PROJETO DE LEI ORDINÁRIA Nº 113, DE 15 DE OUTUBRO DE 2019

Autoriza o município de Itapoá a firmar convênio com a APAE visando o repasse de recursos recebidos do Fundo Nacional de Saúde para a prestação de serviços ambulatoriais para Atendimento/Acompanhamento de Paciente em Reabilitação do Desenvolvimento Neuropsicomotor.

LEI

Art. 1º Fica o Município de Itapoá autorizado a firmar convênio com a APAE de Itapoá, para prestação de serviços assistenciais à saúde em âmbito ambulatorial objetivando o atendimento e/ou acompanhamento de pacientes em reabilitação do desenvolvimento neuropsicomotor.

§1º O convênio será celebrado em conformidade com a minuta anexa à presente Lei.

§2º Para a execução do Convênio de que trata o *caput* deste artigo, o Município de Itapoá repassará à APAE de Itapoá os recursos recebidos pelo Fundo Municipal de saúde oriundos do Fundo Nacional de Saúde, para a cobertura dos serviços ambulatoriais para Atendimento/Acompanhamento de Paciente em Reabilitação do Desenvolvimento Neuropsicomotor, de pacientes encaminhados e regulados pelo SUS.

§3º O repasse da parcela de cada mês está condicionada ao valor mensal aprovado no SIA/SUS posteriormente à prestação dos serviços, ou seja, após produção, apresentação, aprovação, processamento e transferência financeira dos recursos pelo Fundo Nacional de Saúde para o Fundo Municipal de Saúde.

§4º A vigência do convenio será de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos, limitado a 60 (sessenta) meses.

§5º O convenio poderá ser alterado, no todo ou em parte, mediante acordo entre as partes, através de Termo Aditivo, cujos valores serão sempre condicionados ao valor mensal aprovado e repassado pelo Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde.

Art. 2º As despesas decorrentes da execução da presente Lei correrão à conta da ação 2118 – Funcional 0010.00301.0013, ficando autorizadas as alterações orçamentárias que se fizerem necessárias em decorrência do convênio autorizado pela presente Lei.

Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Itapoá, 15 de outubro de 2019.

Assinado de forma digital por MARLON ROBERTO NEUBER:90961048972
DN: c=BR, o=ICP-Brasil, ou=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, ou=RFB e-CPF A3, ou=(EM BRANCO), ou=AR CAMARA DE DIRIGENTES LOJISTAS DE FLORIANOPOLIS, cn=MARLON ROBERTO NEUBER:90961048972

MARLON ROBERTO NEUBER
Prefeito Municipal
[assinado digitalmente]

Assinado de forma digital por RODRIGO LOPES DE OLIVEIRA:02503759904
DN: c=BR, o=ICP-Brasil, ou=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, ou=RFB e-CPF A3, ou=(EM BRANCO), ou=AR FCDL SC, cn=RODRIGO LOPES DE OLIVEIRA:02503759904

RODRIGO LOPES DE OLIVEIRA
Chefe de Gabinete
[assinado digitalmente]

Documento assinado digitalmente pelo(s) autor(es), em conformidade com o art. 45, §3º e §4º, da Lei Orgânica de Itapoá, Resolução nº 14/2016, e conforme as regras da infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP-Brasil). Para consultar a autenticidade e integridade do documento, pode-se consultar o site http://camaraitapoa.sc.gov.br/verificador

ANEXO

MINUTA DO TERMO DE CONVÊNIO Nº XX/2019.

TERMO DE CONVÊNIO ENTRE O MUNICÍPIO DE ITAPOÁ (SC) E A APAE DE ITAPOÁ visando o repasse de recursos recebidos do Fundo Nacional de Saúde para a prestação de serviços ambulatoriais para Atendimento/ Acompanhamento de Paciente em Reabilitação do Desenvolvimento Neuropsicomotor aos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS.

MUNICÍPIO DE ITAPOÁ (SC), pessoa jurídica de direito público, inscrita no **CNPJ** sob o **n° 81.140.303/0001-01**, com sede na Mariana Michels Borges, n° 201, Bairro Itapema do Norte, CEP 89249-000, neste ato representado pelo Prefeito de Itapoá o senhor **Marlon Roberto Neuber,** juntamente com a Secretária de Saúde, a senhora **Sandra Regina Medeiros da Silva,** Ordenadora do **Fundo Municipal de Saúde**, inscrito no **CNPJ** sob o **nº 11.485.410/0001-96** doravante denominada **CONCEDENTE** e a **ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DOS EXCEPCIONAIS DE ITAPOÁ/SC,** com sede na cidade de ITAPOÁ, na Rua Mariana Michels Borges nº 675 CEP 89249-000 inscrita no **CNPJ** sob o **n° 02.216.998/0001-91,** neste ato representado por seu presidente, senhor **José Vitor de Andrade**, doravante denominada **CONVENIADA** resolvem por mútuo acordo, e em conformidade com o Art. 199 da Constituição Federal, com a Lei 8.080 e o Manual de Normas Técnicas para Serviços de Reabilitação em Deficiência Mental e ou Autismo do Estado de Santa Catarina, firmar o presente Termo de Convênio, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente Convênio tem por objeto a prestação de serviços de saúde para **atendimento/acompanhamento ambulatorial de pacientes em reabilitação do desenvolvimento neuropsicomotor,** cadastrado na Tabela SIGTAP pelo código 03.01.07.007-5 aos usuários do Sistema Único de Saúde, de acordo com as normas do SUS.

Parágrafo Único**.** Os serviços ora conveniados estão referidos a base territorial e populacional do município de Itapoá, com base na Programação Pactuada e Integrada – PPI da Assistência Ambulatorial, sendo ofertados conforme parâmetros assistenciais, compatibilizando-se a demanda e disponibilidade de recursos financeiros do SUS.

CLÁUSULA SEGUNDA - DOS DOCUMENTOS JURÍDICOS E SITUAÇÃO CADASTRAL

Os serviços referidos na Cláusula Primeira serão executados pela Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais de ITAPOÁ**,** com Alvará de Licença para Localização e Funcionamento sob nº. 14/2019, expedido pela Prefeitura Municipal de Itapoá e Alvará Sanitário sob nº 450/2019, expedido pela Vigilância Sanitária competente, e sob a responsabilidade técnica de **Silmara Speck dos Santos**, registrada no Conselho Regional de Assistência Social sob nº 5402 da 12º Região.

§1º - No caso de mudança de endereço do estabelecimento da **CONVENIADA**, deverá ser prontamente

comunicada à **CONCEDENTE**, a qual analisará a manutenção dos serviços ora contratados no novo endereço devidamente vistoriado, podendo rever as condições deste Convenio, e até mesmo rescindi-lo, se entender oportuno e/ou conveniente. Devendo ser providenciado pela **CONVENIADA** a solicitação de novo alvará.

§2º - O responsável técnico pelos serviços de diagnóstico e terapia deverá ser indicado pela **CONVENIADA**, sendo que sua alteração deverá ser comunicada, imediatamente, por escrito, à **CONCEDENTE** para alteração cadastral, que poderá ou não aceitá-lo.

§3º - A **CONVENIADA** obriga-se a informar ao Gestor toda e qualquer alteração do ato constitutivo através da Ficha Cadastral de Estabelecimentos de Saúde – FCES, mantendo-a atualizada para fins de atualização do Sistema do Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde - SCNES;

§4º - A **CONVENIADA** obriga-se a repassar as alterações ao SCNES, em tempo hábil;

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS CONDIÇÕES GERAIS

O presente convênio será regido pelas seguintes condições gerais:

§1º Os serviços ora conveniados serão prestados diretamente por profissionais do estabelecimento da **CONVENIADA** e por profissionais admitidos em suas dependências, para prestar serviços.

§2º É de responsabilidade exclusiva e integral da **CONVENIADA** a utilização de pessoal para execução do objeto deste contrato, sendo:

I - Com profissionais que tenham vínculo de emprego com a **CONVENIADA**, e/ou;

II - Com profissionais autônomos, que eventual ou constantemente, prestem serviços à **CONVENIADA**, se por esta autorizado.

§3º Equipara-se ao profissional autônomo, definido no inciso II do § 2º desta cláusula, a empresa, a cooperativa, o grupo, a sociedade ou conglomerado de profissionais que exerça atividade na área da saúde, formalizados com contratos de prestação de serviços.

§4º Somente a **CONVENIADA** responde pelos encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujos ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos para a **CONCEDENTE** ou para o Ministério da Saúde, e ainda, a prestação dos serviços contratados não implica vínculo empregatício, nem exclusividade de colaboração entre a **CONVENIADA** e a **CONCEDENTE**.

§5º Na execução dos serviços ambulatoriais do presente convenio, os partícipes deverão observar as seguintes condições:

I - É vedada a cobrança por serviços médicos ambulatoriais ao usuário do SUS, assim como outros complementares referente à assistência, seguindo o princípio da gratuidade;

II - A **CONVENIADA** responsabilizar-se-á administrativamente por cobrança indevida, feita ao usuário do

SUS ou seu representante, por profissional empregado ou preposto, em razão da execução deste Convenio, assegurado o devido processo legal para identificação do responsável pela cobrança indevida.

§6º A **CONVENIADA** poderá manter Contrato ou outro instrumento jurídico congênere com o Gestor Municipal, para a prestação de outros serviços não previstos neste Convenio, ou para repasse de recursos complementares ora definidos, assim, a assinatura do presente convenio não prejudicará a validade dos Contratos ou Convênios eventualmente firmados entre o município e a **CONVENIADA**.

§7º A assinatura do presente convenio não prejudicará a vigência e validade dos instrumentos jurídicos eventualmente firmados entre o município e a **CONVENIADA**.

CLÁUSULA QUARTA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONVENIADA

Para o cumprimento do objeto deste Convenio, a **CONVENIADA** se obriga:

§1º Observar o encaminhamento e atendimento do usuário, de acordo com as regras estabelecidas para a referência e contra-referência, ressalvadas as situações de urgência.

§2º Oferecer ao usuário os recursos necessários ao seu atendimento.

§3º Colocar à disposição da **CONCEDENTE**, para prestação de atendimentos aos usuários do SUS, todos os serviços contidos no procedimento 03.01.07.007-5 da Tabela SIGTAP, obedecendo-o Princípio da Integralidade, disponibilizando-os para regulação do Gestor Municipal.

§4º Atender usuários com dignidade e respeito de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade dos serviços prestados, de acordo com o que preconiza as normas do SUS e, em especial, seguir as diretrizes da PNH – Política Nacional de Humanização/Humaniza-SUS.

§5º Afixar em local visível e de grande circulação de usuários aviso de sua condição de entidade integrante do SUS e da gratuidade dos serviços prestados nessa condição.

§6º Manter as dependências em perfeito estado de conservação, higiene e funcionamento.

§7º Garantir o encaminhamento aos Serviços Complementares de Diagnose e Terapia necessários ao tratamento que está sendo ofertado ao paciente, no limite dos serviços contidos no CNES;

§8ºFornecer ao usuário ou ao seu responsável, relatório do atendimento prestado, onde conste, também, a inscrição: ***"Esta conta será paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais, sendo expressamente vedada à cobrança, diretamente do usuário, de qualquer valor, a qualquer título".***

§9º Manter cadastro dos usuários sempre atualizado, assim como prontuário dos pacientes e arquivos médicos, que permitam acompanhamento, controle e supervisão dos serviços.

§10. Justificar ao usuário ou a seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional previsto neste contrato.

§11. Não utilizar nem permitir que terceiros utilizem usuários para fins de experimentação.

§12. Respeitar a decisão do paciente ao consentir ou recusar os serviços de saúde ofertados, salvo nos casos de iminente perigo de vida ou obrigação legal.

§13. A **CONVENIADA** estará submetida às novas legislações pertinentes editadas pelo Sistema Único de Saúde e/ou pelo Gestor local de saúde.

§14. Os serviços contratados deverão estar de acordo com os critérios estabelecidos no Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde – PNASS.

§15. Garantir o acesso do Conselho de Saúde ao serviço contratado no exercício de seu poder de fiscalização.

§16. Cumprir os critérios e as atribuições definidos no Manual de Normas Técnicas para Serviços de Reabilitação em Deficiência Mental e ou Autismo do Estado de Santa Catarina.

CLÁUSULA QUINTA - DAS OBRIGAÇÕES DA CONCEDENTE

Para cumprir o objeto deste Contrato, a **CONCEDENTE** se obriga:

§1º Pagar mensalmente à **CONVENIADA** a importância referente aos serviços contratados, autorizados e realizados dentro do limite definido na Clausula Sétima e em conformidade com a PPI da Assistência, após o recebimento do recurso pelo Fundo Municipal de Saúde.

§2º Exercer atividades de Controle, Avaliação e Auditoria na **CONVENIADA**, mediante procedimentos de supervisão direta ou indireta de acordo com as normas que regem o SUS.

§3º Revisar semestralmente os serviços contratados, tendo como base os serviços realizados que excederem os limites previstos na Cláusula Sétima.

§4º Elaborar Termos Aditivos em conformidade com as atualizações da PPI da Assistência, para tanto, serão considerados os resultados da revisão que trata o parágrafo anterior.

CLÁUSULA SEXTA - DA RESPONSABILIDADE CIVIL DA CONVENIADA

É de responsabilidade exclusiva da **CONVENIADA**, civil e criminalmente, as eventuais indenizações por danos causados aos usuários, órgãos do SUS ou terceiros, decorrentes de ação ou omissão voluntária, de negligência, imperícia ou imprudência, para o cumprimento do objeto deste Convenio.

Parágrafo Único. A fiscalização e o acompanhamento da execução deste Convenio por órgãos do Ministério da Saúde, Secretaria de Estado da Saúde ou Secretaria Municipal de Saúde não excluem nem reduzem a responsabilidade civil da **CONVENIADA**.

CLÁUSULA SÉTIMA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

A **CONVENIADA** receberá, mensalmente, da **CONCEDENTE** os recursos repassados pelo Fundo Nacional de Saúde para a cobertura dos serviços conveniados, autorizados e efetivamente prestados, de acordo com o pactuado neste Convenio e em conformidade com a tabela do SUS vigente.

§1º As despesas decorrentes do atendimento de "Ações de Média e Alta Complexidade Ambulatorial", consignados nos Sistema de Informação Ambulatorial – SIA/SUS.

§2º Será repassado à **CONVENIADA** somente o valor mensal aprovado no SIA/SUS posteriormente à prestação dos serviços, ou seja, após produção, apresentação, aprovação, processamento e concomitantemente à respectiva transferência financeira do Fundo Nacional de Saúde (FNS).

CLÁUSULA OITAVA - DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

Os recursos orçamentários têm como origem à transferência fundo a fundo pelo Ministério da Saúde, classificados em receitas correntes/transferências pelo Fundo Estadual de Saúde.

§1º A base para a construção dos valores aqui contratados é a Programação Pactuada Integrada – PPI da Assistência vigente, a série histórica e a tabela de valores e procedimentos do SUS.

§2º As despesas decorrentes do presente convênio serão correrão por conta da seguinte dotação orçamentária:

Unidade Gestora: Fundo Municipal de Saúde Descrição	Cód.	Órgão	Unid.	Função	Subfunção	Programa	Proj/Ativ	FR	Subelemento
Saúde									

§3º Valores serão suplementados nesta ação conforme repasse do Fundo Nacional de Saúde.

CLÁUSULA NONA - DA APRESENTAÇÃO DAS CONTAS E CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

O valor estipulado neste Contrato será pago da seguinte forma:

§1º A **CONVENIADA** apresentará a produção dos serviços realizados, mensalmente à **CONCEDENTE**, por meio de ofício, com tabela de atendimentos em anexo até o 05 (quinto) dia útil do mês.

§2º Deverá constar na tabela de atendimentos o número do Cartão SUS do paciente, CID 10 da patologia, CBO do profissional que realizou o atendimento e a quantidade de atendimentos realizados.

§3º A **CONCEDENTE**, revisará e processará os dados recebidos da **CONVENIADA** e seus documentos.

§4º A **CONCEDENTE**, após revisão dos recibos de pagamento efetuado pelo Fundo Nacional de Saúde, efetuará o pagamento do valor apurado nos termos da Cláusula Sétima depositando-o à **CONVENIADA** em Conta Corrente do Banco XXXXX, sob nº. XXXXXXXXXXXX, Agência XXXX-X.

§5º O não cumprimento pelo Ministério da Saúde da obrigação de repassar os recursos correspondentes aos valores constantes deste Convenio não transfere para a **CONCEDENTE** a obrigação de pagar os serviços ora conveniados, os quais são de responsabilidade do Ministério da Saúde para todos os efeitos legais.

§6º A **CONCEDENTE** será responsável apenas pelo repasse recebido para o TETO MAC APAE, não incidindo sobre ela multas ou correções de valores decorrentes de atrasos de repasses das parcelas por parte do Fundo Nacional de Saúde.

§7º A **CONVENIADA** responderá pelos encargos financeiros assumidos além do limite dos recursos que lhe são destinados, ficando a **CONCEDENTE,** a Secretaria de Estado da Saúde e o Ministério da Saúde exonerados do pagamento de eventual excesso.

CLÁUSULA DÉCIMA - DO CONTROLE, AVALIAÇÃO E AUDITORIA

A execução do presente Contrato será avaliada pela **CONCEDENTE**, mediante procedimentos de supervisão local direta ou indireta, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições ora estabelecidas e de quaisquer outros dados necessários ao controle e avaliação dos serviços prestados.

§1º A **CONCEDENTE** efetuará vistorias nas instalações da **CONVENIADA** para verificar se persistem as mesmas condições técnicas básicas comprovadas por ocasião da assinatura deste Convenio.

§2º A fiscalização exercida pela **CONCEDENTE** sobre serviços ora conveniados não eximirá a **CONVENIADA** da sua plena responsabilidade perante a **CONCEDENTE**, ou para com os usuários e terceiros, decorrentes de culpa ou dolo na execução do Contrato.

§3º A **CONVENIADA** facilitará o acompanhamento e a fiscalização permanente, pela **CONCEDENTE**, dos serviços e prestará todos os esclarecimentos que lhe forem solicitados pelos auditores designados para tal fim.

§4º Em qualquer hipótese é assegurado à **CONVENIADA** amplo direito de defesa.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DAS PENALIDADES

A inobservância, pela **CONVENIADA**, de cláusula ou obrigação constante deste Contrato, ou de dever originado de norma legal ou regulamentar pertinente, autorizará a **CONVENIENTE**, garantida a prévia defesa em processo administrativo, a rescisão deste convênio.

§1º A imposição da penalidade prevista nesta cláusula dependerá da gravidade do fato que as motivar, considerada sua avaliação na situação e circunstância objetiva em que ele ocorreu e dela será notificado a **CONVENIADA**.

§2º A violação ao disposto no inciso I, do § 4º, da Cláusula Terceira deste Contrato sujeitará a **CONVENIADA** às sanções previstas nesta cláusula, ficando a **CONCEDENTE** autorizada a reter o valor indevidamente cobrado do montante devido à **CONVENIADA**, para fins de ressarcimento do usuário do SUS, por via administrativa, assegurado o devido processo legal para identificação do responsável pela cobrança indevida.

§3º A imposição de qualquer das sanções estipuladas nesta cláusula não ilidirá o direito da **CONCEDENTE** de exigir indenização integral do autor da infração pelos prejuízos que o fato gerador da penalidade acarretar para os órgãos gestores do SUS, seus usuários e terceiros, independentemente das responsabilidades criminal e/ou ética deste.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DA RESCISÃO

Todos os casos de rescisão contratual deverão ser oficialmente motivados, assegurado o contraditório e a ampla defesa.

§1º A **CONVENIADA** reconhece desde já os direitos da **CONCEDENTE** em caso de rescisão administrativa.

§2º Qualquer uma das partes poderá solicitar rescisão contratual, devidamente formalizada a outra parte interessada, com 30 dias de antecedência contados a partir do recebimento da notificação.

§3º Em caso de rescisão do presente Contrato por parte da **CONVENIADA**, se a interrupção das atividades em andamento puder causar prejuízo à população, A **CONCEDENTE** poderá exigir o prazo suplementar de até 120 dias para efetiva paralisação de prestação de serviços, além dos 30 dias previstos no parágrafo anterior. Se nestes prazos a **CONVENIADA** negligenciar a prestação dos serviços ora contratados sofrerá as penalidades previstas em lei.

§ 4º - A **CONVENIADA** poderá solicitar rescisão do presente Contrato no caso de descumprimento, pela **CONCEDENTE**, das obrigações aqui previstas, em especial, no caso de atraso superior a 90 (noventa) dias dos pagamentos.

§5º Em caso de rescisão do presente Contrato por parte da **CONCEDENTE** não caberá à **CONVENIADA**, direito a qualquer indenização, salvo o pagamento pelos serviços prestados até a data da rescisão.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA - DA VIGÊNCIA E DA PRORROGAÇÃO

O prazo de vigência do presente Contrato é de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos, limitado a 60 (sessenta) meses.

§1º A parte que não se interessar pela prorrogação contratual deverá comunicar a sua intenção, por escrito, à outra parte, com antecedência mínima de 90 (noventa) dias.

§2º A continuação da prestação de serviços nos exercícios financeiros subsequentes ao presente, fica condicionada à vigência dos respectivos créditos orçamentários.

§3º O Termo Aditivo referente à prorrogação contratual é de celebração obrigatória e será acompanhado do Termo de Vistoria, onde constará se persistem as mesmas condições técnicas.

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA - DAS ALTERAÇÕES

Qualquer alteração do presente Contrato será objeto de termo aditivo.

§1º Os valores repassados neste convênio, corresponderão aos recursos referentes ao TETO MAC APAES e serão reajustados na mesma proporção dos reajustes concedidos pelo Ministério da Saúde.

§2º Qualquer alteração ou modificação que importe em diminuição ou aumento da capacidade operativa da **CONVENIADA** será repassada ao Ministério da Saúde através da produção, porém só será paga mediante alteração do repasse do Teto MAC APAE.

§3º Cabe Termo Aditivo em função do desenvolvimento tecnológico, elevando assim o grau de complexidade assistencial necessários ao SUS, desde que devidamente acordado entre as partes e pactuado com o Gestor de Saúde local.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA - DO FORO

As partes elegem o Foro da Comarca de Itapoá, com exclusão de qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir questões oriundas do presente convenio que não puderem ser resolvidas pelas partes.

E por estarem as partes justas e acordes, firmam o presente Contrato em 3 (três) vias de igual teor e forma para um único efeito, na presença de 2 (duas) testemunhas, abaixo assinadas.

Itapoá, XX de XXXXXXXXX de XXXX.

MARLON ROBERTO NEUBER
Prefeito Municipal

JOSÉ VITOR DE ANDRADE
Presidente da APAE de Itapoá

SANDRA REGINA MEDEIROS DA SILVA
Secretária Municipal de Saúde

ELAINE CRISTINA ALVES
Presidente do Conselho Municipal de Saúde

Testemunhas:

(Nome)
CPF n°

(Nome)
CPF n°

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS E JUSTIFICATIVAS AO PROJETO DE LEI Nº 113/2019, QUE AUTORIZA O MUNICÍPIO DE ITAPOÁ A FIRMAR CONVÊNIO COM A APAE VISANDO O REPASSE DE RECURSOS RECEBIDOS DO FUNDO NACIONAL DE SAÚDE PARA A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS AMBULATORIAIS PARA ATENDIMENTO/ACOMPANHAMENTO DE PACIENTE EM REABILITAÇÃO DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR.

Excelentíssimo Presidente da Câmara Municipal de Vereadores de Itapoá, Senhora e Senhores Vereadores;

O projeto de lei em comento busca autorizar a celebração de convenio para o repasse de recursos oriundos do Fundo Nacional de Saúde para a APAE de Itapoá, através do Fundo Municipal de Saúde, para a prestação de serviços ambulatoriais, atendimento e acompanhamento de pacientes em reabilitação neuropsicomotora.

O Estado de Santa Catarina está redistribuindo o Teto financeiros para os municípios que tenham contratualização com as APAES para atendimento de pacientes SUS, visando o atendimento e acompanhamento de pacientes em reabilitação do desenvolvimento psicomotor.

É inquestionável a necessidade de fortalecer as ações no âmbito da Rede de Cuidados à pessoa com Deficiência, especialmente para ampliação do acesso às ações e serviços de Reabilitação Intelectual no âmbito do SUS, como preconiza a Portaria nº 3687, de 22 de dezembro de 2017, do Ministério da Saúde, que estabelece a alteração de valores de procedimentos, recurso a ser incorporado ao Bloco de Média e Alta Complexidade - Componente Limite Financeiro de Média e Alta Complexidade dos Estados, Distrito Federal e Municípios e define estratégia para ampliação do acesso a Procedimentos de Reabilitação da Tabela SUS.

Vale lembrar a existência do Decreto nº 7.612 de 17 de novembro de 2011, que instituiu o Plano Nacional dos Direitos da Pessoa com Deficiência – Plano Viver sem Limites. E seguindo linha, também temos a Portaria MS/GM nº 793, de 24 de abril de 2012, que instituiu a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiência no SUS; o Manual de Normas Técnicas para Serviços de Reabilitação em Deficiência Intelectual e/ou Distúrbio do Espectro Autista, publicado em 2013, Deliberação 228/CIB/2013; a Deliberação 180/CIB/2015, que orientou a transferência de gestão das APAEs; a Deliberação CIB/SC nº 024/2018, nos artigos 1º e 2º, que tratam sobre o levantamento dos Serviços para distribuição do novo teto financeiro.

Como visto, o convênio que será autorizado por essa lei municipal está totalmente embasado em normas vigentes, e, sendo prontamente promulgada irá possibilitar a contratualização até o início de novembro, para que a APAE de Itapoá possa participar da revisão do teto financeiro, sendo alocada na Programação Pactuada e Integrada – PPI para os Serviços de Reabilitação em Deficiência Intel ectual e/ou Transtorno do Espectro Autista.

Além de ser justa esta transferência de recursos do SUS para os atendimentos especializados realizados pela APAE de Itapoá, e considerando a dificuldade enfrentada pela associação em conseguir efetuar o cadastro da equipe mínima necessária para a contratualização do SUS, há legítima necessidade

e interesse do Município e da própria população em dispor de uma rede de serviços de saúde mais ampla e especializada direcionada a pessoa com deficiência no SUS.

Assim, encaminhamos o presente Projeto de Lei à consideração e deliberação dessa colenda Casa Legislativa, solicitando-lhes que seja apreciado, discutido e aprovado nos termos regimentais, legais e constitucionais EM REGIME DE URGÊNCIA.

Atenciosamente,

Itapoá, 15 de outubro de 2019.

MARLON ROBERTO NEUBER

Prefeito Municipal

[assinado digitalmente]

RODRIGO LOPES DE OLIVEIRA

Chefe de Gabinete

[assinado digitalmente]

Documento assinado digitalmente pelo(s) autor(es), em conformidade com o art. 45, §3º e §4º, da Lei Orgânica de Itapoá, Resolução nº 14/2016, e conforme as regras da infraestrutura de Chaves Públicas Brasileira (ICP-Brasil). Para consultar a autenticidade e integridade do documento, pode-se consultar o site http://camaraitapoa.sc.gov.br/verificador