexidade deverá dispor, no mínimo, dos seguintes **materiais e equipamentos**:
- a) Emissões otoacústicas (evocadas transientes e por produto de distorção);
 - b) Potenciais Evocados Auditivos de curta, média e longa latência;
 - c) Audiômetro de dois canais;
 - d) Imitanciômetro multifrequencial;
 - e) Cabina acústica;
 - f) Sistema de campo livre;
 - g) Sistema completo de reforço visual;
 - h) Ganho de inserção;
 - i) HI-PRO;
 - j) Programas de computação periféricos para teste de próteses;
 - k) Conjunto de acessórios para AASI - testador de baterias, baterias, aspirador, estetoscópio, desumidificador, presilhas, alicate;
 - l) Caneta otoscópio, seringa e massa para pré-moldagem;
 - m) Conjuntos de modelos de AASI adequados aos diferentes graus e tipos de perda auditiva para testes de seleção (no mínimo 5 conjuntos);
 - n) Esfigmomanômetro (adulto e infantil);
 - o) Estetoscópio duplo;
 - p) Foco Frontal;
 - q) Otoscópio;
 - r) Espelho nasal (adulto e infantil);
 - s) Espelho auricular (adulto e infantil);
 - t) Diapasão;
 - u) Pinças (dente de rato, sem dente e em baioneta);
 - v) Aspirador a vácuo com pontas de calibres diferenciados;
 - w) Curetas para remoção de cerume;
 - x) Seringa metálica de 100ml para remoção de cerume;
 - y) Estufa e/ou Autoclave;



MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
Secretaria de Saúde

- z) Estilete porta-algodão;
- aa) Martelo de percussão;
- bb) Oftalmoscópio;
- cc) Computador;
- dd) Impressora;
- ee) Cadeira de otorrinolaringologia;
- ff) Maca estofada com cabeceira regulável;
- gg) Escada de ferro com 2 degraus;
- hh) Carro de curativo;
- ii) Carro de medicamento;
- jj) Lixeira para lixo hospitalar;
- kk) Espelho Fixo 1,40 x 1,50;
- ll) Bebê Conforto;
- mm) Berço
- nn) Testes Psicológicos;
- oo) Conjunto básico de instrumentos musicais;
- pp) Jogos de encaixe;
- qq) - Brinquedos para ludoterapia e terapia fonoaudiológica;
- rr) Brinquedos para faixa etária 0 - 3 anos.

3. Quanto aos Recursos Humanos:

O Serviço de Atenção à Saúde Auditiva na Alta Complexidade deverá contar com um responsável técnico, com nível superior, devidamente habilitado, que somente poderá assumir a responsabilidade técnica por um único serviço cadastrado pelo Sistema Único de Saúde. O Serviço deverá dimensionar a sua equipe multiprofissional de acordo com os parâmetros apresentados na portaria nº 587 de 08 de outubro de 2004.

Com essa equipe o serviço deverá **protetizar o quantitativo pactuado na meta física de OPM pacientes/mês**, devendo garantir o atendimento integral aos pacientes (diagnóstico, tratamento clínico, seleção, adaptação e fornecimento de aparelho de amplificação sonora individual - AASI e terapias).

VI. DO PROCESSO DE AVALIAÇÃO/CONTROLE

- a) A avaliação das metas quantitativas negociadas neste plano operativo será realizada mensalmente através da comprovação e comparação quantitativa da produção mensal realizada no mês de competência anterior com os valores pactuados no Plano Operativo consolidados nos subgrupos;
- b) Somente serão pagos os procedimentos efetivamente realizados até o limite estipulado no Plano Operativo. Para efeito de controle, a CONTRATADA deverá registrar na solução tecnológica definida pela CONTRATANTE a recepção e o atendimento de todos os pacientes;
- c) O Sistema de Tecnologia de Informação da CONTRATADA deverá fazer interface com o sistema utilizado pela CONTRATANTE além de estar apto para armazenar e fornecer todas as informações referentes aos exames, consultas, avaliações, entre outras;



MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
Secretaria de Saúde

- d) O paciente deverá ser agendado para a primeira consulta pelo Complexo Regulador, e deverá ser recepcionado na solução tecnológica utilizada pela CONTRATANTE (Hygia);
- e) Em qualquer tempo, a Secretaria Municipal de Saúde poderá requisitar todas as informações referentes aos procedimentos realizados, para realização de auditorias. Em caso de visitas, a CONTRATANTE deverá comunicar previamente a CONTRATADA;
- f) O agendamento para A.A.S.I será realizado pela Central de Regulação do Município de São Bernardo do Campo, os municípios serão encaminhados pelo CER IV. O CER IV do município de SBC deverá encaminhar à FUNCRAF os pacientes com necessidade de A.A.S.I através de relatório fonoaudiológico do paciente com os exames realizados comprovando a necessidade de aparelho, data de realização do exame, diagnóstico, entre outros.
- g) O CER de SBC deverá enviar mensalmente à FUNCRAF uma lista com todos os pacientes que foram encaminhados. A FUNCRAF deverá enviar um relatório individual contendo as condutas e exames que foram realizados com esses pacientes bimestralmente, além de preencher planilha anexa (anexo I). A planilha deverá ser enviada mensalmente e o relatório individual deverá ser enviado bimestralmente pela FUNCRAF ao CER IV.
- h) Os procedimentos de solicitação quanto de reposição do Aparelho de Amplificação Sonora Individual (A.A.S.I), estabelecidos na tabela unificada de procedimentos/MS, cláusula VII, constantes no subgrupo – Não relacionados ao ato cirúrgico, OPM auditivas, correspondente a meta física de 675, serão regulados e autorizados mediante envio prévio da Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade (APAC's) para a Seção de Controle de Avaliação do Departamento de Apoio a Gestão do SUS (SS.5).
- d.1) A justificativa clínica na Autorização de Procedimentos Ambulatoriais de Alta Complexidade (APAC) para reposição de AASI, deverá conter as seguintes informações:
- Data da primeira e da última concessão ou reposição realizadas;
 - Motivo pelo qual se demanda o procedimento;
 - Boletim de Ocorrência, no caso de roubo, furto, extravio ou desaparecimento do aparelho;
 - Laudo da empresa, no caso de danificação do Aparelho de Amplificação Sonora Individual (AASI), que comprove a impossibilidade de conserto do aparelho;
 - Relatório Individual do paciente e comprovação por meio de audiometria, ou outro exame que se faça necessário, que demonstre a progressão, no caso de perdas progressivas e que demande troca do AASI;
- d.1.1). As autorizações tratadas nessa cláusula poderão ocorrer em até 05 (cinco) dias úteis.

VII. METAS QUANTITATIVAS - FUNCRAF

7.1- Os dados quantitativos de produção estão apresentados, segundo os procedimentos, subgrupos, grupos e forma de organização da tabela unificada de procedimentos/MS (Tabela 1).



MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
Secretaria de Saúde

| COMPONENTE 1 - DIAGNÓSTICO, CONSULTAS, ATENDIMENTOS, EXAMES E CIRURGIAS | | | |
|---|-----------------|-------------------------|--------------------------|
| GRUPO | MÉDIA VALOR SUS | META FÍSICA TOTAL GRUPO | META FINANCEIRA PROPOSTA |
| 02.04.01 - EXAMES RADIOLOGIA | 5,18 | 15 | 77,70 |
| 02.11.07 - DIAG ORL/FONO | 32,48 | 2.411 | 78.309,28 |
| 03.01.01 - CONSULTA MÉDICA/PROF NÍVEL SUP. | 5,64 | 4.100 | 23.124,00 |
| 03.01.04 - ATEND. PROF. NÍVEL SUPERIOR | 2,81 | 54 | 151,74 |
| 03.01.07 - ACOMPANHAMENTO EM REABILITAÇÃO | 16,29 | 750 | 12.217,50 |
| 03.07.01 - DENTÍSTICA | 0,00 | 0 | 0,00 |
| 03.07.02 - ENDODONTIA | 5,69 | 25 | 142,25 |
| 03.07.03 - PERIODONTIA CLÍNICA | 1,24 | 248 | 307,52 |
| 03.07.04 - MOLDAGEM/MANUTENÇÃO | 51,87 | 544 | 28.217,28 |
| 04.04.01 - CIRURGIA DE OUVIDO, NARIZ E GARGANTA | 16,02 | 400 | 6.408,00 |
| 04.14.01 - BUCO MAXILO | 126,00 | 6 | 756,00 |
| 04.14.02 - CIRURGIA ORAL | 15,18 | 27 | 409,86 |
| TOTAL COMPONENTE 1 | | 8.580 | 150.121,13 |

| COMPONENTE 2 - ÓRTESES, PRÓTESES E MATERIAIS ESPECIAIS | | | |
|--|-----------------|-------------------------|--------------------------|
| GRUPO | MÉDIA VALOR SUS | META FÍSICA TOTAL GRUPO | META FINANCEIRA PROPOSTA |
| 07.01.03 - OPM AUDITIVA | 775,00 | 308 | 238.700,00 |
| 07.01.03 - OPM AUDITIVA - MOLDE | 8,75 | 165 | 1.443,75 |
| 07.01.07 - OPM EM ODONTOLÓGIA | 116,08 | 22 | 2.553,76 |
| 07.01.08 - OPM DE ANOMALIAS BUCO- MAXILO- FACIAL | 800,00 | 9 | 7.200,00 |
| TOTAL COMPONENTE 2 | | 504 | 249.897,51 |
| TOTAL GERAL DOS COMPONENTES (1+2) | | VALOR MENSAL | VALOR ANUAL |
| | | 400.018,64 | 4.800.223,68 |

7.2 - O valor estipulado neste Convênio será pago da seguinte forma:

7.2.1 - A **CONVENIADA** apresentará mensalmente, ao **MUNICÍPIO**, a produção dos serviços executados, obedecendo para tanto os procedimentos e os prazos estabelecidos pela Contratante, em conformidade com o cronograma estabelecido pelo Fundo Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde;

7.2.2 - O **MUNICÍPIO**, efetuará o pagamento de acordo com o efetivamente realizado e com as metas físicas estabelecidas nos grupos dos componentes 1 e 2, não ultrapassando o valor mensal do contrato. A **CONVENIADA** deverá realizar a meta estipulada em cada grupo dos componentes 1 e 2, sendo:

- Se a **CONVENIADA** realizar quantitativo inferior à meta física total dos grupos do componente 1, será pago o valor efetivamente realizado. Se a **CONVENIADA** realizar quantitativo superior à meta física total dos grupos do componente 1, será pago o valor total mensal do componente 1.

- A **CONVENIADA** deverá realizar o mínimo de 90% da meta física total do componente 2 descrita no Plano Operativo. A meta não se aplicará se não houver demanda referente aos procedimentos do Componente 2.



MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
Secretaria de Saúde

A comprovação de falta de demanda será analisada através de relatório do CER IV e da CONVENIADA, onde deverá constar a fila de espera dos pacientes que aguardam procedimentos do Componente 2, os relatórios deverão ser encaminhados mensalmente ao MUNICÍPIO.

Caso as metas do Componente 2 não sejam atingidas por falta de demanda, deverá ser autorizada a complementação da diferença com os procedimentos do Componente 1.

Caso a CONVENIADA não atinja a meta de cada grupo do componente 2, esta poderá apresentar justificativa a ser avaliada pela CONTRATANTE (não se aplicando nos casos em que não houver demanda).

- Se a CONVENIADA não conseguir atingir o mínimo estipulado em cada grupo do componente 2 (não se aplicando nos casos em que não houver demanda), implicará em:

- o Multa de 2% no valor mensal do contrato (400.018,64), se cumprimento de 80-89% da meta física estipulada por grupo;
- o Multa de 5% no valor mensal do contrato (400.018,64), se cumprimento de 70-79% da meta física estipulada por grupo;
- o Multa de 10% no valor mensal do contrato (400.018,64), se cumprimento < 69% da meta física estipulada por grupo.

- Caso a CONVENIADA realize quantitativo superior à meta física estipulada em cada grupo do componente 2, será pago o valor efetivamente realizado, desde que não ultrapasse o valor total mensal do contrato.

7.2.3 - O MUNICÍPIO, após a revisão dos documentos, efetuará o pagamento do valor finalmente apurado, depositando-o na conta da CONVENIADA, no prazo de 10 dias a contar do repasse financeiro realizado pelo Fundo Nacional ao Fundo Municipal de Saúde;

7.2.4 - As contas rejeitadas pela Central de Regulação do MUNICÍPIO, serão devolvidas a CONVENIADA para as correções cabíveis, no prazo de 10 (dez) dias, devendo ser reapresentadas no prazo estabelecido pelo MUNICÍPIO. O documento reapresentado será acompanhado do correspondente documento original, devidamente inutilizado;

7.2.5 - Ocorrendo erro, falha ou falta de processamento das contas, por culpa do MUNICÍPIO, este garantirá ao CONVENIADO o pagamento no prazo avançado neste Convênio, pelos valores do mês imediatamente anterior, acertando-se eventuais diferenças no pagamento seguinte, ficando, contudo, exonerado do pagamento de multa, encargos e sanções financeiras;

7.2.6 - As contas rejeitadas ou glosadas quanto ao mérito serão objetos de análise pelos órgãos de avaliação, controle e auditoria do SUS, a qualquer tempo

VIII. METAS QUALITATIVAS – FUNCRAF

Os dados qualitativos a serem monitorados deverão ser apresentados em forma de planilhas e relatórios entregues mensalmente e bimestralmente. Em anexo segue o relatório individual dos pacientes que deverão ser encaminhados ao Centro Especializado em Reabilitação IV do município de SBC e a planilha com os todos os pacientes atendidos pela FUNCRAF que deve ser enviada ao Departamento de Atenção Especializada e ao CER IV. Seguem modelos:



MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
Secretaria de Saúde

ANEXO I – Modelo de Relatório Individual dos Pacientes Atendidos

Relatório Fonoaudiológico

Nome:

Idade:

D.N:

Diagnóstico:

Ex: O paciente acima referido foi fonoaudiologicamente avaliado, nos dias xx e xxxx, diagnosticando-se xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx.

Seu quadro clínico mostra-se:

Palato duro: por ex: descrever condições

Úvula: por ex: descrever condições

Palato mole: descrever condições

Encaminhamento:

ANEXO RP-11 -
REPASSES AO TERCEIRO SETOR -
TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO - TERMO DE CONVÊNIO

ÓRGÃO/ENTIDADE PÚBLICO(A): MUNICÍPIO DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
CONVENIADA: FUNDAÇÃO PARA O ESTUDO E TRATAMENTO DAS
DEFORMIDADES CRÂNIO-FACIAIS – FUNCRAF.

TERMO DE CONVÊNIO Nº (DE ORIGEM): SS Nº 003/2019

OBJETO: Execução dos serviços técnicos profissionais especializados de assistência à saúde na área de fissura labiopalatina e deficiência auditiva, a serem prestados a todos os indivíduos que deles necessitem, observadas as sistemáticas de referência e contra referência, de distribuição por níveis de complexidade e as normas do Sistema Único de Saúde – SUS

VALOR DO AJUSTE/VALOR REPASSADO (1):

EXERCÍCIO (1):

ADVOGADO(S)/ Nº OAB / E-MAIL: (2) _____

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

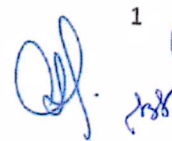
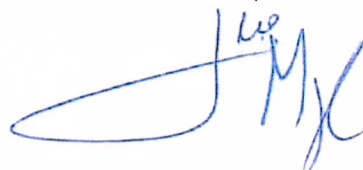
1. Estamos CIENTES de que:

- a) o ajuste acima referido e seus aditamentos / o processo de prestação de contas, estará(ão) sujeito(s) a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
- b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, conforme dados abaixo indicados, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;
- c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;
- d) as informações pessoais do(s) responsável(is) pelo órgão concessor e entidade beneficiária, estão cadastradas no módulo eletrônico do “Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP”, nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2020, conforme “Declaração(ões) de Atualização Cadastral” anexa (s);

2. Damo-nos por NOTIFICADOS para:

- a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;
- b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

LOCAL e DATA: São Bernardo do Campo, em 25/10/2021



AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:

Nome: Orlando Morando Junior

Cargo: Prefeito

CPF: 178.794.868-38

AUTORIDADE MÁXIMA DA ENTIDADE BENEFICIÁRIA:

Nome: Iracema Baptista Jorge

Cargo: Diretora Presidente

CPF: 708.363.708-30

Responsáveis que assinaram o ajuste e/ou Parecer Conclusivo:

PELO ÓRGÃO PÚBLICO CONVENENTE:

Nome: Geraldo Reple Sobrinho

Cargo: Secretário de Saúde

CPF: 893.017.658-53

Assinatura: _____

Responsáveis que assinaram o ajuste e/ou prestação de contas:

PELA ENTIDADE CONVENIADA:

Nome: Iracema Baptista Jorge

Cargo: Diretora Presidente

CPF: 708.363.708-30

Assinatura: _____

- (1) Valor repassado e exercício, quando se tratar de processo de prestação de contas.
(2) Facultativo. Indicar quando já constituído, informando, inclusive, o endereço eletrônico.

g M J L Q 2