



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Mensagem nº 34/05

PROJETO DE LEI Nº 90/05

fl.02

DOCUMENTO Nº 1175/05

PROJETO DE LEI

Altera a redação do § 2º do art. 1º da Lei nº 1520, de 25.08.72, modificada pelas Leis nºs 1197-A, de 1º.11.02, e 1447-A, de 21.05.04, que instituiu o pagamento de um pecúlio por morte do segurado da Caixa de Previdência dos Servidores Municipais de São Vicente, redenominada Caixa de Saúde e Pecúlio dos Servidores Municipais de São Vicente.
Proc. nº 27118/02

Art. 1º - Passa a vigorar com a seguinte redação o § 2º do art. 1º da Lei nº 1520, de 25 de agosto de 1972, alterada pelas Leis nºs 1197-A, de 1º de novembro de 2002, e 1447-A, de 21 de maio de 2004:

“Art. 1º -

§ 2º - O pagamento do resgate do pecúlio será efetuado ao servidor, no caso do inciso I do parágrafo anterior, em parcelas de até R\$ 50,00 (cinquenta reais), até complementar o valor devido ou, no caso do inciso II, de uma só vez, no prazo de 30 (trinta) dias, contados da data em que foi requerido, aos dependentes inscritos na Caixa de Saúde e Pecúlio ou, na sua falta, à pessoa indicada pelo servidor em Declaração Padronizada”.

Art. 2º - As despesas decorrentes desta Lei onerarão as verbas orçamentárias próprias, suplementadas se necessário.

Art. 3º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

*

*

*

**INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL – INSS
GERÊNCIA EXECUTIVA DO INSS EM SANTOS**

minuta de convênio

Convênio n° _____, que entre si fazem o **INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL - INSS** e a **PREFEITURA MUNICIPAL DE _____**, com o objetivo de adotar procedimentos comuns para atendimento, requerimento, formalização e concessão de BPC – Benefício de Prestação Continuada

O INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL – INSS, autarquia federal vinculada ao Ministério da Previdência e Assistência Social, criado, na forma da autorização legislativa contida no art. 14, da Lei n° 8.029, de 12 de abril de 1990, pelo Decreto n° 99.350, de 27 de junho de 1990 e reestruturado, conforme determinação contida no art. 11, parágrafo único, da Lei n° 8.422, de 13 de maio de 1992, de acordo com o disposto no Decreto n° 569, de 16 de junho de 1992, com sede em Brasília - DF, e Gerência Executiva em Santos, Estado de São Paulo, inscrito no CGC/MF sob o n° 29.979.036/0361-70, representado neste ato por sua Gerente Executiva, Sra. Ivete Rocha Bittencourt, Matrícula SIAPE n° _____, portadora da CI-RG/SSP-SP n° _____, inscrita no CPF/MF sob o n° _____, designada através da Portaria PT/INSS n° _____, de ____ de _____ de _____, publicada no Diário Oficial da União de ____ de _____ de _____, doravante denominado simplesmente como **INSS**, e a **Prefeitura Municipal de _____**, sediada à _____, Estado de São Paulo, inscrita no CGC/MF sob o n° _____, representada neste ato por seu Prefeito Municipal Sr _____, portador da



INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL – INSS
GERÊNCIA EXECUTIVA DO INSS EM SANTOS

CI-RG/SSP-SP nº _____, inscrito no CPF/MF sob o nº _____, doravante denominada simplesmente como **PREFEITURA**, resolvem celebrar o presente convênio, em conformidade com as cláusulas e condições a seguir estabelecidas:

Cláusula Primeira - Do Objeto: O presente convênio tem por objeto a adoção de procedimentos comuns para atendimento, requerimento, formalização e concessão de Benefício de Prestação Continuada - BPC.

Parágrafo Único: O Benefício de Prestação Continuada - BPC corresponde à garantia de um salário mínimo, devido à pessoa portadora de deficiência, independentemente da idade, e ao idoso com 65 (sessenta e cinco) anos ou mais, que comprove não possuir meios de prover a própria manutenção e nem de tê-la provida por sua família.

Cláusula Segunda - Das Obrigações da Prefeitura: Constituem obrigações da **PREFEITURA**, sem quaisquer ônus para o **INSS**:

I – adotar as medidas necessárias ao atendimento, requerimento e formalização do Benefício de Prestação Continuada – BPC;

II – observar rigorosamente as normas legais, regulamentares e normativas pertinentes ao Benefício de Prestação Continuada – BPC, em especial o estabelecido na Lei nº 8.742/93 (Lei Orgânica da Assistência Social), Decreto nº 1.744/95, Lei nº 9.720/98, Lei nº 10.741/2003 (Estatuto do Idoso), Instrução Normativa INSS/DC nº 95/2003 e Orientação Interna INSS/DIRBEN nº 81/2003;

III – disponibilizar espaço físico, equipamentos e servidores para prestar atendimento aos interessados na concessão do BPC. O atendimento será prestado de _____ a _____, das _____ às _____ Hs., nos _____ seguintes locais: _____

IV - realizar previamente a avaliação social dos interessados ao BPC para subsidiar a decisão do **INSS** sobre a concessão do benefício. Tais avaliações serão realizadas por assistentes sociais, devidamente registradas no conselho de classe, através de visitas domiciliares. Os formulários

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL – INSS
GERÊNCIA EXECUTIVA DO INSS EM SANTOS

respectivos deverão estar datados, com assinatura, carimbo, nome e número do registro no conselho de classe;

V – proceder à coleta das informações sociais complementares e à verificação da composição do grupo e renda familiar dos beneficiários;

VI – comunicar previamente aos interessados a realização das visitas domiciliares e providenciar a identificação dos visitantes;

VII – formalizar os processos administrativos em estrita observância ao estabelecido na legislação e normas regulamentares e administrativas pertinentes, em especial as mencionadas no inc. II, supra, instruindo-os com o requerimento subscrito pelo interessado e os demais anexos necessários;

VIII – encaminhar ao INSS os casos que necessitam de avaliação médico-pericial;

IX - dar publicidade para a comunidade em geral das medidas decorrentes do presente convênio;

X - dar ciência ao INSS de qualquer ocorrência que possa caracterizar crime, contravenção ou infração à lei, praticada com o objetivo de conceder de forma indevida ou ilegal o BPC.

Parágrafo único: Os serviços prestados pela **PREFEITURA** em razão do presente convênio são gratuitos, não sendo permitida a cobrança de qualquer valor dos interessados.

Cláusula Terceira - Das Obrigações do INSS: Constituem obrigações do INSS, sem quaisquer ônus para a **PREFEITURA**:

I – planejar, coordenar, supervisionar e revisar as atividades necessárias à perfeita execução do presente convênio;

II – orientar, capacitar e treinar os servidores da **PREFEITURA** designados para a implementação das medidas ajustadas no presente convênio;

INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL – INSS
GERÊNCIA EXECUTIVA DO INSS EM SANTOS

III – realizar a avaliação médico-pericial do beneficiário portador de deficiência e adotar as demais providências necessárias à concessão do BPC;

IV – processar os pedidos de concessão do BPC, verificando de sua conformidade com a legislação pertinente, em especial a mencionada no inciso II, da cláusula anterior;

V – conceder o BPC no prazo estabelecido pela legislação pertinente;

VI – cientificar o interessado do indeferimento de seu pedido de BPC, para que ofereça defesa e, acaso não acolhida, interponha recurso da decisão indeferitória.

Cláusula Quarta – Da Vigência: O prazo de vigência do presente convênio é de 5 (cinco) anos, a partir da data de sua publicação, retroagindo seus efeitos à data de sua assinatura, podendo ser prorrogado por igual período, de acordo com o interesse dos convenientes, mediante a assinatura de termo aditivo.

Cláusula Quinta – Da alteração: O presente convênio poderá ser alterado de comum acordo entre os convenientes, mediante a assinatura de termo aditivo.

Cláusula Sexta - Dos Encargos Sociais, Trabalhistas e Contratuais: As medidas implementadas pela **PREFEITURA** em razão do presente ajuste não implicarão na atribuição de qualquer responsabilidade, seja ela de natureza civil, penal, trabalhista ou administrativa ao **INSS**.

Cláusula Sétima – Da Publicação: O **INSS** providenciará a publicação do presente convênio, por extrato, no seu Boletim de Serviço, bem como no Diário Oficial da União, conforme previsto no parágrafo único, do art. 61, da Lei nº 8.666/93 e alterações posteriores.

Cláusula Oitava - Da Rescisão: Este Convênio poderá ser rescindido a qualquer tempo, por qualquer um dos convenientes, mediante notificação prévia e escrita com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, ou imediatamente, por descumprimento de qualquer uma de suas cláusulas.

**INSTITUTO NACIONAL DO SEGURO SOCIAL – INSS
GERÊNCIA EXECUTIVA DO INSS EM SANTOS**

Cláusula Nona - Da Legislação Aplicável: Ao presente convênio aplica-se, no que lhe couber, o disposto na legislação mencionada no inc. II da cláusula segunda, supra, bem como na Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993.

Cláusula Décima – Da Autorização Legislativa: O presente convênio foi autorizado pela Lei Municipal nº _____, de ____ de _____ de _____.

Cláusula Décima Primeira - Do Foro de Eleição: Fica eleito o Foro da Justiça Federal da Cidade de Santos para dirimir qualquer questão decorrente deste convênio, seja ela de natureza judicial ou extra judicial, renunciando os convenientes a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

E, por estarem de acordo com as cláusulas e condições aqui estabelecidas, firmam o presente termo em 4 (quatro) vias de igual teor, assinadas pelos convenientes e testemunhas abaixo nomeadas, para o fim de produzir todos os efeitos de direito.

Santos, _____, de _____, de 2004.

INSS

PREFEITURA

Testemunhas:

a)

b)



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

TERMO DE ACORDO

Pelo presente Termo, o Serviço de Saúde de São Vicente – SESASV, inscrito no CNPJ/MF sob nº _____, com sede na cidade de São Vicente-SP, na Rua _____, Estado de São Paulo, doravante designado SESASV, representado neste ato pelo Superintendente, _____, e a Caixa de Saúde e Pecúlio dos Servidores Municipais de São Vicente, com sede na Rua _____, São Vicente/SP, inscrita no CNPJ/MF sob nº _____, doravante designada CAIXA, neste ato representada por seu Superintendente, _____, devidamente autorizados pela Lei nº ____-A, de ____ de _____ de _____, acordam o seguinte:

1. OBJETO

O presente acordo tem por objeto o parcelamento de créditos da CAIXA junto ao SESASV, no valor de R\$ 236.082,00 (duzentos e trinta e seis mil e oitenta e dois reais), apurados e atualizados até dezembro de 2005.

2. CONDIÇÕES E FORMA DE PAGAMENTO

Sem prejuízo das contribuições mensais, o SESASV pagará à CAIXA a importância acima mencionada em 24 (vinte e quatro) parcelas mensais, iguais e consecutivas, a contar de janeiro de 2007.



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Parágrafo único – O pagamento das parcelas estará vinculado ao repasse das parcelas do ICMS, última quota de cada mês.

E, por estarem de acordo firmam o presente Termo em 03 (três) vias de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas, abaixo identificadas e assinadas.

São Vicente, de _____ de 200_

SERVIÇO DE SAÚDE DE SÃO VICENTE
Superintendente

CAIXA DE SAÚDE E PECÚLIO DOS SERVIDORES
MUNICIPAIS DE SÃO VICENTE
Superintendente

Testemunhas:

1) Nome:
RG n°
CPF n°

2) Nome:
RG n°
CPF n°



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Célula Mater da Nacionalidade

TERMO DE ACORDO

Pelo presente Termo, o Serviço de Saúde de São Vicente – SESASV, inscrito no CNPJ/MF sob nº _____, com sede na cidade de São Vicente-SP, na Rua _____, Estado de São Paulo, doravante designado SESASV, representado neste ato pelo Superintendente, _____, e a Caixa de Saúde e Pecúlio dos Servidores Municipais de São Vicente, com sede na Rua _____, São Vicente/SP, inscrita no CNPJ/MF sob nº _____, doravante designada CAIXA, neste ato representada por seu Superintendente, _____, devidamente autorizados pela Lei nº ____-A, de ____ de _____ de _____, acordam o seguinte:

1. OBJETO

O presente acordo tem por objeto o parcelamento de créditos da CAIXA junto ao SESASV, no valor de R\$ 236.082,00 (duzentos e trinta e seis mil e oitenta e dois reais), apurados e atualizados até dezembro de 2005.

2. CONDIÇÕES E FORMA DE PAGAMENTO

Sem prejuízo das contribuições mensais, o SESASV pagará à CAIXA a importância acima mencionada em 24 (vinte e quatro) parcelas mensais, iguais e consecutivas, a contar de janeiro de 2007.



Prefeitura Municipal de São Vicente

*Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade*

Parágrafo único – O pagamento das parcelas estará vinculado ao repasse das parcelas do ICMS, última quota de cada mês.

E, por estarem de acordo firmam o presente Termo em 03 (três) vias de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas, abaixo identificadas e assinadas.

São Vicente, de _____ de 200_

SERVIÇO DE SAÚDE DE SÃO VICENTE
Superintendente

CAIXA DE SAÚDE E PECÚLIO DOS SERVIDORES
MUNICIPAIS DE SÃO VICENTE
Superintendente

Testemunhas:

1) Nome:
RG n°
CPF n°

2) Nome:
RG n°
CPF n°



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

TERMO DE ACORDO

Pelo presente Termo, o Serviço de Saúde de São Vicente – SESASV, inscrito no CNPJ/MF sob nº _____, com sede na cidade de São Vicente-SP, na Rua _____, Estado de São Paulo, doravante designado SESASV, representado neste ato pelo Superintendente, _____, e a Caixa de Saúde e Pecúlio dos Servidores Municipais de São Vicente, com sede na Rua _____, São Vicente/SP, inscrita no CNPJ/MF sob nº _____, doravante designada CAIXA, neste ato representada por seu Superintendente, _____, devidamente autorizados pela Lei nº _____-A, de _____ de _____ de _____, acordam o seguinte:

1. OBJETO

O presente acordo tem por objeto o parcelamento de créditos da CAIXA junto ao SESASV, no valor de R\$ 236.082,00 (duzentos e trinta e seis mil e oitenta e dois reais), apurados e atualizados até dezembro de 2005.

2. CONDIÇÕES E FORMA DE PAGAMENTO

Sem prejuízo das contribuições mensais, o SESASV pagará à CAIXA a importância acima mencionada em 24 (vinte e quatro) parcelas mensais, iguais e consecutivas, a contar de janeiro de 2007.



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Célula Mater da Nacionalidade

Parágrafo único – O pagamento das parcelas estará vinculado ao repasse das parcelas do ICMS, última quota de cada mês.

E, por estarem de acordo firmam o presente Termo em 03 (três) vias de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas, abaixo identificadas e assinadas.

São Vicente, de _____ de 200_

SERVIÇO DE SAÚDE DE SÃO VICENTE
Superintendente

CAIXA DE SAÚDE E PECÚLIO DOS SERVIDORES
MUNICIPAIS DE SÃO VICENTE
Superintendente

Testemunhas:

1) Nome:
RG n°
CPF n°

2) Nome:
RG n°
CPF n°



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

TERMO DE ACORDO

Pelo presente Termo, o Serviço de Saúde de São Vicente – SESASV, inscrito no CNPJ/MF sob nº _____, com sede na cidade de São Vicente-SP, na Rua _____, Estado de São Paulo, doravante designado SESASV, representado neste ato pelo Superintendente, _____, e a Caixa de Saúde e Pecúlio dos Servidores Municipais de São Vicente, com sede na Rua _____, São Vicente/SP, inscrita no CNPJ/MF sob nº _____, doravante designada CAIXA, neste ato representada por seu Superintendente, _____, devidamente autorizados pela Lei nº ____-A, de ____ de _____ de _____, acordam o seguinte:

1. OBJETO

O presente acordo tem por objeto o parcelamento de créditos da CAIXA junto ao SESASV, no valor de R\$ 236.082,00 (duzentos e trinta e seis mil e oitenta e dois reais), apurados e atualizados até dezembro de 2005.

2. CONDIÇÕES E FORMA DE PAGAMENTO

Sem prejuízo das contribuições mensais, o SESASV pagará à CAIXA a importância acima mencionada em 24 (vinte e quatro) parcelas mensais, iguais e consecutivas, a contar de janeiro de 2007.



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Parágrafo único – O pagamento das parcelas estará vinculado ao repasse das parcelas do ICMS, última quota de cada mês.

E, por estarem de acordo firmam o presente Termo em 03 (três) vias de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas, abaixo identificadas e assinadas.

São Vicente, de _____ de 200_

SERVIÇO DE SAÚDE DE SÃO VICENTE
Superintendente

CAIXA DE SAÚDE E PECÚLIO DOS SERVIDORES
MUNICIPAIS DE SÃO VICENTE
Superintendente

Testemunhas:

1) Nome:

RG n°

CPF n°

2) Nome:

RG n°

CPF n°