

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2019

A SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DE SÃO PAULO, por intermédio da Coordenadoria de Serviços de Saúde, através do Centro de Atenção Integrado em Saúde Mental “Philippe Pinel” torna público o presente **Edital de Chamamento Público**, para seleção de Entidade privada, sem fins lucrativos, interessada para celebração de Convênio visando o **ATENDIMENTO ESPECIALIZADO EM REGIME AMBULATORIAL A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISTA (TEA) NAS DEPENDÊNCIAS DO CAISM PHILIPPE PINEL**, conforme dispõe a Constituição Federal, em especial os seus artigos 196 e seguintes; a Constituição Estadual, em especial os seus artigos 218 e seguintes; as Leis nºs 8.080/90 e 8.142/90, a Lei Federal nº. 8.666/93 e alterações posteriores, demais disposições legais e regulamentares aplicáveis à espécie e nos termos e condições estabelecidos no presente instrumento.

Oportuno mencionar que a sessão pública de abertura dos envelopes dar-se-á no dia 20/03/2019, no **Anfiteatro** do Centro de Atenção Integrada em Saúde Mental “Philippe Pinel”, localizado, à **Avenida Raimundo Pereira de Magalhães, nº 5.214/5.218 – Pirituba – São Paulo – SP – CEP 02938-000**, às **10:30hs**.

Visita técnica: Agendamento prévio através do telefone: (11) 3993-8203/8353.

Período para realização: 07/03/2019 a 19/03/2019 no horário das 09:00 às 13:00h.

1. OBJETO:

1.1. O presente Chamamento Público tem por objeto a seleção de Entidade Privada, sem fins lucrativos, para celebração de Convênio, visando o **ATENDIMENTO ESPECIALIZADO EM REGIME AMBULATORIAL A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISTA (TEA) NAS DEPENDÊNCIAS DO CAISM PHILIPPE PINEL**, localizado na Av. Raimundo Pereira de Magalhães, 5.214/5.218 - Pirituba - São Paulo – SP – CEP 02938-000,

de acordo com Termo de Referência - **ANEXO I**, cláusulas e condições do presente edital.

2. CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO:

2.1. Em consonância com os princípios de publicidade e de isonomia, poderão participar deste Chamamento Público todas as entidades privadas, sem fins lucrativos, interessadas no certame, que em seu Estatuto tenham previstos objetivos na área da saúde.

2.2. Somente poderão participar deste Chamamento Público as Entidades que não tenham sido declaradas inidôneas pela Administração Pública ou punidas com suspensão do direito de firmar Convênios ou outros ajustes com o Governo do Estado de São Paulo.

2.3. A Entidade interessada em celebrar Convênio com a Secretaria de Estado da Saúde deverá apresentar Plano de Trabalho, o qual deverá ser elaborado contendo, no mínimo, as informações discriminadas no Parágrafo Primeiro do Artigo 116 da Lei nº 8.666/93 atualizada pela Lei 8.883/94 e demais disposições legais regulamentares aplicáveis à espécie, conforme modelo constante do ANEXO IX, bem como estar de acordo com o Termo de Referência contido no ANEXO I deste edital.

2.3.1. Juntamente com o Plano de Trabalho, a Entidade deverá apresentar planilha contendo o detalhamento dos custos, bem como o número estimado de profissionais a serem contratados, com os respectivos cargos, salários (com encargos e benefícios) especificados individualmente, conforme modelo constante no **Anexo F**.

2.4. A Interessada poderá apresentar-se ao ato por seu representante legal mediante procuração com poderes específicos para intervir no processo seletivo, inclusive para interpor recursos ou desistir de sua interposição.

2.5. Os representantes das interessadas deverão identificar-se exibindo a Carteira de Identidade, acompanhada do estatuto social da entidade e do instrumento de procuração, quando for o caso, para que sejam verificados os poderes do outorgante e do mandatário.

2.6. É vedada a representação de mais de uma instituição por uma mesma pessoa.

2.7. Será permitida somente a participação de 02 (dois) representantes para cada entidade participante.

2.8. Não será admitida a participação de entidade que mantenha vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira ou trabalhista com a autoridade competente, o Pregoeiro, o subscritor do edital ou algum dos membros da respectiva equipe de apoio, nos termos do artigo 9º da Lei Federal nº 8.666/1993.

3. DOCUMENTOS PARA HABILITACAO:

3.1. HABILITACAO JURIDICA:

a) Estatuto devidamente registrado com as respectivas alterações, caso existam, acompanhado da ata de eleição de sua atual diretoria;

b) Registro Geral (R.G.) e Cadastro de Pessoa Física (C.P.F.) dos responsáveis legais pela instituição;

c) Declaração emitida pela instituição atestando que atende ao inciso XXXIII, art.7º da Constituição Federal – proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre aos menores de dezoito anos e de qualquer trabalho a menores de dezesseis anos, salvo a condição de aprendiz, a partir de catorze anos, conforme modelo do **ANEXO II**.

3.2. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA:

a) Registro da Entidade em Associação ou Conselho Profissional competente;

b) Registro do Responsável Técnico em Associação ou Conselho Profissional competente;

c) Declaração (**modelo no ANEXO III**) do representante legal de que proprietários, administradores ou dirigentes não ocupam cargo ou função de confiança, chefia ou assessoramento, em qualquer nível, na área pública de saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS;

d) Declaração (**modelo no ANEXO IV**), firmada pelo representante legal da instituição que:

d.1) Conhece e aceita as condições de remuneração dos serviços, em conformidade com o disposto na minuta de Convênio, e que estão de acordo com o programa de repasse e liberação de pagamento disponibilizado pela Secretaria Estadual de Saúde;

d.2) Disponibilidade para prestar atendimento conforme as normas fixadas pela Secretaria Estadual de Saúde e segundo as regras do Conselho Nacional de Saúde, inclusive obedecendo às disposições éticas e técnicas dos respectivos Conselhos Regionais.

e) Declaração que apresentará por oportunidade da celebração do convênio a relação do corpo clínico e demais profissionais da saúde acompanhada da ficha cadastral do profissional, preenchida com o respectivo número do Conselho de Classe, carga horária e a qualificação completa dos responsáveis pelas respectivas categorias.

f) Preenchimento da ficha cadastral do profissional após celebração do convênio, conforme modelo no **ANEXO V**;

g) Declaração de que a entidade não está impedida de celebrar qualquer modalidade de parceria com órgãos públicos, conforme modelo no **ANEXO XI**;

h) Declaração atualizada acerca da existência ou não no quadro diretivo da entidade de agentes políticos de poder, de membros do Ministério Público ou de dirigente de órgão ou entidade da administração pública celebrante, bem como seus respectivos cônjuges, companheiros ou parentes, até o segundo grau, em linha reta, colateral ou por afinidade conforme modelo no **ANEXO XII**;

3.3. QUALIFICAÇÃO ECONÔMICO-FINANCEIRA:

a) Declaração exarada por contador devidamente registrado no Conselho da categoria profissional, de que a instituição detém escrituração contábil regular e que goza de boa saúde financeira;

b) Declaração do responsável da Entidade de que a mesma possui patrimônio próprio, nos termos da Lei nº 10.201/99, conforme modelo do **ANEXO X**.

3.4. REGULARIDADE FISCAL E TRABALHISTA:

a) Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas do Ministério da Fazenda (CNPJ);

b) Certificado de regularidade de Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (CRF-FGTS);

c) Certidão negativa, ou positiva com efeitos de negativa, de débitos trabalhistas (CNDT);

d) Certidão negativa, ou positiva com efeitos de negativa, de Débitos Relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União;

e) Certidão emitida pela Fazenda Municipal da sede ou domicílio da licitante que comprove a regularidade de débitos tributários relativos ao Imposto sobre Serviços de Qualquer Natureza - ISSQN.

f) A entidade que se considerar isenta ou imune de tributos relacionados ao objeto do convênio, cuja regularidade fiscal seja exigida no presente Edital deverá comprovar tal condição mediante a apresentação de declaração emitida pela correspondente Fazenda do domicílio ou sede, ou outra equivalente, na forma da lei.

3.5. OUTRAS COMPROVAÇÕES:

a) Declaração que entregará, no momento da assinatura do convenio, declaração de conta corrente especifica para esta finalidade – **ANEXO VI**;

b) Declaração que atende às normas relativas à saúde e segurança do trabalho, em virtude das disposições do parágrafo único, art. 117, Constituição do Estado Cadastro;

b) Certificado de realização da vistoria que será fornecido pelo CAISM Philippe Pinel.

- A referida vistoria deverá ser realizada de **segunda a sexta**, no horário das **09h:00m às 13h:00m horas**, **até 01 dia antes da data marcada para realização da sessão pública** para abertura dos envelopes.
- O agendamento para vistoria deverá ser realizado através do **telefone: (11) 3993-8203/8353**, com Andrea Rosangela da Silva.

f) Declaração de que apresentará, no momento da assinatura do convênio, cópia do Certificado de Regularidade Cadastral da Entidade – CRCE.

4. DO PRAZO DE ENTREGA DOS DOCUMENTOS:

4.1 Os interessados em participar deste Chamamento Público, deverão entregar a documentação exigida no **Núcleo de Compras do Centro de Atenção Integrada em Saúde Mental “Philippe Pinel”, localizado na Av. Raimundo Pereira de Magalhães, nº 5.214/18 – Pirituba – São Paulo / SP – CEP 02938-000, até meia hora antes do início da sessão pública**, em envelopes devidamente lacrados e identificados, devendo estes serem protocolizados no Núcleo de Compras e

Almoxarifado, impreterivelmente, a partir do dia 07/03/2019 das 8h:00m as 16h:00m, até às 10h:00m do dia 20/03/2019.

ENVELOPE I – PLANO DE TRABALHO

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRADA EM SAÚDE MENTAL “PHILIPPE PINEL”

PROCESSO: SES 1861982/2018

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2019

(Razão Social e endereço da entidade)

ENVELOPE II – DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRADA EM SAÚDE

PROCESSO: SES 1861982/2018

CHAMAMENTO PÚBLICO Nº 001/2019

(Razão Social e endereço da entidade)

5. CRITÉRIOS E PROCEDIMENTOS PARA RECEBIMENTO E JULGAMENTO DO PLANO DE TRABALHO:

5.1. A Comissão Especial de Julgamento **receberá** todos os envelopes – DOCUMENTAÇÃO e PLANO DE TRABALHO - em local, data e hora previsto no item 4 (quatro) deste Edital.

5.2. No envelope nº I a proponente deverá apresentar a proposta de preços, **conforme modelo constante do anexo I deste Edital**, acompanhada do plano de trabalho, planilhas e demais documentos hábeis que possibilitem a pontuação técnica estabelecida no presente edital.

5.2.1. No valor total das propostas deverão estar incluso todas as despesas diretas e indiretas para execução dos serviços.

5.2.2. As **propostas terão prazo de validade de 90 (noventa) dias**, independente de constar expressamente tal informação ou constar prazo divergente.

5.2.3. A apresentação da proposta implicará na plena aceitação integral, por parte do proponente, das condições estabelecidas neste edital e seus

anexos, que passarão a integrar o convênio como se transcritos, bem como na observância dos regulamentos administrativos e das normas técnicas aplicáveis, não sendo aceitas, sob quaisquer hipóteses, alegações de seu desconhecimento em qualquer fase do processo de seleção e/ou da execução do convênio.

5.3. Na data, horário e local definido no preâmbulo deste edital, a Comissão Especial de Julgamento procederá à abertura dos ENVELOPES I – PLANO DE TRABALHO, garantindo que todos os presentes rubriquem cada documento apresentado.

6. CRITÉRIOS E PROCEDIMENTOS PARA RECEBIMENTO E JULGAMENTO DOS PLANOS DE TRABALHO:

6.1. Os PLANOS DE TRABALHO serão considerados em estudo a partir de sua abertura até a indicação oficial do vencedor, que se dará em sessão pública.

6.2. Durante o período de estudo, as Entidades, através dos seus representantes ou outros interessados deverão abster-se de entrar em contato com a Comissão Especial de Julgamento para tratar de assunto(s) vinculado(s) ao(s) PLANO (S) DE TRABALHO (S), sob pena de comprometer o sigilo e a imparcialidade no julgamento da Comissão.

6.3. Na seleção e no julgamento dos PLANOS DE TRABALHO, levar-se-ão em conta:

- a)** O mérito da adequação do Plano de trabalho ao Termo de Referência **ANEXO I** deste Edital;
- b)** A capacidade técnica e operacional da participante;
- c)** A adequação entre os meios sugeridos, seus custos, cronogramas e resultados;
- d)** O ajustamento da proposta as especificações técnicas;
- e)** A regularidade jurídica, técnica, fiscal, econômico-financeiro e institucional da Entidade;
- f)** Atestado de Experiência prévia na realização dos serviços em contratos com a mesma natureza (atendimento a pacientes portadores do Transtorno do Espectro do Autista - TEA), fornecidos por pessoas jurídicas de direito público ou privado, que comprovem quantitativos de 50% no mínimo, na execução de serviços; este(s)

atestado(s) deverá(ão) conter, necessariamente, a especificação do objeto dos serviços executados, o quantitativo estabelecido e o prazo de execução.

6.4. O prazo para avaliação dos planos de trabalho será de até 03 (três) dias a contar da data da abertura dos envelopes.

7. DOS CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO DAS PROPOSTAS

7.1. As propostas serão pontuadas de acordo com os seguintes critérios:

A) COMPREENSÃO DO OBJETO DO CONVENIO – TOTAL DE PONTOS: 05		
A proponente deverá desenvolver o raciocínio básico sob a forma de texto, apresentando um diagnóstico das necessidades do CAISM PHILIPPE PINEL em relação ao objeto do presente chamamento, demonstrando a compreensão da proponente sobre o objeto como um todo e os desafios a serem enfrentados, assim como as estratégias para alcançar os resultados e metas almejadas.		
ITEM		PONTOS
Não apresenta compreensão com as necessidades do objeto.		0
Apresenta compreensão compatível com as necessidades do objeto convênio.		05
B) COERÊNCIA E CONSISTÊNCIA DO PROJETO – TOTAL DE PONTOS: 05		
ITEM	SUBITEM	PONTOS
Quanto aos recursos humanos a serem disponibilizados.	São incompatíveis para a execução do objeto do presente chamamento.	0
	São compatíveis para a execução do objeto do presente chamamento.	2,5
Quanto às despesas indiretas, as quais deverão ser explicitadas detalhadamente e justificadas.	São incompatíveis para a execução do objeto do presente chamamento ou não foram devidamente justificadas.	0
	Foram devidamente justificadas e são compatíveis para a execução do objeto do presente chamamento.	2,5
	Não apresentou custos indiretos	2,5

C) EXPERIÊNCIA DA ENTIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE – TOTAL DE

PONTOS: 10	
ITEM	PONTOS
Não comprovar nenhuma experiência em gestão de Unidades de assistência em saúde, ou comprovar experiência de menos de 6 (seis) meses.	0
Comprovar experiência de 06 (seis) meses a menos de 5 (cinco) anos em gestão de unidades de assistência em saúde, independente das características do serviço realizado e da unidade de saúde.	05
Comprovar experiência de 5 (cinco) ou mais anos em gestão de unidade de assistência em saúde, independente das características do serviço realizado e da unidade de saúde.	10

D) EXPERIÊNCIA DA ENTIDADE EM SERVIÇOS DE SAÚDE <u>COM PACIENTES PORTADORES DO TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISTA</u> - TOTAL DE PONTOS: 20	
ITEM	PONTOS
Não comprovar nenhuma experiência em prestação de serviços de ATENDIMENTO ESPECIALIZADO EM REGIME AMBULATORIAL A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISTA (TEA) , ou comprovar experiência de menos de 6 (seis) meses, de acordo com o item 6.3 subitem “f”.	0
Comprovar experiência de 6 (seis) meses a menos de 2 (dois) anos em prestação de serviços de ATENDIMENTO ESPECIALIZADO EM REGIME AMBULATORIAL A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISTA (TEA) , de acordo com o item 6.3 subitem “f”.	10
Comprovar experiência de 2 (dois) a menos de 5 (cinco) anos prestação de serviços de ATENDIMENTO ESPECIALIZADO EM REGIME AMBULATORIAL A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISTA (TEA) , de acordo com o item 6.3 subitem “f”.	15

Comprovar experiência de 5 (cinco) anos ou mais anos em prestação de serviços de ATENDIMENTO ESPECIALIZADO EM REGIME AMBULATORIAL A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO DO AUTISTA (TEA) , de acordo com o item 6.3 subitem “f”.	20
--	----

E) PROPOSTA DE PREÇO – TOTAL DE PONTOS: 60	
ITEM	PONTOS
Proposta de preço acima do valor referencial.	0
Proposta de preço até 5% abaixo do valor referencial.	10
Proposta de preço até 10% abaixo do valor referencial	20
Proposta de preço até 15% abaixo do valor referencial	30
Proposta de preço até 20% abaixo do valor referencial	40
Proposta de preço até 25% abaixo do valor referencial	50
Proposta de preço 30% ou mais abaixo do valor referencial	60

7.2. A comprovação da experiência da entidade deverá ser feita mediante a apresentação de cópia de contratos de gestão, atestados, termos de parcerias, contratos, convênios, planos de trabalho executados, ou outros documentos que comprovem, de forma inequívoca, a experiência técnica e gerencial na área de saúde com **atendimento especializado em pacientes com transtorno do espectro do autista (TEA)**. Toda a documentação apresentada para fins de comprovação deverá estar devidamente assinada e com os tempos de atuação devidamente indicados, sendo que os prazos poderão ser considerados até a data da apresentação das propostas.

7.3. Para fins de comprovação da experiência da entidade, será considerada a soma de atestados somente daqueles com prazo contratual de no mínimo 6 (seis) meses sem interrupção.

7.4. Caso julgue necessário, a Comissão poderá promover diligência, com base no artigo 43, § 3º da Lei Federal nº 8.666/93, e solicitar a apresentação de outros documentos hábeis relacionados à experiência da entidade, atestar a veracidade de quaisquer documentos apresentados, ou solicitar informações sobre a qualidade dos serviços prestados pela entidade nos locais indicados para fins de comprovação de experiência.

7.5. Será considerada vencedora a proponente que obtiver o maior índice final.

7.6 No caso de desempate no índice final será considerada vencedora a proponente que apresentar o menor valor.

8. CRITÉRIOS E PROCEDIMENTOS PARA RECEBIMENTO DOS DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO

8.1. Os documentos necessários à habilitação poderão ser apresentados em cópia simples.

8.2. As Certidões e os comprovantes solicitados deverão estar no prazo de validade neles previstos e, quando não mencionado, os documentos serão considerados válidos até 180 (cento e oitenta) dias, contados da data de sua emissão.

8.3. A Comissão de Chamamento poderá, durante a análise da documentação, convocar os interessados para quaisquer esclarecimentos que porventura se façam necessários.

8.4. Considerar-se-ão aptas as instituições que atenderem às condições da habilitação, ou seja, aquelas que apresentarem todos os documentos exigidos no presente Edital.

8.4.1. No julgamento dos DOCUMENTOS levar-se-ão em conta a regularidade jurídica, técnica, fiscal, econômico-financeira institucional da Entidade.

8.5. Após a lavratura de ata circunstanciada, que será assinada pelos presentes, passará a Comissão à abertura dos ENVELOPES II – DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO. Caso seja necessário, a Comissão Especial de Julgamento suspenderá os trabalhos para melhor análise dos DOCUMENTOS DE HABILITAÇÃO apresentados, designando nova data para divulgação do resultado em sessão pública, em prazo não superior a 05 (cinco) dias.

8.6. A Comissão Especial de Julgamento procederá à conferência acerca da forma de apresentação do ENVELOPE II – DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO,

analisando tão somente o aspecto formal segundo critérios estabelecidos neste Edital.

8.7. Constatado o cumprimento dos requisitos formais, a documentação do ENVELOPE II - DOCUMENTAÇÃO DE HABILITAÇÃO será devidamente rubricado por todos os presentes, devendo os mesmos ficar em poder da Comissão Especial de Julgamento até que sejam oportunamente analisados.

8.8. O resultado da avaliação e respectivo anúncio da vencedora serão publicados no Diário Oficial do Estado.

8.9. Após o anúncio público do resultado do chamamento, a Entidade será convocada para a imediata celebração do Convênio.

9. DOS RECURSOS:

9.1. Caberá recurso, sem efeito suspensivo, nas hipóteses de habilitação ou inabilitação e de classificação ou desclassificação, no prazo de 05 (cinco) dias úteis, contados da data de publicação na imprensa oficial, o qual deverá ser endereçado à Comissão Especial de Análise e Julgamento e devidamente protocolado na **Seção de Protocolo do CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRADA EM SAÚDE MENTAL “PHILIPPE PINEL”**, localizado na **Av. Raimundo Pereira de Magalhães, 5.214/5.218 - Pirituba - São Paulo – SP – CEP 02938-000**, no período das 09h00m às 16h00m.

a. A Comissão de Análise e Julgamento poderá rever sua decisão, no prazo de até 05 (cinco) dias, ou nesse mesmo prazo prestar as informações e remeter a peça recursal à autoridade superior que preferirá sua decisão em 02 (dois) dias úteis, devendo promover a sua respectiva publicação no Diário Oficial do Estado em até 02 (dois) dias úteis.

10. DA REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS E DO REAJUSTE:

10.1. A forma de pagamento encontra-se estipulada na minuta de Convênio que constitui o **ANEXO VII**, bem como no **ANEXO I – Termo de Referência**.

10.2. A Entidade vencedora deverá abrir conta bancária no **BANCO DO BRASIL**, específica para execução financeira do Convênio.

1.3. O pagamento será efetuado no prazo previsto na minuta de Convênio.

11. DAS SANÇÕES E DA RESCISÃO DO CONVÊNIO:

11.1. Se a conveniada inadimplir as obrigações assumidas, no todo ou em parte, ficará sujeita às sanções previstas nos artigos 86 e 87 da Lei Federal 8.666/93 e posteriores atualizações e demais normas aplicáveis à espécie.

11.2. As multas serão autônomas e a aplicação de uma não exclui a da outra.

11.3. A prática de atos que configurem o descumprimento de regras do convênio, bem como que importem na rescisão unilateral do ajuste ou revogação do convênio, ambas por culpa da conveniada, acarretará o seu descredenciamento.

12. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS:

12.1. É facultada a Comissão Especial de Julgamento ou a Autoridade Superior, em qualquer fase do Chamamento Público, determinar a promoção de diligência tendente a esclarecer ou complementar a instrução do processo.

12.2. Fica assegurado à Secretaria de Estado da Saúde, por intermédio do **CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRADA EM SAÚDE MENTAL “PHILIPPE PINEL”**, o direito de, no interesse da Administração, anular ou revogar, a qualquer tempo, no todo ou em parte, o presente Edital, dando ciência as Entidades candidatas.

12.3. As Entidades assumem todos os custos de preparação e apresentação de seu PLANO DE TRABALHO, e a Secretaria de Estado da Saúde, por intermédio do **CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRADA EM SAÚDE MENTAL “PHILIPPE PINEL”** não será, em nenhum caso, responsável por esses custos, independentemente da condução ou do resultado do PLANO DE TRABALHO vencedor.

12.4. As Entidades são responsáveis pela fidelidade e legitimidade das informações e dos documentos a serem apresentados.

12.5. Julgados os PLANOS DE TRABALHO, o resultado será submetido para ciência do Senhor Secretário de Estado da Saúde e, se de acordo, autorizar a celebração do Convênio e o termo de ciência e notificação entre a Secretaria de Estado da Saúde e Entidade vencedora, conforme minutas constantes nos **ANEXO VII e VIII** respectivamente deste Edital.

12.5.1. A Comissão Especial de Julgamento selecionará a Entidade para a execução do Plano de Trabalho a ser desenvolvido no prazo de 12 (doze) meses, prorrogáveis no máximo por até 60 (sessenta) meses.

12.6. Se a proponente vencedora se recusar a assinar o Convênio após a divulgação do resultado final do Chamamento Público em até 24 horas da convocação ou se a vencedora perder a qualidade de habilitação antes da assinatura do convênio será convocado à classificada em segundo lugar para fazê-lo em igual prazo e assim sucessivamente até que seja celebrado o Convênio.

12.7. Se o objeto do Convênio não for executado de acordo com as cláusulas do Convênio e do **ANEXO I** - Termo de Referência deste Edital, a Entidade poderá ser penalizada na forma prevista em lei.

12.8. Não havendo expediente ou ocorrendo qualquer fato superveniente que impeça a realização da abertura dos ENVELOPES na data marcada, a reunião será automaticamente transferida para o primeiro dia útil subsequente, nos mesmos horários e locais anteriormente estabelecidos, desde que não haja comunicação da Comissão Especial de Julgamento em contrário.

12.9. Fica eleito o foro da Cidade de São Paulo para dirimir quaisquer dúvidas e questões decorrentes do presente Edital, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

12.10. A participação nesta seleção implica a aceitação integral e irrevogável pelo interessado dos termos deste Edital, não sendo aceita, sob qualquer hipótese, alegação de seu desconhecimento.

12.11. Constitui condição para celebração do Convênio a inexistência de registros em nome da Entidade no Cadastro Informativo dos Créditos não Quitados de Órgãos e Entidades Estaduais do Estado de São Paulo – CADIN ESTADUAL, o qual será consultado por ocasião da realização de cada pagamento.

12.12. Encerrada a fase de chamamento público com a lavratura da respectiva ata, os autos serão submetidos ao Exmo. Sr. Secretário de Estado da Saúde para exame de conveniência e oportunidade quanto à celebração de convênio e análise de adequação do Plano de Trabalho selecionado para os fins pretendidos.

12.13. A Conveniada deverá iniciar as atividades constantes do Convênio no prazo de 05 (cinco) dias, contados da data de assinatura do Instrumento.

13. A qualquer tempo, o presente Edital poderá ser revogado ou anulado, no todo ou em parte, por motivo de interesse público ou exigência legal, sem que isso implique direito à celebração do Convênio ou indenização.

Integram o presente edital os seguintes anexos:

- **ANEXO I** – Termo de Referência;
- **ANEXO F** – Planilha de Orçamento;
- **ANEXO II** – Situação Regular Perante o Ministério do Trabalho;
- **ANEXO III** – Declaração de Incompatibilidade de Cargos e Funções;
- **ANEXO IV** – Declaração de Ciência dos termos do Convênio;
- **ANEXO V** – Ficha Cadastral;
- **ANEXO VI** - Declaração de Conta Específica;
- **ANEXO VII** – Minuta de Convênio;
- **ANEXO VIII** – Termo de Ciência e de Notificação;
- **ANEXO IX** – Plano de Trabalho;
- **ANEXO X** – Declaração de Patrimônio;
- **ANEXO XI** – Declaração Negativa de Impedimentos;
- **ANEXO XII** – Declaração Sobre Quadro Diretivo da Instituição;

Edital está à disposição dos interessados no site do Diário Oficial do Estado no endereço www.e-negociospublicos.com.br, no site da <http://www.saude.sp.gov.br> (editais de chamamento público) bem como disponível para impressão no **CENTRO DE ATENÇÃO INTEGRADA EM SAÚDE MENTAL “PHILIPPE PINEL”**, no Núcleo de Compras e Almoxarifado, sito à Av. Raimundo Pereira de Magalhães, 5.214/5.218 - Pirituba - São Paulo – SP, de segunda à sexta-feira, das 09h00m às 16h00m.

São Paulo, 28 de fevereiro de 2019.

Dra. Keila Alves Franchin

Diretoria Técnica de Saúde III

ANEXO I

TERMO DE REFERÊNCIA

OBJETIVO:

ATENDIMENTO ESPECIALIZADO EM REGIME AMBULATORIAL A CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA (TEA) NAS DEPENDÊNCIAS DO CAISM PHILIPPE PINEL.

1. INTRODUÇÃO

O presente Termo de Referência tem por finalidade estabelecer diretrizes para assistência especializada nas dependências do CAISM Philippe Pinel às crianças e adolescentes de 2 (dois) anos a 17 (dezessete) anos e 11 meses de idade, com Transtorno do Espectro Autista (TEA), com CID, Código Internacional de Doenças, F84.0; F84.1; F84.4; F84.5; F84.8; F84.9, na Região de abrangência do Departamento Regional de Saúde I – Grande São Paulo.

1.1. CONTEXTO

No Brasil, estima-se que existam 2 milhões de casos de Transtornos do Espectro Autista (TEA). Não há dados oficiais, apenas uma estimativa baseada em números internacionais. E o número tende a crescer, não necessariamente pelo aumento de casos, mas pela crescente eficiência no diagnóstico. No entanto, um grande problema para esse grupo de pessoas e suas famílias, ao menos no Brasil, é justamente o diagnóstico: apenas 10% são diagnosticados. Um estudo revisou os artigos publicados sobre Autismo no

Brasil e constatou que ocorre uma grande peregrinação de famílias a hospitais e consultas a vários profissionais de saúde para a obtenção do diagnóstico. Gomes et al demonstrou que no Brasil, o diagnóstico durante os anos pré-escolares é ainda muito raro. Outro estudo identificou queixas em torno da insuficiência de serviços de saúde de uma forma geral e a respeito da inadequação dos serviços já oferecidos, ou seja, a percepção de que falta tratamento para os autistas mistura-se à observação de que os tratamentos oferecidos no Sistema Único de Saúde (SUS) estão longe de serem adequados.

Para auxiliar na identificação precoce do TEA, o Ministério da Saúde desenvolveu uma tabela com indicadores do desenvolvimento infantil e de sinais de alerta. Apesar disso, observa-se que a decisão terapêutica e a postergação diagnóstica ainda são fontes de estresse para os parentes e cuidadores da criança com TEA e induz a um sentimento de impotência e desesperança por parte dos pais.

O Governo do Estado de São Paulo, por iniciativa conjunta das Secretarias de Estado dos Direitos da Pessoa com Deficiência e da Saúde, elaborou em 2013 um Protocolo do Estado de São Paulo de Diagnóstico, Tratamento e Encaminhamento de Pacientes com Transtorno do Espectro Autista (TEA) a fim de difundir, de forma simples, informações sobre TEA, da importância do diagnóstico precoce bem como ser um instrumento norteador das práticas nesta área.

A Secretaria de Estado da Saúde do Governo do Estado de São Paulo investiu na modernização estrutural e tecnológica para melhoria da assistência às pessoas com TEA, com foco nas crianças e adolescentes, no CAISM Philippe Pinel, com previsão de inauguração dos novos espaços no primeiro trimestre de 2018.

Conforme Portaria GM-MS nº 793 de 24 de abril de 2012, os serviços de reabilitação intelectual compõem a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência e devem dispor de instalações físicas e de uma equipe multiprofissional devidamente qualificada e capacitada para a prestação de assistência especializada, constituindo-se como referência na manutenção do cuidado e de sua capacidade funcional.

Neste sentido o CAISM Philippe Pinel caminha com o foco de tornar-se um serviço de reabilitação/habilitação para pessoas com deficiência intelectual e com TEA, que irá garantir linhas de cuidado em saúde, nas quais sejam desenvolvidas ações voltadas para o desenvolvimento de habilidades singulares no âmbito do projeto terapêutico, particularmente voltadas à cognição, linguagem e sociabilidade.

1.2. JUSTIFICATIVA

A continuidade deste serviço é de extrema importância para o atendimento especializado de pessoas com TEA que se beneficiam amplamente da nova estrutura física e da implementação de inovações tecnológicas adequadas para essa clientela.

Os pacientes com TEA necessitam de atendimento multidisciplinar especializado, em nível ambulatorial, com o objetivo de proporcionar meios que garantam melhor qualidade de vida à criança/adolescente com Autismo.

1.3. FINALIDADE

1.3.1. ATENDIMENTO DIRETO:

O serviço terá a finalidade de promover a autonomia, a inclusão social e a melhoria da qualidade de vida das pessoas com autismo e de suas famílias. As intervenções devem ser voltadas a diminuir a exclusão social da pessoa com autismo e de suas famílias, a sobrecarga decorrente da situação de dependência/prestação de cuidados prolongados, bem como a interrupção e superação das violações de direitos que fragilizam a autonomia e intensificam o grau de dependência do autista.

1.3.2. AVALIAÇÕES DIAGNÓSTICAS E DE ACOMPANHAMENTO:

A correta formulação diagnóstica com profissional capacitado, é muito importante para a definição do tratamento correto que cada pessoa com TEA deve receber. Além disso, o diagnóstico comprovado faz com que essa pessoa tenha os mesmos direitos de uma pessoa com deficiência, o que inclui acesso a programas do SUS, programas escolares, além de benefícios sociais, como transporte gratuito, por exemplo.

As avaliações diagnósticas deverão ser realizadas por médico psiquiatra infantil ou neurologista infantil. Os seguintes instrumentos deverão ser utilizados para avaliação dos casos, no sentido de Investigação Diagnóstica e Triagem para Encaminhamento de casos de Autismo para a Rede de Atenção Psicossocial (TEAR):

- Escala Global de Funcionamento (GAF);
- Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT);

- Escala de Impressão Clínica Global (CGI).

2. OBJETIVOS:

2.1. GERAIS:

2.1.1. ATENDIMENTO DIRETO E ACOMPANHAMENTO:

Prestar assistência especializada a **120 (cento e vinte) pacientes**, entre 2 (dois) anos a 17 (dezessete) anos e 11 meses de idade, em Regime Ambulatorial Especializado Intensivo e Semi-Intensivo, com diagnóstico de Transtorno do Espectro Autista (TEA), como especificado pelo Código Internacional de Doenças – CID 10: F84.0; F84.1; F84.4; F84.5; F84.8; F84.9 (autistas), na Região de abrangência do Departamento Regional de Saúde I – Grande São Paulo.

2.1.2. AVALIAÇÕES DIAGNÓSTICAS:

Realizar avaliações diagnósticas nas dependências do CAISM Philippe Pinel para até 30 crianças ou adolescentes/mês com idades entre 2 (dois) anos a 17 (dezessete) anos e 11 meses de idade, procedentes da Região de abrangência do Departamento Regional de Saúde I – Grande São Paulo.

Na impossibilidade de inclusão no serviço por indisponibilidade de vaga, será entregue um relatório da avaliação realizada ao

Departamento Regional de Saúde I para os encaminhamentos pertinentes a cada caso.

3. ESPECÍFICOS:

- Promover o desenvolvimento motor, cognitivo e comportamental;
- Realizar intervenção precoce e estruturada por meio de equipe multiprofissional;
- Promover a independência e autonomia com a finalidade de propiciar sua plena participação e inclusão social.
- Desenvolvimento da capacidade de utilização dos dispositivos de acessibilidade disponíveis, visando principalmente a melhoria da qualidade de vida e a inclusão social com a integração do usuário e familiares na comunidade.
- Promover ações articuladas para garantir à criança/ adolescente com TEA e sua família a aquisição de informações, orientações e formas de acesso as políticas publicas disponíveis, com a finalidade de propiciar sua plena participação social.
- Fornecer informações e orientações nas áreas de Saúde, Educação, Cultura, Esporte, Lazer, Transporte, Previdência Social, Assistência Social, Habitação, Trabalho, Empreendedorismo, de acesso ao crédito, de promoção, proteção e defesa de direitos e nas demais áreas que possibilitem à pessoa com autismo exercer sua cidadania.
- Assegurar, sempre que necessário, serviço de habilitação e de reabilitação, inclusive para a manutenção da melhor condição de saúde e qualidade de vida;

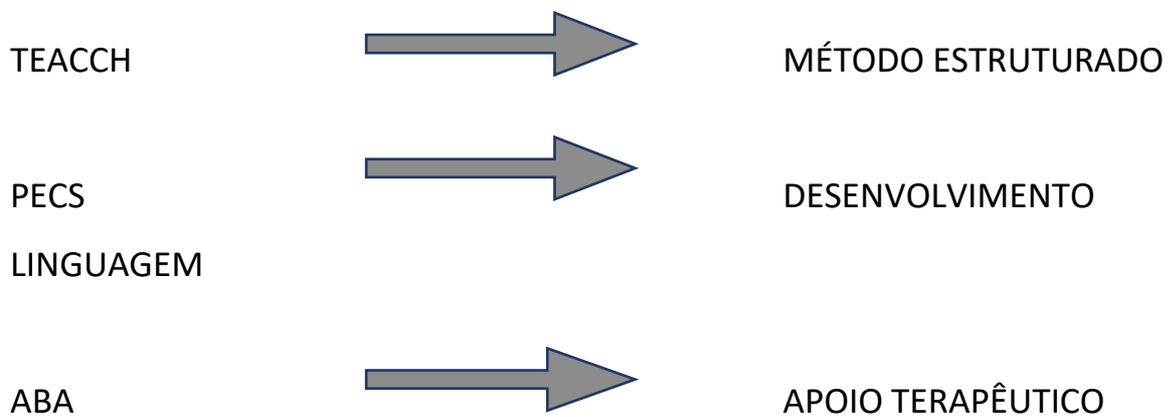
- Disponibilizar a informação adequada e acessível à pessoa com autismo e seus familiares sobre sua condição de saúde;
- Oferecer assistência médica com Psiquiatra infantil ou neuropediatra
- Prestar assistência com Psicólogo, Fonoaudiólogo, Enfermagem, Terapeuta Ocupacional, Educador Físico e com Profissional de nível médio.
- Elaborar o Plano Terapêutico Individualizado (PTI) com o objetivo de desenvolver, em cada paciente, capacidades nas atividades de vida diária, tais como: higiene, alimentação, exercícios físicos e lazer, de forma a aumentar a interação social, comunicação e comportamento, visando à melhoria em sua socialização, seu desenvolvimento psicossocial, autocuidado e autonomia. Cada paciente deverá ter seu PTI com os objetivos de aquisição e redução, sendo que os mesmos serão considerados na elaboração dos indicadores.

4. MEIOS DE ATUAÇÃO - METODOLOGIA

4.1. ATENDIMENTO DIRETO:

O atendimento aos pacientes deverá basear-se em métodos cognitivos comportamentais validados na literatura científica, tais como PECS (Picture Exchange Communication System) – Sistema de Comunicação por figuras); ABA (Applied Behavior Analysis) – Análise do Comportamento Aplicada; TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped Children) – Tratamento e Educação de Crianças Autistas com desvantagem na Comunicação), a luz do sugerido no Protocolo do Estado de São Paulo de Diagnóstico, Tratamento e Encaminhamento de Pacientes com

Transtorno do Espectro Autista (TEA), elaborado pelo Grupo Técnico em TEA constituído pela Resolução SS-17 de 2013, fruto de esforços conjuntos das Secretarias de Estado da Saúde e dos Direitos da Pessoa com Deficiência: Disponível em [http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/homepage//protocolo tea sp 2014.pdf](http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/homepage//protocolo%20tea%20sp%202014.pdf)



- **TEACCH** - *Treatment and Education of Autistic and related Communication handicapped Children* - O atendimento como um todo deverá seguir esta metodologia.
- **PECS** - *Picture Exchange Communication System* - Toda a equipe que desenvolverá o trabalho deverá utilizar recursos para o desenvolvimento da comunicação baseados em PECS.

- **ABA** - *Applied Behaviour Analysis*, ou Análise do Comportamento Aplicada
 - Deverá ser utilizado como apoio terapêutico.

4.1.1. DESCRIÇÃO DO ATENDIMENTO

O tratamento oferecido aos pacientes deve ser estruturado, individualizado e abrangente, *incluindo a família da criança* e vários profissionais. As atividades terapêuticas especializadas em TEA deverão ser oferecidas obrigatoriamente em duas modalidades a depender da avaliação diagnóstica multiprofissional e perfil do paciente:

a) Modalidade Intensiva - corresponde sempre a um período de 12 (doze) horas semanais divididos 3 (três) vezes por semana (preferencialmente oferecidos às segundas, quartas e sextas-feiras, no período da manhã ou da tarde, das 8h às 12h ou das 13h às 17h).

b) Modalidade Semi-Intensiva - corresponde sempre a um período de 8 (oito) horas semanais divididos 2 (duas) vezes por semana (preferencialmente oferecidos às terças e quintas-feiras, no período da manhã ou da tarde, das 8h às 12h ou das 13h às 17h).

É importante ressaltar que o horário disponibilizado para a criança/adolescente é o do contraturno escolar, visto que não substitui o trabalho pedagógico oferecido pela instituição escolar.

As salas onde se desenvolverão os trabalhos serão divididas através de critérios que levarão em conta o perfil dos pacientes e suas principais necessidades, sendo organizadas de forma a facilitar o alcance dos objetivos propostos.

Conforme dito anteriormente, a metodologia de base é o método estruturado, cujos pontos mais importantes são a colaboração da família, a organização visual das tarefas e a ênfase no desenvolvimento da independência.

Os objetivos de aquisição de habilidades visam promover o desenvolvimento em todas as áreas, a independência e a sociabilização e serão selecionados após avaliação, dentro, no mínimo, das seguintes áreas:

- Acadêmica
- Coordenação motora grossa
- Autocuidado
- Brincar & Jogar
- Comunicação
- Habilidades críticas
- Habilidades sociais
- Coordenação motora fina
- Pré acadêmica
- Saúde e Segurança
- Sensorial
- Vocacional

Os objetivos de redução de comportamento não adaptativos visam promover o autocontrole e transformar comportamentos que prejudiquem o desenvolvimento do paciente ou mesmo resultem em riscos para ele ou para os outros, em comportamentos com função equivalente, mas

que ao contrário, contribuam com o seu desenvolvimento e interação social, como por exemplo a substituição de birras por comunicação.

Os objetivos de aquisição desempenham um papel de muita relevância no desenvolvimento do autocontrole. Por outro lado, um papel muito importante no destaque destes objetivos é apoiar a prescrição de uma conduta consistente por parte da família e de toda a equipe sempre que determinados problemas ocorrerem.

A evolução do PTI deverá ser acompanhada de perto pelos supervisores, os quais mensalmente comentarão e elaborarão relatório ao coordenador as evoluções e os resultados constatados.

Cada grupo de pacientes no ambulatório será acompanhado por um psicólogo durante todo o horário de atendimento. Os profissionais especialistas - Educador Físico, Psicólogo, Fonoaudióloga e Terapeuta Ocupacional, atenderão diariamente cada grupo, conforme a grade básica de atendimento, sendo que este trabalho, apesar de ser em grupo, tem objetivos individualizados.

A proposta de horário e os grupos de pacientes poderão sofrer alterações durante o ano, conforme necessidade de adaptações, assim como em alguma situação específica do dia, avaliadas pela Coordenadora Geral da conveniada e após comunicada e aprovada pelo CAISM Philippe Pinel.

O prestador de serviço deverá apresentar, logo no início dos trabalhos a grade básica de atendimento no ambulatório, bem como a descrição do atendimento por conjunto de pacientes, por período, e que deverá ser analisado e aprovado pela Diretoria Técnica do CAISM Philippe Pinel.

c) MODELO de Grade básica do atendimento no ambulatório: (*)

		Grupos (período da manhã)					
Dia	Horário	A	B	C	D	E	F
Segunda - feira	8h10 - 8h40	PS	PS	PS	PS	PS	PS
	8h40 - 9h10	EF	TO	PS	PS	PS	PS
	9h10 - 9h40	TO	EF	LANCHE	LANCHE	LANCHE	LANCHE
	9h40 - 10h10	LANCHE	LANCHE	EF	TO	PS	PS
	10h10 - 10h40	PS	PS	TO	EF	PS	PS
	10h40 - 11h10	PS	PS	PS	PS	EF	TO
	11h10 - 11h40	PS	PS	PS	PS	TO	EF
	11h40- 12h00	PS	PS	PS	PS	PS	PS
Dia	Horário	A	B	C	D	E	F
terça - feira	8h10 - 8h40	PS	PS	PS	PS	PS	PS
	8h40 - 9h10	EF	PSIC I	PS	PS	PS	PS
	9h10 - 9h40	PSIC	EF	LANCHE	LANCHE	LANCHE	LANCHE
	9h40 - 10h10	LANCHE	LANCHE	EF	PSIC I	PS	PS
	10h10 - 10h40	PS	PS	PSIC I	EF	PS	PS
	10h40 - 11h10	PS	PS	PS	PS	EF	PSIC I
	11h10 - 11h40	PS	PS	PS	PS	PSIC I	EF
	11h40- 12h00	PS	PS	PS	PS	PS	PS
Dia	Horário	A	B	C	D	E	F
quarta - feira	8h10 - 8h40	PS	PS	PS	PS	PS	PS
	8h40 - 9h10	FONO	CAMINH	PS	PS	PS	PS
	9h10 - 9h40	CAMINH	FONO	LANCHE	LANCHE	LANCHE	LANCHE
	9h40 - 10h10	LANCHE	LANCHE	FONO	CAMINH	PS	PS
	10h10 - 10h40	PS	PS	CAMINH	FONO	PS	PS
	10h40 - 11h10	PS	PS	PS	PS	FONO	CAMINH
	11h10 - 11h40	PS	PS	PS	PS	CAMINH	FONO
Dia	Horário	A	B	C	D	E	F
quinta - feira	8h10 - 8h40	PS	PS	PS	PS	PS	PS
	8h40 - 9h10	FONO	TO	PS	PS	PS	PS
	9h10 - 9h40	TO	FONO	LANCHE	LANCHE	LANCHE	LANCHE
	9h40 - 10h10	LANCHE	LANCHE	FONO	TO	PS	PS
	10h10 - 10h40	PS	PS	TO	FONO	PS	PS
	10h40 - 11h10	PS	PS	PS	PS	FONO	TO
	11h10 - 11h40	PS	PS	PS	PS	TO	FONO
	11h40- 12h00	PS	PS	PS	PS	PS	PS

Dia	Horário	A	B	C	D	E	F
sexta - feira	8h10 - 8h40	PS	PS	PS	PS	PS	PS
	8h40 - 9h10	EF	PSIC I	PS	PS	PS	PS
	9h10 - 9h40	PSIC I	EF	LANCHE	LANCHE	LANCHE	LANCHE
	9h40 - 10h10	LANCHE	LANCHE	EF	PSIC I	PS	PS
	10h10 - 10h40	PS	PS	PSIC I	EF	PS	PS
	10h40 - 11h10	PS	PS	PS	PS	EF	PSIC I
	11h10 - 11h40	PS	PS	PS	PS	PSIC I	EF
	11h40 - 12h00	PS	PS	PS	PS	PS	PS

		Grupos (período da tarde)					
Dia	Horário	A	B	C	D	E	F
Segunda - feira	13h10 - 13h40	PS	PS	PS	PS	PS	PS
	13h40 - 14h10	EF	TO	PS	PS	PS	PS
	14h10 - 14h40	TO	EF	LANCHE	LANCHE	LANCHE	LANCHE
	14h40 - 15h10	LANCHE	LANCHE	EF	TO	PS	PS
	15h10 - 15h40	PS	PS	TO	EF	PS	PS
	15h40 - 16h10	PS	PS	PS	PS	EF	TO
	16h10 - 16h40	PS	PS	PS	PS	TO	EF
	16h40 - 17h00	PS	PS	PS	PS	PS	PS
Dia	Horário	A	B	C	D	E	F
terça - feira	13h10 - 13h40	PS	PS	PS	PS	PS	PS
	13h40 - 14h10	EF	PSIC I	PS	PS	PS	PS
	14h10 - 14h40	PSIC I	EF	LANCHE	LANCHE	LANCHE	LANCHE
	14h40 - 15h10	LANCHE	LANCHE	EF	PSIC I	PS	PS
	15h10 - 15h40	PS	PS	PSIC I	EF	PS	PS
	15h40 - 16h10	PS	PS	PS	PS	EF	PSIC I
	16h10 - 16h40	PS	PS	PS	PS	PSIC I	EF
	16h40 - 17h00	PS	PS	PS	PS	PS	PS
Dia	Horário	A	B	C	D	E	F
quarta - feira	13h10 - 13h40	PS	PS	PS	PS	PS	PS
	13h40 - 14h10	FONO	CAMINH	PS	PS	PS	PS
	14h10 - 14h40	CAMINH	FONO	LANCHE	LANCHE	LANCHE	LANCHE
	14h40 - 15h10	LANCHE	LANCHE	FONO	CAMINH	PS	PS
	15h10 - 15h40	PS	PS	CAMINH	FONO	PS	PS
	15h40 - 16h10	PS	PS	PS	PS	FONO	CAMINH
	16h10 - 16h40	PS	PS	PS	PS	CAMINH	FONO
	16h40 - 17h00	PS	PS	PS	PS	PS	PS
Dia	Horário	A	B	C	D	E	F

quinta - feira	13h10 - 13h40	PS	PS	PS	PS	PS	PS
	13h40 - 14h10	FONO	TO	PS	PS	PS	PS
	14h10 - 14h40	TO	FONO	LANCHE	LANCHE	LANCHE	LANCHE
	14h40 - 15h10	LANCHE	LANCHE	FONO	TO	PS	PS
	15h10 - 15h40	PS	PS	TO	FONO	PS	PS
	15h40 - 16h10	PS	PS	PS	PS	FONO	TO
	16h10 - 16h40	PS	PS	PS	PS	TO	FONO
	16h40- 17h00	PS	PS	PS	PS	PS	PS
Dia	Horário	A	B	C	D	E	F
sexta - feira	13h10 - 13h40	PS	PS	PS	PS	PS	PS
	13h40 - 14h10	EF	PSIC I	PS	PS	PS	PS
	14h10 - 14h40	PSIC I	EF	LANCHE	LANCHE	LANCHE	LANCHE
	14h40 - 15h10	LANCHE	LANCHE	EF	PSIC I	PS	PS
	15h10 - 15h40	PS	PS	PSIC I	EF	PS	PS
	15h40 - 16h10	PS	PS	PS	PS	EF	PSIC I
	16h10 - 16h40	PS	PS	PS	PS	PSIC I	EF
	16h40- 17h00	PS	PS	PS	PS	PS	PS

Legenda:

PS	Psicólogo de Sala
PSIC I	Psicólogo de interação
TO	Terapeuta Ocupacional
FONO	Fonoaudiólogo
EF	Professor de Educação Física
A, B, C, D, E, F	Grupos de pacientes

d) Plano Terapêutico Individualizado (PTI)

A conveniada deverá elaborar e apresentar o Plano Terapêutico Individualizado (PTI) para cada criança/ adolescente, com o objetivo de promover melhor qualidade de vida, autonomia, independência e inserção social, escolar e laboral.

O PTI deve ser elaborado pela equipe multi profissional de assistência ao paciente em conjunto, se possível, com o próprio paciente e/ou familiares, sendo que o mesmo deve permanecer no prontuário, sempre disponível para consulta dos profissionais e ser reavaliado trimestralmente pelas pessoas implicadas no instrumento.

Os objetivos específicos do PTI serão:

- Identificar habilidades preservadas, potencialidades e preferências de cada paciente, bem como áreas comprometidas (o que, como, o quanto);
- Compreender o funcionamento individual de cada paciente, respeitando seus limites e suas possibilidades de desenvolvimento;
- Elaborar e desenvolver um programa individualizado de tratamento por meio da aprendizagem de novas habilidades, ampliando os repertórios de potencialidades e reduzindo comportamentos mal adaptativos ou disfuncionais;
- Desenvolver ou melhorar as habilidades de autocuidado, propiciando maior autonomia;
- Desenvolver Habilidades Sociais, com o objetivo de melhorar o repertório social dos pacientes para proporcionar interações sociais mais

positivas. Quando necessário, desenvolver ou melhorar habilidades básicas de interações sociais, como, por exemplo o contato visual, responder a um cumprimento por gestos;

- Melhorar a qualidade do padrão de comunicação seja verbal ou não verbal. Alguns recursos adicionais podem ser utilizados para possibilitar a comunicação, como o uso do PECS (Picture Exchange Communication System), que permite a comunicação por meio do uso de troca de figuras;
- Reduzir ou extinguir repertórios inadequados e comportamentos mal adaptativos, que dificultam a interação social ou aquisição de novas habilidades, como agitação psicomotora, comportamentos auto ou heteroagressivos e estereotipias;
- Quando necessário realizar orientação à demais profissionais envolvidos, tais como professores, pediatra e demais;
- Estimular e contemplar o tratamento, em todas as suas atividades, ações multiprofissionais considerando que as pessoas com autismo geralmente precisam de estimulação e treinamento em mais de uma área do desenvolvimento (por exemplo, linguagem, motricidade e coordenação, aprendizado, habilidades sociais, etc.).

4.2. AVALIAÇÕES DIAGNÓSTICAS:

O diagnóstico dos casos suspeitos de TEA pode ser realizado tanto com base na observação comportamental dos critérios dos sistemas de classificação quanto por meio do uso de instrumentos validados e fidedignos,

que permitem ao profissional traçar um perfil refinado das características de desenvolvimento da criança.

Os instrumentos a serem aplicados nas avaliações com a finalidade de Triagem para Encaminhamento de casos de Autismo para a Rede de Atenção Psicossocial (TEAR) são:

a) GAF - Escala de Avaliação Global de Funcionamento

Trata-se de uma escala de 100 pontos cujo principal objetivo é fornecer um escore capaz de refletir o nível global de funcionamento do paciente. Esta escala pode ser utilizada para planejar e medir o impacto do tratamento, seguir as mudanças do paciente ao longo do tempo, avaliar qualidade de vida e estimar o prognóstico. Pode ser utilizada em qualquer situação em que uma avaliação de gravidade é necessária.

b) M - CHAT - Modified Checklist for Autism in Toddlers

Trata-se de uma escala de rastreamento que pode ser utilizada em todas as crianças durante visitas pediátricas, com objetivo de identificar traços de autismo em crianças de idade precoce. A resposta aos itens da escala leva em conta as observações dos pais com relação ao comportamento da criança, dura apenas alguns minutos para ser preenchida, não depende de agendamento prévio, é de baixo custo e não causa desconforto aos pacientes. Consiste em 23 questões do tipo sim/não, que deve ser auto preenchida por pais de crianças de 18 a 24 meses de idade, que sejam ao menos alfabetizados e estejam acompanhando o filho em consulta.

c) CGI - Escala de Impressão Clínica Global

Trata-se de um instrumento de aplicação simples e rápido, utilizado para avaliar a severidade de sintomas em pacientes portadores de transtornos mentais. Trata-se de uma escala amplamente empregada em estudos clínicos em psiquiatria devido a sua extrema simplicidade e sua confiabilidade amplamente testada. Compõe-se de duas sub escalas: gravidade da doença (CGI-S) e melhora global (CGI-I), avaliadas com escore de 1 a 7 (valores mais altos significam maior gravidade ou piora clínica).

4.3. AVALIAÇÕES DE ACOMPANHAMENTO:

Já os instrumentos a serem aplicados nas avaliações de acompanhamento dos Pacientes inseridos no serviço, com a finalidade de monitoramento da evolução clínica dos casos diante da terapêutica implementada são, *além dos três já descritos anteriormente:*

a) GAF - Escala de Avaliação Global de Funcionamento

b) M - CHAT - Modified Checklist for Autism in Toddlers

c) CGI - Escala de Impressão Clínica Global

d) ABC - Autism Behavior Checklist

Trata-se de uma escala de avaliação de 57 comportamentos atípicos que são sintomáticos do autismo, organizados em cinco áreas: sensoriais, relacionais, imagem corporal, linguagem, interação social e autocuidado. Há um protocolo para a marcação do comportamento da criança. Cada item é pontuado de 1 a 4, determinado estatisticamente de acordo com o grau de

associação ao comportamento patológico. A pontuação para cada um dos cinco domínios é registrada, dando uma pontuação parcial para cada domínio, assim como uma pontuação global. Quando o total chega a 68 pontos ou mais, a criança é considerada com autismo; a pontuação entre 54 e 67 indica uma probabilidade moderada da criança ter autismo; a pontuação entre 47 e 53 é considerada duvidosa para a classificação do autismo, e escores abaixo de 47 indicam que a criança é típica. A lista tem sido amplamente utilizada em vários países, tanto na investigação quanto na prática clínica devido a facilidade de aplicação e o baixo custo.

e) ATEC - Autism Treatment Evaluation Checklist

Trata-se de uma ferramenta simples, para medir a eficácia de vários tratamentos do autismo. Desenvolvido pelo Autism Research Institute, permite que os pais, médicos e outros prestadores de cuidados de saúde para avaliar a extensão do autismo de uma criança. Esse instrumento é sensível o suficiente para medir as mudanças na condição da criança. Ele pode determinar se a condição de uma criança autista está melhorando ou piorando, ou se a criança se recuperou.

f) PEP-R - Psychoeducational Profile Revised

Trata-se de um instrumento de medida da idade de desenvolvimento de crianças com autismo ou com transtornos correlatos da comunicação. Este instrumento surgiu em função da necessidade de identificar padrões irregulares de aprendizagem, visando a subsequente elaboração do planejamento psico educacional, segundo os princípios do Modelo TEACCH (Treatment and Education of Autistic and Communication Handicapped

Children). O PEP foi um instrumento concebido para identificar padrões de aprendizagem irregulares e idiossincráticos, destinando a crianças cuja faixa etária varia entre 1 e 12 anos. As dimensões avaliadas são: coordenação motora ampla, coordenação motora fina, coordenação visomotora, percepção, imitação, performance cognitiva e cognição verbal (escala de Desenvolvimento), e as áreas de relacionamento e afeto, brincar e interesse por materiais, respostas sensoriais e linguagem (escala de Comportamento).

g) SON-R

Esse instrumento deve ser aplicado por psicólogo treinado, avalia um largo espectro de habilidades cognitivas que não exigem o uso da fala e da linguagem escrita. O teste é de aplicação individual e as instruções podem ser dadas tanto de maneira verbal quanto não-verbal, dependendo das possibilidades de comunicação da criança. O SON-R tem várias vantagens em relação aos outros instrumentos de avaliação cognitiva como a duração da aplicação de aproximadamente 30 minutos e sua validação para a realidade brasileira.

Assim, minimamente, os seguintes instrumentos deverão ser reaplicados a cada seis meses em 100% dos pacientes assistidos no serviço, com o objetivo de evidenciar ganhos e/ou estagnações e conseqüentemente avaliação de novas necessidades para inclusão no Projeto Terapêutico Individual (PTI):

- CGI;
- CGAS;

- ATEC;
- ABC;
- SON-R;

Foram consideradas para a escolha dos instrumentos de avaliação, a inclusão no serviço e de acompanhamento, as características abaixo relacionadas:

- Relevância do instrumento;
- Tradução para o português;
- Curto tempo de aplicação;
- Facilidade da aplicação;

Cabe ressaltar que cada instrumento mencionado tem a sua especificidade, conforme brevemente aqui elucidado, e que alguns são de uso restrito a algumas profissões, como o psicólogo (SON-R). Outros profissionais, embora não necessitem de uma formação específica, requerem um treinamento prévio para aplicação dos mesmos (CGI, CGAS, ABC, ATEC, MCHAT). Antes de seu uso, portanto, sugere-se uma consulta aos manuais de aplicação e correção dos instrumentos.

5. RECURSOS HUMANOS

Horário	Cargo	Qte
8h às 17h	Coordenador de Unidade	1

20 horas semanais	Psiquiatra infantil ou neuropediatra	1
8h às 17h	Psicólogo	7
8h às 17h (2x semana)	Profissional de Educação Física	1
8h às 17h (2x semana)	Terapeuta Ocupacional	1
8h às 17h (2x semana)	Fonoaudiólogo	1
8h às 17h	Assistente de Sala/Monitor *	18
8h às 17h	Enfermeiro	1
8h às 17h	Auxiliar Administrativo	1
8h às 17h	Supervisor	3
	TOTAL DE PROFISSIONAIS	35

*Observação: o Assistente de Sala/Monitor deverá ser um profissional com escolaridade nível médio ou superior capacitado pela instituição conveniada no manejo com pessoas com Transtorno do Espectro Autista.

6. RECURSOS MATERIAIS

A conveniada se responsabilizará, através do recurso destinado ao plano de trabalho, pela compra mensal e entrega, na primeira quinzena de cada mês, dos reforçadores, de materiais e brinquedos pedagógicos e de papelaria e material de escritório, necessários para o bom andamento do trabalho.

O gestor do Contrato, representado por um profissional do CAISM Philippe Pinel, deverá fazer a conferência mensal, no ato da entrega dos

produtos pela instituição conveniada nas instalações do CAISM Philippe Pinel, confrontando os produtos entregues com as respectivas notas fiscais. Será feita uma cotação semestral a fim de se comprovar que os fornecedores habituais são os que oferecem melhor preço.

O espaço físico será cedido pelo CAISM Philippe Pinel que colocará à disposição da conveniada espaço seguro, devidamente mobiliado e abastecido pelos insumos necessários ao atendimento, exceto reforçadores, materiais pedagógicos e de papelaria, permitindo o atendimento humanizado e com segurança.

A manutenção e limpeza predial, instalações e disponibilidade de mobília em condições adequadas para uso da conveniada será de responsabilidade do CAISM Philippe Pinel.

7. NORMAS E ROTINAS

7.1. Regulamentos:

O CAISM Philippe Pinel, após uma semana da assinatura do convênio entre as partes, se compromete a disponibilizar à conveniada as normas e rotinas institucionais para ciência de seus colaboradores.

No prazo de até quarenta e cinco dias a conveniada deverá apresentar dois regulamentos, um para os familiares e outro para os funcionários acerca das normas e rotinas do serviço para que sejam validados

pelo CAISM Philippe Pinel e implantados para o bom funcionamento do trabalho.

7.2. Frequência:

Um dos pontos essenciais deste regulamento é a *frequência mensal* dos usuários no serviço que deverá ser assegurado o mínimo de 75% (setenta e cinco) por cento de presença além da participação dos pais/responsáveis no acompanhamento do trabalho desenvolvido com os autistas.

7.2.1. Observação do paciente por semestre.

7.3. Calendário:

Deverá ser elaborado e entregue pela conveniada, até trinta dias após assinatura do convênio, um calendário anual com as datas das reuniões, com as emendas de feriados, capacitações previstas, escala de serviço mensal com os dias e horários de trabalho, bem como o planejamento de férias dos profissionais/substituições destes e demais informações sobre programação e a rotina diária do trabalho a ser realizado com os pacientes. O planejamento anual das atividades deverá ter ampla divulgação aos familiares, à Diretoria Técnica do CAISM Philippe Pinel, gestores e fiscalizadores do convênio.

7.4. Reuniões de pais/responsáveis:

Deverá ocorrer ao menos duas reuniões bimestrais, uma chamada de Reunião Geral, destinada a todos os pais/responsáveis pelos

pacientes do período manhã e tarde e outra com o grupo de pais/responsáveis de cada sala. No dia da reunião geral, excepcionalmente, os pacientes poderão ser dispensados.

7.5. Seleção da equipe:

A instituição conveniada será responsável pelo recrutamento e seleção da equipe que prestará a assistência aos pacientes do Ambulatório de TEA, assim como se comprometerá a comunicar o CAISMPP sobre o desligamento de um funcionário, por meio dos fiscalizadores do convênio, e iniciar o processo de substituição deste profissional no prazo de até **24 horas** após a comunicação do desligamento.

Para desempenhar as funções de Coordenador e Supervisor os profissionais contratados deverão possuir ao menos Título de Pós-Graduação Lato Sensu em ABA - Análise de Comportamento Aplicada.

7.6. Seleção dos pacientes:

Deverá ser seguido o fluxo estabelecido pelo CAISM Philippe Pinel.

São condições para inserção no serviço:

- Ter a vaga disponível.
- Ter diagnóstico de TEA, de acordo com as seguintes categorias nosológicas da Décima Edição do Código Internacional de Doenças (CID-10):

F84.0; F84.1; F84.4; F84.5; F84.8; F84.9.

- Ter idade compatível, entre 2 anos e 17 anos e 11 meses.
- A criança e/ou adolescente será avaliada pelos profissionais da conveniada que, seguindo um protocolo estabelecido pelo CAISM Philippe Pinel e Conveniada, decidirão se o candidato preenche os critérios de elegibilidade para ocupação da vaga disponibilizada.

7.7. Assistidos novos:

É recomendado que a admissão da criança/ adolescente no Ambulatório de Autismo seja realizada de forma cuidadosa para que haja uma boa adaptação e inserção do paciente, bem como dos demais que já frequentam o serviço.

Será priorizada crianças entre 2 e 6 anos de idade para disponibilização de novas vagas.

7.8. Prontuários:

Os trâmites administrativos, tanto de ADMISSÃO quanto de ALTA estarão a cargo do setor de Informações do CAISM Philippe Pinel, que incluirá os formulários que a instituição conveniada deverá preencher e manter regularmente no prontuário do paciente.

A conveniada deverá apresentar todos os modelos de impressos que serão utilizados durante a assistência ao paciente.

O prontuário é um documento elaborado pelo profissional de Saúde e se trata de uma ferramenta fundamental para o registro do trabalho terapêutico realizado com o paciente. Deve conter de forma organizada e detalhada, todos os dados relativos ao paciente, como anamnese, seu histórico familiar, descrição e evolução de sintomas e exames, além das indicações de tratamentos, PROJETO TERAPÊUTICO INDIVIDUALIZADO e prescrições.

O prontuário deverá ser preenchido no ambulatório, segundo as especificações do CAISM Philippe Pinel, elaborado eletronicamente e/ou por impresso a depender da tecnologia disponibilizada na unidade. Ficará sempre a cargo da conveniada o correto e adequado gerenciamento dos prontuários durante os atendimentos.

As informações oriundas dos pacientes e processos de trabalho terapêuticos realizadas no Ambulatório, nas dependências do CAISM Philippe Pinel, não deverão ser guardadas e/ou utilizadas pela instituição conveniada para outra finalidade diferente da contida nesse plano de trabalho, a menos que sejam autorizadas pela Direção Técnica do CAISM Philippe e Pinel, e com a autorização dos pacientes e/ou seus responsáveis, quando for o caso.

A conveniada deverá ter disponível um Sistema de Gestão Hospitalar que possibilite o gerenciamento (coleta e monitoramento) de dados obtidos pelo método de análise do comportamento aplicada de cada paciente inserido no ambulatório, permitindo que a partir destes dados possam ser estabelecidos objetivos e metas qualitativas individuais, assim como para o serviço.

A conveniada deverá manter durante toda a vigência do convênio a segurança dos dados conforme preconiza o Conselho Federal de Medicina quanto as normas de segurança dos dados de Saúde.

Ao término do convênio deverá a conveniada disponibilizar todos os dados registrados no Sistema de Gestão Hospitalar, relativos aos pacientes, com integrações necessárias para interfaces com outros sistemas eletrônicos de Controle da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

A Diretoria Técnica, assim como os Fiscalizadores deverão ter acesso ao Sistema de Gestão para acompanhamento dos objetivos e metas estabelecidas, como também serão pautas das reuniões realizadas.

7.9. Programas:

Cada especialista deverá apresentar um planejamento de atividades a serem realizadas com os usuários e seus familiares. Tal planejamento deverá levar em conta o PTI do paciente, as metas e o espaço físico/recurso material disponibilizado para o profissional. Reiteramos que o CAISM Philippe Pinel dispõe em seu espaço físico:

- Quadra poliesportiva;
- Academia de ginástica;
- Núcleo de Oficinas Terapêuticas;
- Pomar;
- Oficina maker;

- Cozinha experimental;
- Área de Lazer com brinquedo infantil;
- Piscina aquecida;
- Brinquedoteca.

7.10. Material pedagógico e papelaria:

A instituição conveniada se responsabilizará, através do recurso destinado ao projeto, pela compra mensal e entrega, na primeira quinzena de cada mês, dos reforçadores, materiais de escritório, papelaria, materiais e brinquedos pedagógicos necessários para o bom andamento do trabalho.

O fiscalizador do convênio acompanhará o recebimento, realizando a conferência dos materiais listados mediante nota fiscal.

7.11. Mobília:

A mobília necessária para o trabalho será cedida pelo CAISM Philippe Pinel para uso da instituição conveniada.

A instituição conveniada será responsabilizada em utilizá-la com zelo e cuidado, comprometendo-se a informar imediatamente ao CAISM Philippe e Pinel, através de documento (vide anexo I) ao fiscalizador do convênio, sempre que houver perda, desaparecimento ou dano ao bem público.

7.12. Capacitação da equipe:

A equipe a ser contratada pela instituição conveniada deverá ter a qualificação exigida para sua área de atuação, com registro em seus respectivos conselhos de classe e em condições legais de exercer a função.

É fundamental que a equipe de profissionais da conveniada mantenha-se sempre com a formação técnica atualizada nas competências exigidas deste termo de referência, de modo a prestar um serviço de excelência e qualidade aos usuários do serviço.

As capacitações dos funcionários da instituição serão custeadas totalmente com recursos próprios da conveniada ressaltando que sempre que houver necessidade de deslocamentos de profissional para a sede da conveniada com o objetivo de promover capacitações, o(s) fiscalizador (s) deverá ser informado oficialmente com antecedência mínima de uma semana, através de documento contendo nomes dos participantes, data e dados da capacitação a ser realizada, salientando que não poderá ocorrer prejuízo ao atendimento.

O CAISM Philippe Pinel poderá estender convites para participação em eventos de WorkShops, Seminários, Palestras, etc à equipe da conveniada se promover eventos na Instituição com Temas relacionados à TEA e for do interesse da mesma.

7.13. Estágio de residentes e graduandos:

O CAISM Philippe Pinel conta com um Núcleo de Ensino e Pesquisa (NEP) que recebe habitualmente estagiários de graduação da área da Saúde por meio de convênios com instituições de ensino superior, assim como também conta com uma Residência Médica em Psiquiatria. Assim, em caso de interesse do NEP em oferecer campo de estágio no Ambulatório de Autismo, caberá a Instituição conveniada recepcionar os estagiários e/ ou residentes, após avaliação e reunião com a Diretoria Técnica para elaboração e planejamento das necessidades.

7.14. Comunicação entre as partes:

Para o bom funcionamento do serviço e a fluidez na comunicação é importante manter um canal aberto de comunicação entre o coordenador da equipe e os fiscalizadores do Convênio de modo a otimizar as ações do dia a dia, visando a solução do problema o mais rápido possível. Utilizar sempre canais como e-mail, telefone e principalmente formalizando as demandas importantes de ambas as partes por meio de memorandos.

8. INDICADORES DE QUALIDADE E DESEMPENHO

Os indicadores serão avaliados mensalmente do ponto de vista quantitativo e semestralmente do ponto de vista qualitativo, segundo as especificações da tabela a seguir:

8.1. METAS QUANTITATIVAS

META	DESCRIÇÃO	INDICADOR DE ALCANCE DA META
Atendimento ambulatorial para 120 crianças / adolescentes com autismo.	Fazer atendimento ambulatorial para até 120 pessoas com autismo por mês, nas modalidades intensiva ou semi-intensiva.	Quantidade mensal de assistidos atendidos, comprovado por lista de presença nas atividades com especificação de data do(s) procedimento(s) terapêutico(s) realizado(s) para cada paciente assistido.
Avaliação diagnóstica e de acompanhamento em 100% dos assistidos (120 crianças /adolescentes) aplicação de 5 instrumentos específicos.	Fazer avaliação multiprofissional em 100% dos assistidos a cada semestre, com o preenchimento dos instrumentos CGI, CGAS, ATEC, ABC, SON-R para reavaliação acompanhamento.	Quantidade semestral de assistidos atendidos, comprovado por lista de presença nas avaliações com especificação de data do(s) procedimento(s) realizado(s) e instrumentos preenchidos, para cada paciente assistido.
Realização de Projeto Terapêutico Individualizado (PTI) para os 120 crianças/adolescentes.	Construir 100% dos PTIs no primeiro mês do assistido incluído no serviço, após realizar avaliação de equipe multiprofissional.	Quantidade mensal de assistidos atendidos, comprovado por lista de presença nas atividades com especificação de data do(s) procedimento(s) terapêutico(s) realizado(s) para cada paciente assistido.
Realizar até 30 (trinta) Avaliações Diagnósticas de solicitações procedentes do Departamento Regional de Saúde.	Realizar avaliações diagnósticas em crianças e adolescentes procedentes da DRS-1 com o objetivo de identificar diagnóstico e triagem dos casos.	Número de relatórios elaborados pela equipe após avaliação e conduta.

8.2. METAS QUALITATIVAS

META	DESCRIÇÃO	INDICADOR DE ALCANCE DA META
Melhora funcional com o tratamento com pontuação entre 60 a 51 pontos na escala CGAS em até 30% assistidos ao longo de 12 meses.	Análise do preenchimento da escala CGAS para aferição de funcionalidade de cada assistido, uma vez que fornece um escore capaz de refletir o nível global de funcionamento do paciente. Uma pontuação na faixa entre 60 a 51 indica um funcionamento variável com dificuldades esporádicas ou sintomas em várias áreas, mas não em todas as áreas sociais.	Resultado da análise do preenchimento da escala de funcionalidade CGAS, aplicadas semestralmente nas avaliações multiprofissionais de diagnóstico e acompanhamento. A escala tem uma variação de 1 a 100 pontos. Quanto maior a pontuação, melhor o resultado.
Melhora global com o tratamento com pontuação menor ou igual a 50 pontos na escala ATEC em até 30% assistidos ao longo de 12 meses.	Utilização de uma ferramenta simples, para medir a eficácia de vários tratamentos do autismo. Uma pontuação na ATEC < 50 indica que a pessoa tem boas chances de ser semi-independente. Este nível já pode ser considerado muito significativo.	Resultado da análise do preenchimento da escala de ATEC, aplicadas semestralmente nas avaliações multiprofissionais de diagnóstico e acompanhamento. A escala tem uma variação de 0 a 180 pontos. Quanto menor a pontuação, melhor o resultado.

Observação: considerando a elevada gravidade e complexidade dos casos de Autismo habitualmente atendidos no Ambulatório do CAISM Philippe Pinel e a elevada comorbidade com quadros de deficiência intelectual moderada a grave

nesta amostra de pacientes, o que os tornam pouco responsivos ao tratamento global, as metas qualitativas foram ponderadas de forma tímida e conservadora.

9. ACOMPANHAMENTO DOS RESULTADOS

9.1. Reunião com a Direção:

As reuniões entre a conveniada e o CAISMPP devem ocorrer mensalmente, com os representantes oficiais da conveniada, com os gestores do convênio e com a Diretoria Técnica III do CAISM Philippe Pinel, a fim de discutir as questões pertinentes ao trabalho realizado no período, alinhando ações entre ambas instituições. Também serão apresentados indicadores e evolução dos índices quantitativos e qualitativos. Na oportunidade serão revistos os processos envolvidos, bem como a validação de fluxos na busca por sinergia entre as unidades intra-hospitalares.

A instituição conveniada deverá ter como base a gestão transparente das suas ações, visando a sustentabilidade econômico-financeira. Por meio de um representante, prestará contas de toda produção assistencial, bem como a empregabilidade dos recursos financeiros recebidos.

9.2 FISCALIZAÇÃO

9.2.1. Os Gestores e fiscalizadores de Convênio designados pela Diretoria Técnica de Saúde III – CAISMPP, deverão observar, por ocasião de suas atribuições de acompanhamento e fiscalização quanto à execução do Convênio, as determinações estabelecidas, pelas cláusulas contratuais, assim como os

imperativos previstos pela Lei - 8.666, de 21-06-1993 e demais legislações pertinentes e vigentes.

9.2.2. Nesse sentido considera-se:

I – Gestor do Convênio – servidor com perfil administrativo especialmente designado pela administração, com atribuições de acompanhar e controlar o Convênio administrativo. Deverá ter foco na relação jurídica com a conveniada, observando o cumprimento, das regras previstas no instrumento contratual e ainda, buscar os resultados esperados no ajuste.

II – Fiscalizador do Convênio – servidor com perfil técnico especialmente designado pela administração, com atribuições de acompanhar e controlar, in loco a execução do serviço sempre que possível. Deverá ter foco na execução do objeto contratual atestando os serviços efetivamente realizados, assim como realizar todos os apontamentos necessários relacionados à execução do objeto do convênio.

III – Objeto do Convênio – é o descritivo de forma clara, detalhado e voltado para o resultado pretendido do serviço, observado os prazos de execução, quantidade e qualidade, em estrita observância às disposições contratuais;

9.2.3. A indicação do Gestor e Fiscalizador do Convênio será realizada na assinatura do convênio. O gestor contratual deverá, preferencialmente, ter feito parte da elaboração do Projeto Básico ou Termo de Referência.

9.2.4. São atribuições do Gestor do Convênio:

I – Acompanhar e administrar o Convênio administrativo para o qual foi nomeado, proporcionando às partes todos os meios legais para o ideal desempenho das atividades;

II - Notificar a Conveniada quanto à ocorrência de qualquer fato que gere o descumprimento das cláusulas contratuais, determinando o que for necessário à regularização das falhas observadas, devendo estabelecer prazo para soluções de eventuais pendências;

III - Manter pasta individualizada, para arquivamento de documentos relativos à sua execução, tais como: cópia do convênio, cópias dos termos aditivos, relatórios de execução, cópias de correspondências enviadas e recebidas, inclusive por e-mail, prestação de contas mensais;

IV – Analisar mensalmente a prestação de contas dos gastos declarados pela Conveniada, notificando através da autoridade competente, a conveniada para que apresente justificativa sobre o qualquer discrepância detectada na análise;

VI - Avaliar a condução do convênio e quando necessário, balizado pelas diretrizes contratuais, sugerir métodos de racionalização de atividade e gastos inerentes ao Convênio de sua responsabilidade;

VII - Encaminhar à autoridade competente, sugestão de aplicação de sanção prevista no Convênio, em graduação a gravidade da inexecução, quando o objeto estiver sendo executado de forma irregular, em desacordo com as necessidades administrativas pactuadas;

VIII - Manter rotineiramente o gestor substituto informado sobre a execução do convênio, para que o mesmo tenha condições de acompanhar, controlar e fiscalizar o instrumento contratual de sua responsabilidade, nos eventuais impedimentos do titular;

9.2.5 . São atribuições do Fiscalizador do Convênio:

- I - Acompanhar e fiscalizar in loco a execução contratual;
- II - Emitir relatórios mensais sobre o acompanhamento do Convênio de sua responsabilidade, discriminando o serviço prestado, locais de execução, quantidade, qualidade do serviço prestado, assim como, demais informações necessárias ao regular acompanhamento pela administração das atividades;
- III – Manter o gestor do Convênio informado de qualquer ocorrência de irregularidade contratual.

9.3. Cláusula de Confidencialidade:

As informações sobre dados de desempenho e resultados não poderão ser divulgadas a terceiros, estando os infratores sujeitos às penalidades estabelecidas em leis.

10.SISTEMA DE GESTÃO

A conveniada deverá ter disponível um Sistema de Gestão Hospitalar que possibilite o gerenciamento (coleta e monitoramento) de dados obtidos pelo método de análise do comportamento aplicada de cada paciente inserido no ambulatório, permitindo que a partir destes dados possam ser estabelecidos objetivos e metas qualitativas individuais, assim como para o serviço.

A conveniada deverá manter durante toda a vigência do convênio a segurança dos dados conforme preconiza o Conselho Federal de Medicina quanto às normas de segurança dos dados de Saúde.

Ao término do convênio deverá a conveniada disponibilizar todos os dados registrados no Sistema de Gestão Hospitalar, relativos aos pacientes, com integrações necessárias para interfaces com outros sistemas eletrônicos de Controle da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo.

A Diretoria Técnica, assim como os Fiscalizadores deverão ter acesso ao Sistema de Gestão para acompanhamento dos objetivos e metas estabelecidas, como também serão pautas das reuniões realizadas.

11. DILIGÊNCIAS

11.1. Durante o Chamamento Público, após abertura dos envelopes e conferência dos Planos de Trabalhos apresentados, os membros da Comissão poderão realizar diligências junto às instituições participantes acompanhados de TÉCNICO CAPACITADO EM ANÁLISE DO COMPORTAMENTO APLICADO.

ANDRÉA ROSANGELA DA SILVA DA SILVA
Assistente Social

TATIANA TAVARES JORGE
Enfermeira

ANEXO A

Comunicação de Ocorrência

Material permanente:

Data e hora da ocorrência: ____/____/2018 ____:____

Local da ocorrência:

Responsável pelo setor:

Funcionário escalado no dia e hora da ocorrência:

Descrição da ocorrência:

Providências adotadas:

São Paulo, ____ de _____ de 2019.

Nome do funcionário

Carimbo do funcionário

Nome do Coordenador

Carimbo do Coordenador

ANEXO B

INSTRUMENTOS

C-GAS

Escala de Avaliação Global para Crianças e Adolescentes (04 a 16 anos)

SHAFFER, D.; GOULD, M. S.; BRASIC, J.; AMBROSINI, P.; FISHER, P.; BIRD, H. & ALUWAHLIA, S. - "A children's global assessment scale (CGAS)" *Arch Gen Psychiat*, 40:1228-1231, Nov 1983.

- 91 - 100** **Funcionamento superior em todas as áreas (em casa, na escola e com colegas);** envolvido em grande número de atividades e tem muitos interesses (por ex: tem "hobbies", ou participa de atividades extracurriculares, ou pertence a um grupo organizado, como os Escoteiros); sociável (agradável), confiante; preocupações cotidianas nunca o tiram do sério; vai bem na escola; sem sintomas.
- 81 - 90** **Funcionamento bom em todas as áreas;** estável na família, na escola e com colegas; podem haver dificuldades transitórias e preocupações (cotidianas) que ocasionalmente saiam do controle (ex: leve ansiedade associada com uma prova importante; "explosões" ocasionais com irmãos, pais ou colegas).
- 71 - 80** **Não mais que um leve prejuízo no funcionamento em casa, na escola ou com colegas;** alguns problemas de comportamento ou sobrecarga emocional podem estar presentes em resposta a estressores vitais (ex: separação dos pais; mortes; nascimento de um irmão), mas esses distúrbios são breves e a interferência com o funcionamento é transitória; tais crianças perturbam os outros minimamente e não são consideradas diferentes do normal para quem as conhece.
- 61 - 70** **Alguma dificuldade em uma única área, mas em geral funciona muito bem** (ex: atos antissociais isolados ou esporádicos, como ocasionalmente realizar pequenos furtos; pequenas dificuldades consistentes ou duradouras com o trabalho escolar, mudanças de humor de curta duração, medos e ansiedades que não levam a comportamentos de evitação evidentes, insegurança); tem algumas relações interpessoais significativas; a maioria das pessoas que não conhece bem a criança não a consideraria problemática, mas aquelas que a conhecem expressam preocupação.
- 51 - 60** **Funcionamento variável com dificuldades esporádicas ou sintomas em várias mas não em todas as áreas sociais;** distúrbios são perceptíveis para aqueles que encontram a criança numa hora ou ambiente disfuncionais, mas não para aqueles que a vêem em outras horas ou ambientes..
- 41 - 50** **Grau moderado de interferência nos funcionamentos da maioria das áreas sociais ou disfunção grave em uma única área,** tais como as que possam resultar de, por exemplo, ideações suicidas ou ruminções, recusa para ir à escola e outras formas de ansiedade, rituais obsessivos, sintomas conversivos maiores, ataques de ansiedade frequente, empobrecimento ou habilidades sociais inapropriadas, episódios frequentes de agressão ou outros comportamentos antissociais, com alguma preservação de relações sociais significativas.
- 31 - 40** **Disfunção importante em várias áreas e incapacidade funcional em uma dessas áreas:** isto é, desadaptado em casa, na escola, com colegas ou em sociedade, p. ex.: agressão persistente sem provocação, apatia e isolamento marcante devido ou ao humor ou a alterações do pensamento; tentativas suicidas com intenção letal clara; geralmente tais crianças necessitam de escolarização especial e/ou hospitalização ou dispensas da escola (mas essa não é um critério suficiente para inclusão nessa categoria).
- 21 - 30** **Incapacidade funcional em quase todas as áreas,** por ex: fica em casa, na enfermaria ou na cama o dia inteiro, sem fazer parte das atividades sociais ou graves prejuízos na realização de testes ou sérios prejuízos na comunicação (ex: algumas vezes incoerente ou inadequado).
- 11 - 20** **Necessita de supervisão considerável para prevenir danos aos outros ou a si mesmo** (ex: frequentemente violento, várias tentativas de suicídio) ou para manter a higiene pessoal ou grave prejuízo em todas as formas de comunicação, por ex., graves anormalidades na comunicação verbal e gestual, grave inadequação social, estupro, etc.
- 1 - 10** **Necessita de supervisão constante** (cuidados por 24 horas) devido à intensa agressividade ou condutas autodestrutivas ou prejuízo grave na realização de testes, comunicação, cognição, afeto ou higiene pessoal.

CGI (Escala de impressões clínicas globais - Gravidade)

0	<i>Não avaliado</i>
1	<i>Normal, não doente</i>
2	<i>Limítrofe para a doença mental</i>
3	<i>Levemente doente</i>
4	<i>Moderadamente doente</i>
5	<i>Marcadamente doente</i>
6	<i>Gravemente doente</i>
7	<i>Doença mental extremamente grave</i>

ANEXO C

ABC - Inventário de Comportamento da Criança Autista

Autism Behavior Checklist - Krug, D (Tradução: Pedromonico, MRM, Marteletto, MRF, 2001)

Nome da criança _____ Data da aplicação ___/___/___
Idade da criança _____ Data de nascimento ___/___/___

		E	R	C	L	P
		S	E	O	G	S
01	Gira em torno de si por longo período de tempo			4		
02	Aprende uma tarefa, mas esquece rapidamente					2
03	É raro atender estímulo não-verbal social/ambiente (expressões, gestos, situações)		4			
04	Ausência de resposta para solicitações verbais - venha cá; sente-se				1	
05	Usa brinquedos inapropriadamente			2		
06	Pobre uso da discriminação visual (fixa uma característica objeto)	2				
07	Ausência do sorriso social		2			
08	Uso inadequado de pronomes (eu por ele)				3	
09	Insiste em manter certos objetos consigo			3		
10	Parece não escutar (suspeita-se de perda de audição)	3				
11	Fala monótona e sem ritmo				4	
12	Balança-se por longos períodos de tempo			4		
13	Não estende o braço para ser pego (nem o fez quando bebê)		2			
14	Fortes reações frente a mudanças no ambiente					3
15	Ausência de atenção ao seu nome quando entre 2 outras crianças				2	
16	Corre interrompendo com giros em torno de si, balanceio de mãos			4		
17	Ausência de resposta para expressão facial/sentimento de outros		3			
18	Raramente usa "sim" ou "eu"				2	
19	Possui habilidade numa área do desenvolvimento					4
20	Ausência de respostas a solicitações verbal envolvendo o uso de referenciais de espaço				1	
21	Reação de sobressalto a som intenso (suspeita de surdez)	3				
22	Balança as mãos			4		
23	Intensos acessos de raiva e/ou frequentes "chiliques"					3
24	Evita ativamente o contato visual		4			
25	Resiste ao toque / ao ser pego / ao carinho		4			
26	Não reage a estímulos dolorosos	3				
27	Difícil e rígido no colo (ou foi quando bebê)		3			

28	Flácido quando no colo		2			
29	Aponta para indicar objeto desejado				2	
30	Anda nas pontas dos pés			2		
31	Machuca outros mordendo, batendo, etc					2
32	Repete a mesma frase muitas vezes				3	
33	Ausência de imitação de brincadeiras de outras crianças		3			
34	Ausência de reação do piscar quando luz forte incide em seus olhos	1				
35	Machuca-se mordendo, batendo a cabeça, etc			2		
36	Não espera para ser atendido (quer as coisas imediatamente)					2
37	Não aponta para mais que cinco objetos				1	
38	Dificuldade de fazer amigos		4			
39	Tapa as orelhas para vários sons	4				
40	Gira, bate objetos muitas vezes			4		
41	Dificuldade para o treino de toailete					1
42	Usa de 0 a 5 palavras/dia para indicar necessidades e o que quer				2	
43	Frequentemente muito ansioso ou medroso		3			
44	Franze, cobre ou virar os olhos quando em presença de luz natural	3				
45	Não se veste sem ajuda					1
46	Repete constantemente as mesmas palavras e/ou sons				3	
47	"Olha através" das pessoas		4			
48	Repete perguntas e frases ditas por outras pessoas				4	
49	Frequentemente inconsciente dos perigos de situações e do ambiente					2
50	Prefere manipular e ocupar-se com objetos inanimados					4
51	Toca, cheira ou lambe objetos do ambiente			3		
52	Frequentemente não reage visualmente à presença de novas pessoas	3				
53	Repete seqüências de comportamentos complicados (cobrir coisas, por ex.)			4		
54	Destrutivo com seus brinquedos e coisas da família			2		
55	O atraso no desenvolvimento identificado antes dos 30 meses					1
56	Usa mais que 15 e menos que 30 frases diárias para comunicar-se					3
57	Olha fixamente o ambiente por longos períodos de tempo	4				

Total: _____(ES) + _____ (RE) + _____ (CO) + _____(LG) + _____ (PS) = _____

Comentários: _____

ANEXO D

ATEC

* Autism Treatment Evaluation Checklist (ATEC)

Bernard Rimland, Ph.D. and Stephen M. Edelson, Ph.D.

Autism Research Institute

4182 Adams Avenue, San Diego, CA 92116

fax: (619) 563-6840; www.autism.com/ari

Projecto/Objectivo:				
Pontuação: I	II	III	IV	Total

Este formulário pretende medir os efeitos do tratamento. A cotação gratuita deste formulário está disponível na Internet em: www.autism.com/atec

Nome da Criança _____ Rapaz Idade _____
Primeiro Último Rapariga Data de Nascimento _____
Data de hoje _____

Formulário completado por: _____ Tipo de Relação (mãe, pai, professor, etc.) _____

Por favor, circunde as letras, de modo a indicar o grau de verdade de cada frase:

I. Discurso/Linguagem/Comunicação: [N] Não verdadeiro; [P] Parcialmente verdadeiro;
[V] Muito verdadeiro

- | | | |
|--|---|--|
| N P V 1. Sabe o seu nome | N P V 6. Consegue usar 3 palavras de cada vez (Querer mais leite) | N P V 10. Faz perguntas com sentido |
| N P V 2. Responde a “Não” ou “Pára” | N P V 7. Sabe 10 ou mais palavras | N P V 11. O seu discurso tende a ter significado/relevante |
| N P V 3. Consegue seguir algumas ordens | N P V 8. Consegue usar frases com 4 ou mais palavras | N P V 12. Usa, com frequência, várias frases sucessivas |
| N P V 4. Consegue usar uma palavra de cada vez (Não!, Comer, Água, etc.) | N P V 9. Explica o que ele/ela quer | N P V 13. Mantém, razoavelmente bem, uma conversação |
| N P V 5. Consegue usar 2 palavras de cada vez (não querer, ir casa) | | N P V 14. Possui, para a sua idade, uma capacidade normal para comunicar |

II. Sociabilidade: [N] Não descreve; [P] Descreve parcialmente; [M] Descreve muito

- | | | |
|--|---|--|
| N P M 1. Parece estar numa concha – você não consegue chegar até ele/ela | N P M 7. Não mostra afecto | N P M 15. Birras |
| N P M 2. Ignora as outras pessoas | N P M 8. Falha em cumprimentar os pais | N P M 16. Não tem amigos/companheiros |
| N P M 3. Presta pouca ou nenhuma atenção quando alguém se lhe dirige | N P M 9. Evita o contacto com os outros | N P M 17. Raramente ri |
| N P M 4. Não cooperativo e resistente | N P M 10. Não imita | N P M 18. Insensível aos sentimentos dos outros |
| N P M 5. Não estabelece contacto ocular | N P M 11. Não gosta de ser abraçado/aconchegado | N P M 19. Indiferente quanto ao facto de os outros poderem gostar dele |
| N P M 6. Prefere que o deixem sozinho | N P M 12. Não partilha ou mostra | N P M 20. Indiferente se o(s) pai(s) se vai/vão embora |
| | N P M 13. Não acena “adeus” | |
| | N P M 14. Desagradável/não obediente | |

*Tradução: Leitão, G. L. (2001)

*Revisão: Leitão, G. L. (2012)

III. Consciência Cognitiva/Sensorial: [N] Não descreve; [P] Descreve parcialmente;
[M] Descreve muito

N P M 1. Responde quando chamado pelo seu nome	N P M 7. Tem uma expressão facial apropriada	N P M 12. Mostra imaginação
N P M 2. Responde ao elogio	N P M 8. Compreende histórias na T.V.	N P M 13. Inicia actividades
N P M 3. Olha para as pessoas e para os animais	N P M 9. Compreende explicações	N P M 14. Veste-se sozinho
N P M 4. Olha para fotografias, imagens (e T.V.)	N P M 10. Tem consciência do ambiente que o circunda	N P M 15. Curioso, interessado
N P M 5. Desenha, pinta, arte (outras formas de expressão)	N P M 11. Tem consciência do perigo	N P M 16. Aventureiro – explora
N P M 6. Brinca com brinquedos de forma apropriada		N P M 17. “Sintonizado” – Não desorientado
		N P M 18. Olha para onde os outros estão a olhar

IV. Saúde/ Físico/ Comportamento: [N] Não é problema; [m] Problema menor; [M] Problema Moderado; [S] Problema Sério

N m M S 1. Urina na cama	N m M S 11. Bate ou magoa-se a si próprio	N m M S 20. Grita ou berra
N m M S 2. Urina nas calças/fraldas	N m M S 12. Bate ou magoa os outros	N m M S 21. Exige um ambiente sempre idêntico, imutável
N m M S 3. Suja as calças/fraldas	N m M S 13. Tem comportamentos destrutivos	N m M S 22. Frequentemente agitado
N m M S 4. Diarreia	N m M S 14. Sensível aos sons	N m M S 23. Não é sensível à dor
N m M S 5. Prisão de ventre	N m M S 15. Ansioso/medroso	N m M S 24. “Enganchado” ou fixo em certos objectos/assuntos
N m M S 6. Problemas de sono	N m M S 16. Infeliz/chora	N m M S 25. Movimentos repetitivos (auto estimula-se, balanceia-se, etc.)
N m M S 7. Come demais/muito pouco	N m M S 17. Convulsões	
N m M S 8. Tem uma dieta extremamente limitada	N m M S 18. Discurso obsessivo	
N m M S 9. Hiperactivo	N m M S 19. Rotinas rígidas	
N m M S 10. Letárgico (apático, sem energia)		

ANEXO E

Triagem para Encaminhamento de casos Autismo para a Rede de atenção psicossocial (TEAR)

Resumo dos resultados de avaliação especializada em TEA com finalidade de triagem e encaminhamento para a RAPS

* Required

1. Nome do avaliador *

2. Insira o código de acesso *

3. Data da avaliação *

Exemplo: December 15, 2012

Identificação

Neste primeiro momento é fundamental conhecer um pouco sobre o entrevistado e sua relação com a instituição.

4. Nome completo do assistido *

5. Data de nascimento *

Exemplo: December 15, 2012

6. Gênero *

Mark only one oval

- Masculino
 Feminino

7. Nome do familiar entrevistado *

8. Parentesco do familiar *

Mark only one oval

- Mãe
 Pai
 Avô(s)
 Other: _____

9. Escolaridade do familiar entrevistado *

Mark only one oval

- Ensino fundamental (ou equivalente) incompleto
 Ensino fundamental (ou equivalente) completo
 Ensino médio (ou equivalente) incompleto
 Ensino médio (ou equivalente) completo
 Ensino superior (ou equivalente) incompleto
 Ensino superior (ou equivalente) completo

10. Cor da pele *

Mark only one oval

- Branca
 Negra
 Amarela
 Mulato
 Other: _____

Histórico clínico (médico)

Descreva aqui um resumo do histórico do(s) paciente a partir do relato do acompanhante/responsável

11. Resumo clínico *

12. Data referida aproximada do início dos sintomas

13. Data referida aproximada do início do tratamento na saúde mental:

14. Data referida aproximada do início do tratamento especializado em Autismo:

15. O(s) paciente(s) já necessitou de internações psiquiátricas? *

Mark only one oval

Sim

Não

16. observações

17. Exame do estado mental *

18. Qual(is) o(s) CID(s) informado(s) pelo médico?

19. Indicar a categoria específica do CID informado pelo médico, se caso for: *

Check all that apply:

F64

F64.0

F64.1

F64.2

F64.3

F70

F71

F72

F73

F79

G40

Other: _____

20. Indicar a categoria do CID informado pelo médico: *

Check all that apply:

F20 a F29

F30 a F39

F40 a F49

F50 a F59

F70 a F79

F80 a F89

F90 a F99

F90 a F99

G40.0 a G40.9

21. Classes de medicamentos utilizados

Check all that apply:

ISRS (Fluocetina, Sertralina, Citalopram, Paroxetina)

ISRN (Venlafodina, Duloxetina, Desvenlafodina)

Tricíclicos (Imipramina, Amitríptilina, Nortríptilina, Clomipramina)

Outros antidepressivos/atípicos (Bupropiona, Mirtazapina)

Psicostimulantes (Metilfenidato - Ritalina -, Lidocartetamina)

Neurolépticos 2ª geração (Quetiapina, Risperidona, Olanzapina, Aripirazol, Ziprasidona)

Neurolépticos 1ª geração (Haloperidol, Levomepromazina, Clozapina, Pericazina, Tioridazina)

Antiepilépticos/Estabilizadores do Humor (Carbamazepina, Oxidicarbamazepina, Ácido Valproico, Lito, Lamotrigina, Fenitoina, Fenobarbital, Topiramato)

Benzodiazepínicos (Clonazepam, Clonazepam, Lorazepam, Alprazolam, Clonazepam, etc.)

Antiparkinsonianos (Biperideno, Prometazina)

Other: _____

Exames complementares (opcional)

Em caso de resultados de exames complementares solicitados pelo médico, indicar os resultados

22. Resultado de exames complementares

Contexto educacional (médico)

Faremos perguntas agora relacionadas aos saberes educacionais para conhecermos um pouco melhor a cerca da aprendizagem do(a) assistido(a).

23. Refere que está estudando? *

Mark only one oval.

- Sim
 Não

24. Nome da escola

25. Qual o programa pedagógico realizado? *

Mark only one oval.

- Programa regular
 Adaptado em escola regular (necessidade de supervisão constante de agente auxiliar)
 Adaptado em escola especial (sem necessidade de agente auxiliar)
 Realizado em escola especial (totalmente adotada/especializada)

26. Sabe ler?

Mark only one oval.

- Sim
 Não

27. Sabe escrever?

Mark only one oval.

- Sim
 Não

Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) - (médico)

A CIF é uma classificação da funcionalidade e da incapacidade do homem. Ela agrupa, de maneira sistemática, os domínios da saúde e os domínios relacionados com a saúde. Dentro de cada componente, os domínios são agrupados de acordo com as suas características comuns (tais como, origem, tipo ou semelhança) e ordenados segundo essas características.

Neste item, serão utilizados os escores, com critérios de dependência de 1 a 4 (de sem repercussão a totalmente dependente), conforme a seguir:

1. SEM REPERCUSSÃO

Realiza a atividade de forma independente, sem nenhum tipo de adaptação ou modificação, na velocidade habitual e em segurança. Não tem nenhuma restrição ou limitação para realizar a atividade da maneira considerada normal para uma pessoa da mesma idade, cultura e educação. Realiza a atividade sem nenhuma modificação, realizando-a da forma e velocidade habitual.

2. REALIZA COM ADAPTAÇÃO SEM AUXÍLIO DE TERCEIROS

Realiza a atividade de forma adaptada, sendo necessário algum tipo de modificação ou realiza a atividade de forma diferente da habitual ou mais lentamente. Para realizar a atividade necessita de algum tipo de modificação do ambiente ou do mobiliário ou da forma de execução como por exemplo, passar a fazer uma atividade sentado que antes realizava em pé; ou de alguma adaptação que permita a execução da atividade por exemplo uma lupa para leitura ou um aparelho auditivo. Com as adaptações e modificações não depende de terceiros para realizar a atividade; tem uma independência modificada. Nessa pontuação o indivíduo deve ser independente para colocar a adaptação necessária para a atividade, não dependendo de terceiros para tal. Estão enquadrados os indivíduos que precisam ser supervisionados para decisões (como decisão apoiada) por comprometimento da crítica.

3. REALIZA COM AUXÍLIO DE TERCEIROS

Realiza a atividade com o auxílio de terceiros. O indivíduo participa de alguma etapa da atividade. Inclui preparo e supervisão. Estão enquadrados os indivíduos com crítica reduzida sem possibilidade de fazer escolhas.

4. TOTALMENTE DEPENDENTE

Não realiza a atividade ou é totalmente dependente de terceiros para realizá-la. Não participa de nenhuma etapa da atividade.

28. Baseado nos critérios da Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF) relativos à Atividade (execução de uma tarefa ou ação do indivíduo) e Participação (envolvimento de um indivíduo numa situação da vida real) apresenta comprometimento em quais dos seguintes Domínios: *

Check all that apply:

- Sensorial
 Comunicação
 Mobilidade
 Cuidados pessoais
 Vida doméstica
 Educação
 Trabalho e vida econômica
 Socialização e vida comunitária

29. Comprometimento das funções do corpo *

Check all that apply.

- Funções mentais
- Funções sensoriais e dor
- Funções da voz e da fala
- Funções do aparelho cardiovascular, dos sistemas hematológico e imunológico e do aparelho respiratório
- Funções do aparelho digestivo e dos sistemas metabólico e endócrino
- Funções geniturinárias e reprodutivas
- Funções neuromusculoesqueléticas e relacionadas com o movimento
- Funções da pele e estruturas relacionadas

30. Domínio Sensorial *

Mark only one oval per row.

	1. Sem repercussão	2. Realiza com adaptação sem auxílio de terceiros	3. Realiza com auxílio de terceiros	4. Totalmente dependente
Observar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ouvir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Atender solicitações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

31. Domínio Comunicação *

Mark only one oval per row.

	1. Sem repercussão	2. Realiza com adaptação sem auxílio de terceiros	3. Realiza com auxílio de terceiros	4. Totalmente dependente
Recepção de mensagens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Produção de mensagens	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conversar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Discutir	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilização de dispositivos de comunicação à distância	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

32. Aprendizagem e aplicação do conhecimento *

Mark only one oval per row.

	1. Sem repercussão	2. Realiza com adaptação sem auxílio de terceiros	3. Realiza com auxílio de terceiros	4. Totalmente dependente
Aprendizado básico	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ler e escrever	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fazer cálculos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Resolver problemas simples	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Resolver problemas complexos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tomar decisões	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Aquisição de habilidades	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

33. Domínio Mobilidade *

Mark only one oval per row.

	1. Sem repercussão	2. Realiza com adaptação sem auxílio de terceiros	3. Realiza com auxílio de terceiros	4. Totalmente dependente
Andar e se deslocar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mudar e manter a posição do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alcançar, transportar e mover objetos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Movimentos finos da mão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deslocar-se dentro de casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deslocar-se dentro de edifícios que não a própria casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Deslocar-se fora de sua casa e de outros edifícios	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizar transporte coletivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Utilizar transporte individual como passageiro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

34. Domínio Cuidados Pessoais *

Mark only one oval per row.

	1. Sem repercussão	2. Realiza com adaptação sem auxílio de terceiros	3. Realiza com auxílio de terceiros	4. Totalmente dependente
Lavar-se	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidar de partes do corpo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regulação da ingestão	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regulação da defecação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Beber	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Capacidade de identificar agravos à saúde	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

35. Domínio Vida Doméstica *

Mark only one oval per row.

	1. Sem repercussão	2. Realiza com adaptação sem auxílio de terceiros	3. Realiza com auxílio de terceiros	4. Totalmente dependente
Preparar refeições tipo lanches	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Coolinar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Realizar tarefas domésticas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Manutenção e uso apropriado de objetos pessoais e utensílios da casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cuidar dos outros	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

36. Domínio Educação, Trabalho e Vida Econômica *

Mark only one oval per row.

	1. Sem repercussão	2. Realiza com adaptação sem auxílio de terceiros	3. Realiza com auxílio de terceiros	4. Totalmente dependente
Educação	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Qualificação profissional	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Trabalho remunerado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Transações financeiras básicas (pequena quantia de dinheiro)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fazer compras e contratar serviços	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Administração de recursos econômicos pessoais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

37. Domínio Socialização e Vida Comunitária *

Mark only one oval per row.

	1. Sem repercussão	2. Realiza com adaptação sem auxílio de terceiros	3. Realiza com auxílio de terceiros	4. Totalmente dependente
Interações interpessoais básicas (atitude crítica)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Regular o comportamento nas interações	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Interações de acordo com as regras sociais	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relacionamentos com estranhos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Relacionamentos familiares e com pessoas familiares íntimas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Socialização	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fazer as próprias escolhas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vida Política e Cívica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Instrumentos aplicados

Incluir os resultados dos resultados finais dos instrumentos de avaliação realizados

38. CGAS (Funcionalidade) *

39. CGI (Gravidade) *

Mark only one oval.

	0	1	2	3	4	5	6	7	
Não avaliado	<input type="radio"/>	Doença mental extremamente grave							

40. M-CHAT (se < 4 anos)

Identificação de demandas e encaminhamentos (médico)

Informe, entre as demandas previstas nos seguintes equipamentos de rede de atenção psicossocial do SUS, que irão auxiliar na elaboração do PTS do(a) paciente.

41. Saúde *

Check all that apply.

- Centro de Atenção Psicossocial Infância Juvenil (CAPSI)
- Unidade Básica de Saúde (UBS / PSF)
- Centro Especializado em Reabilitação (CER)
- Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF)
- CECCO
- Serviço de Reabilitação

42. Especialidades médicas *

Check all that apply.

- Psiquiatria
- Pediatria
- Neurologia
- Genética
- Otorrinolaringologia
- Oftalmologia
- Ginecologia

43. Educação *

Check all that apply.

- AVE
- Sala SAAI
- Professor auxiliar individual
- Professor auxiliar em grupo
- Escola especializada
- Other: _____

44. Moradia e outros benefícios

Check all that apply.

- Residência Inclusiva
- Avaliação SUAS
- Benefícios LOAS
- Assistência CREAS
- Transporte (Benefícios)
- Other: _____

45. Médico avaliador *

Mark only one oval.

- Dr. Andrea (Psiquiatra da Infância e Adolescência)

ANEXO F
PLANILHA DE PROPOSTA DE ORÇAMENTO

EQUIPE MÉDICA

Profissional	Horário / Carga Horária	Qtde de Profissionais	* Valor Plantão Diário (Por Profissional)	Valor Total Plantão Diário (C)	Valor Total Mensal (D)	Valor Total 12 Meses (E)
		(A)	(B)	(A x B)	(C X 30)	(D x 12)
Psiquiatra infantil ou neuropediatra	20 horas semanais	1	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
TOTAL EQUIPE MÉDICA		1	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -

EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

Profissional	Horário / Carga Horária	Qtde de Profissionais	* Valor Plantão Diário (Por Profissional)	Valor Total Plantão Diário (C)	Valor Total Mensal (D)	Valor Total 12 Meses (E)
		(A)	(B)	(A x B)	(C X 30)	(D x 12)
Psicólogo	8h às 17h (2ª a 6ª)	7	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
Terapeuta Ocupacional	8h às 17h (2 x semana)	1	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
Fonoaudiólogo	8h às 17h (2 x semana)	1	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
Professor de Educação Física	8h às 17h (2 x semana)	1	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
TOTAL EQUIPE MULTIPROFISSIONAL		10	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -

EQUIPE DE ENFERMAGEM

Profissional	Horário / Carga Horária	Qtde de Profissionais	* Valor Plantão Diário (Por Profissional)	Valor Total Plantão Diário (C)	Valor Total Mensal (D)	Valor Total 12 Meses (E)
		(A)	(B)	(A x B)	(C X 30)	(D x 12)
Enfermeiro	8h às 17h	1	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
TOTAL EQUIPE DE ENFERMAGEM		1	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -

EQUIPE MONITORES

Profissional	Horário / Carga Horária	Qtde de Profissionais	* Valor Plantão Diário (Por Profissional)	Valor Total Plantão Diário (C)	Valor Total Mensal (D)	Valor Total 12 Meses (E)
		(A)	(B)	(A x B)	(C X 30)	(D x 12)
Assistente de Sala / Monitor	8h às 17h	18	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
TOTAL EQUIPE MONITORES		18	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -

EQUIPE ADMINISTRATIVA

Profissional	Horário / Carga Horária	Qtde de Profissionais	* Valor Plantão Diário (Por Profissional)	Valor Total Plantão Diário (C)	Valor Total Mensal (D)	Valor Total 12 Meses (E)
		(A)	(B)	(A x B)	(C X 30)	(D x 12)
Coordenador de Unidade	8h às 17h	1	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
Auxiliar Administrativo	8h às 17h	1	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
Supervisor	8h às 17h	3	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -
TOTAL EQUIPE ADMINISTRATIVA		5	R\$ -	R\$ -	R\$ -	R\$ -

MATERIAL NECESSÁRIO PARA ASSISTÊNCIA

Descrição	Valor Total Mensal	Valor Total 12 Meses
Reforçadores	R\$ -	R\$ -
Brinquedos Pedagógicos	R\$ -	R\$ -
Material de Escritório	R\$ -	R\$ -
Papelaria	R\$ -	R\$ -
Uniformes	R\$ -	R\$ -
TOTAL	R\$ -	R\$ -

CUSTOS INDIRETOS

Descrição	Valor Total Mensal	Valor Total 12 Meses
Contratação de Serviços de Consultoria e Assessoria	R\$ -	R\$ -
TOTAL	R\$ -	R\$ -

TOTAL GERAL

Descrição	Valor Total Mensal	Valor Total 12 Meses
Total Equipe Médica	R\$ -	R\$ -
Total Equipe Multiprofissional	R\$ -	R\$ -
Total Equipe de Enfermagem	R\$ -	R\$ -
Total Equipe de Monitores	R\$ -	R\$ -
Total Equipe Administrativa	R\$ -	R\$ -
Total material necessário para assistência	R\$ -	R\$ -

Total custos indiretos	R\$ -	R\$ -
TOTAL GERAL	R\$ -	R\$ -

TOTAL GERAL MENSAL: R\$ _____ (_____)

TOTAL GERAL 12 MESES: R\$ _____ (_____)

* **ATENÇÃO:** os valores informados no **Valor Plantão Diário (por profissional)** deverão estar acrescidos de todos os encargos e benefícios, como por exemplo: férias, 13º, FGTS, IR, INSS, vale transporte, vale refeição, plano de saúde, verbas rescisórias, entre outros.

Validade da proposta: 90 dias

ANEXO IX

PLANO DE TRABALHO

I – INTRODUÇÃO

a) Breve Histórico da Instituição

Missão. Deve conter data de início das atividades, tipos de assistências, quantidade de atendimentos por ano, fonte de recursos financeiros, região atendida e outras informações que julgar relevante.

IMPORTANTE: o pedido da instituição deve estar coerente com seu histórico.

b) Características da Instituição

Participação no SUS.

Descrever especialidades, quantidade de profissionais, tipo de complexidade atendida, quantidade de atendimentos / procedimentos e outras informações que julgar relevante.

II - INFORMAÇÕES CADASTRAIS

a) Entidade

<i>Razão Social</i>	
<i>CNPJ</i>	
<i>Atividade Econômica Principal (a mesma descrita no CNPJ)</i>	
<i>Endereço</i>	
<i>Cidade</i>	<i>UF</i>
<i>CEP</i>	<i>DDD/Telefone</i>

<i>E-mail</i>			
<i>Banco BANCO DO BRASIL</i>	<i>Agência</i>	<i>Conta Corrente</i>	<i>Praça de Pagamento (*)</i>

(*) Declaramos que esta Conta corrente será exclusiva para o recebimento do recurso.

B) Responsáveis

<i>Responsável pela Instituição</i>		
<i>CPF</i>	<i>RG</i>	<i>Órgão Expedidor</i>
<i>Cargo</i>	<i>Função</i>	
<i>Endereço</i>		
<i>Cidade</i>		<i>UF</i>
<i>CEP</i>	<i>Telefone</i>	

<i>Responsável pela Instituição</i>		
<i>CPF</i>	<i>RG</i>	<i>Órgão Expedidor</i>
<i>Cargo</i>	<i>Função</i>	
<i>Endereço</i>		
<i>Cidade</i>		<i>UF</i>

<i>CEP</i>	<i>Telefone</i>
------------	-----------------

<i>Responsável pela Instituição</i>		
<i>CPF</i>	<i>RG</i>	<i>Órgão Expedidor</i>
<i>Cargo</i>	<i>Função</i>	
<i>Endereço</i>		
<i>Cidade</i>		<i>UF</i>
<i>CEP</i>	<i>Telefone</i>	

III - INFORMAÇÕES CADASTRAIS DO ÓRGÃO INTERVENIENTE / RESPONSÁVEIS

a) Órgão Interveniente

<i>Órgão Interveniente</i> <i>Não se aplica</i>				
<i>CNPJ</i>				
<i>Atividade Econômica Principal (a mesma descrita no CNPJ)</i>				
<i>Endereço</i>				
<i>Cidade</i>				<i>UF</i>
<i>Cidade</i>	<i>UF</i>	<i>CEP</i>	<i>DDD/Telefone</i>	<i>E-mail</i>

--	--	--	--	--

b) Responsáveis

<i>Responsável pela Instituição Interviente</i>		
<i>Não se aplica</i>		
<i>CPF</i>	<i>RG</i>	<i>Órgão Expedidor</i>
<i>Cargo</i>	<i>Função</i>	
<i>Endereço</i>		
<i>Cidade</i>		<i>UF</i>
<i>CEP</i>	<i>Telefone</i>	

IV – QUALIFICAÇÃO DO PLANO DE TRABALHO

Objeto	Descrição
<i>Custeio</i>	<i>Exemplos: recursos humanos, Reforma da UTI, Material de Escritório, Conserto do Telhado, Instalação de equipamento.</i>

a) Identificação do Objeto

Descrever detalhadamente em que serão aplicados os recursos financeiros recebidos, ou seja, o tipo de prestação de serviços que será executado.

Exemplos:

1- Para custeio de prestação de serviços deve conter quantidades por tipo de serviço, valores respectivos e tempo de execução.

b) Objetivo

Exemplo: Veículo

Questões	Respostas
O que se pretende alcançar?	
Como?	

c) Justificativa

Explicar a necessidade de execução.

Convencimento. Explica a razão pela qual tal projeto deve ser realizado e sua relevância.

Os critérios utilizados para escolher o tema e formular as hipóteses devem ser claros e são de suma importância entendimento de quem avalia o projeto.

A Justificativa exalta a importância do tema, ou justifica a necessidade imperiosa de se levar a efeito tal empreendimento.

Uma justificativa conter o seguinte contexto:

Exemplo

Questões	Respostas
Por que realizar o projeto / ação?	<i>Em nossa região há uma fila para realização de cirurgias de catarata de 600 pacientes aguardando sua vez.</i>

Questões	Respostas
Motivos que justificam?	<i>Com os recursos atuais conseguiremos atender esta demanda em 10 anos, com o risco de muitos dos pacientes ficarem cegos em decorrência do avanço da doença.</i>

Questões	Respostas
Contribuição a ser realizada?	<i>Com a contratação de profissionais e compra de materiais necessários será possível eliminar a demanda represada em 3 meses ...</i>
Solução para o problema?	<i>... evitando graves transtornos aos nossos pacientes e proporcionando melhor qualidade de vida.</i>

d) Metas a Serem Atingidas

Descrever o resultado esperado com este Plano de Trabalho.

Característica	Descrição
Específico	determinado, não pode ser generalizado
Mensurável	pode ser calculado
Atingível	pode ser realizado
Relevante	importante para o processo
Temporal	em determinado prazo

Exemplos de Metas Quantitativas:

META <i>(Passo a passo que demonstrará alcance do objetivo)</i>	DESCRIÇÃO das ações para atingir a meta	INDICADOR DE ALCANCE DA META <i>(cálculo ou relatório para identificar se a meta foi alcançada)</i>
Eliminar 80% da demanda reprimida de 1200 cirurgias eletivas Eliminar 80% da fila de 1200 cirurgias em demanda reprimida.	Disponibilizar equipe especializada para realização de cirurgias.	Quantidade de cirurgias realizada no período / Demanda reprimida pacientes que estão aguardando para realizar a cirurgia eletiva x100.

Exemplos de Metas Qualitativas:

META	DESCRIÇÃO	INDICADOR DE ALCANCE DA META <i>(cálculo para identificar se a meta foi alcançada)</i>
Aumentar de 70% para 90% o índice de satisfação “ótima” dos usuários SUS em 6 meses.	Aplicar pesquisa de satisfação aos usuários SUS de acordo com os critérios especificados em norma interna.	Quantidade de Usuários com avaliação ótima no período / Quantidade Total de Usuários que participaram dos serviços nos ultimo 06 meses.

e) Etapas ou Fases de Execução

Descrever em que etapas serão utilizadas os recursos financeiros.

Exemplo:

ETAPA	DESCRIÇÃO	DURAÇÃO	APLICAÇÃO
1	Contratar Prestação de serviços de uma equipe especializada	1 mês	140.000,00
2	Adquirir material médico hospitalar	2 meses	110.000,00
Total			250.000,00

Plano de Aplicação de Recursos Financeiros

(a especificação do objeto pode ser verificada no item IV; a Identificação do Objeto)

Exemplo:

ORDE M	OBJETO	VALOR	%
1	Consumo		
	Material Hospitalars		
	Material de Escritório		
	Material de Limpeza		
2	Prestação de Serviços		
	Prestação de serviços de uma equipe especializada.		
	Benefícios		
Total			

V – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO (preencher a tabela)

Desmembrar por natureza de despesa (custeio).

Mês	OBJETO	CONCEDENTE
1	Custeio	R\$ 0,00
2		
3		
4		
5		
6		
Total		R\$ 0,00

VI - PREVISÃO de EXECUÇÃO DO OBJETO

- Início: ____/____/2019.
- Duração: ____/____/2019.

VI – DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante legal do proponente, **DECLARO**, para fins de prova junto à Secretaria de Estado da Saúde, para os efeitos e sob as penas da lei, que inexistente qualquer débito em mora ou situação de inadimplência com o Tesouro ou qualquer órgão ou Entidade da Administração Pública, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas nos orçamentos deste Poder, na forma deste Plano de Trabalho.

Data da Assinatura ____/____/2019

(a data deve ser de acordo com o ofício do interessado)

Assinatura do responsável pela
confeção o Plano de Trabalho

Assinatura do responsável pela Entidade

VII – ANALISADO E APROVADO TÉCNICAMENTE NESTA UNIDADE

Assinatura _____/_____
Data _____ de

Assinatura do Diretor da Unidade

VIII – APROVAÇÃO – ORDENADOR DA DESPESA

Data da Assinatura ____/____/2019

Ordenador de Despesa

IX – APROVAÇÃO – SECRETÁRIO DE ESTADO DA SAÚDE

Data da Assinatura ____/____/2019

Secretário de Estado da Saúde

(Modelo – deve ser emitido em papel que contenha a denominação ou razão social da Instituição)

ANEXO X

DECLARAÇÃO DE PATRIMÔNIO

Declaramos para fins de celebração de ajustes com a Secretaria de Estado da Saúde que a(razão social da Entidade)....., CNPJ....., possui Patrimônio próprio constituído.

Local e data (Assinatura do Representante Legal da Entidade)

(Modelo – deve ser emitido em papel que contenha a denominação ou razão social da Instituição)

ANEXO XI

DECLARAÇÃO NEGATIVA DE IMPEDIMENTOS

Declaramos para fins de celebração de ajustes com a Secretaria de Estado da Saúde que a (o)(razão social da Entidade)....., CNPJ....., não está impedida de celebrar qualquer modalidade de parceria com órgãos públicos.

Local e data (Assinatura do Representante Legal da Entidade)

(Modelo – deve ser emitido em papel que contenha a denominação ou razão social da Instituição)

ANEXO XII

DECLARAÇÃO SOBRE QUADRO DIRETIVO DA INSTITUIÇÃO

Declaramos para fins de celebração de ajustes com a Secretaria de Estado da Saúde a (o)(razão social da Entidade)....., CNPJ....., NÃO possui em seu quadro diretivo agentes políticos de Poder ou do Ministério Público ou de dirigente de órgão ou entidade da Administração pública celebrante, bem como seus respectivos cônjuges, companheiros ou parentes, até o segundo grau, em linha reta, colateral ou por afinidade.

Local e data (Assinatura do Representante Legal da Entidade)