



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE IMIGRANTE

LEI Nº 2.250/2020

AUTORIZA O PODER EXECUTIVO A FIRMAR CONVÊNIO COM A SOCIEDADE SULINA DIVINA PROVIDÊNCIA (HOSPITAL ESTRELA) E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

CELSO KAPLAN, Prefeito Municipal de Imigrante, Estado do Rio Grande do Sul.

FAÇO SABER que a Câmara Municipal de Vereadores aprovou o Projeto de Lei nº 001/2020 e eu sanciono e promulgo a seguinte Lei:

Art. 1º. Fica o Poder Executivo autorizado a firmar Convênio com a SOCIEDADE SULINA DIVINA PROVIDÊNCIA (HOSPITAL ESTRELA), para a execução de serviços na área de Serviços de Atenção Básica, referenciados pelas Unidades Básicas de Saúde; Atenção a Média Complexidade e Urgência e Emergência em saúde (Pronto Socorro, Traumatologia e Neurologia, Ginecologia, Obstetrícia, Cirurgia Geral, Cirurgias Plásticas, Otorrinolaringologia, Urologia, Anestesiologia); de cirurgias de urgência e emergência nas mesmas especialidades, e, exames complementares, para municípios do Município de Imigrante, **conforme Convênio em Anexo.**

Art. 2º. O prazo de validade do presente Convênio será de 06 (seis) meses.

Art. 3º. As despesas decorrentes da aplicação da presente Lei correrão à conta das seguintes dotações orçamentárias:

ÓRGÃO:	07 - SEC. MUN. DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL
Unidade:	01 - FMS – Recursos Próprios
Projeto/Atividade:	10.302.0018.2059 - Contrat. Conv. Assist. Méd. e Sanit. a População
Despesa:	3.3.9.0.39.00.000000 - Outros Serv. Terc. Pessoa Jurídica
ÓRGÃO:	07 - SEC. MUN. DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL
Unidade:	02 - FMS – Recursos Vinc. União
Projeto/Atividade:	10.301.0049.2085 - Assist. Méd. e Sanit. c/Rec. MAC
Despesa:	3.3.9.0.39.00.000000 - Outros Serv. Terc. Pessoa Jurídica

Art. 4º. Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a 1º de janeiro de 2020.

GABINETE DO PREFEITO DE IMIGRANTE, 22 de janeiro de 2020.


CELSO KAPLAN
Prefeito Municipal

Registre-se e Publique-se



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE IMIGRANTE

Lei nº 2.250/2020

ANEXO ÚNICO

CONVÊNIO

Pelo presente instrumento, de um lado, **MUNICÍPIO DE IMIGRANTE**, pessoa jurídica de direito público, inscrito no CNPJ sob o nº 92.454.776/0001-08, representado pelo Prefeito Municipal, Sr. **CELSO KAPLAN**, brasileiro, inscrito no CPF nº e portador da cédula de identidade RG nº, doravante denominada simplesmente **CONVENENTE** e de outro lado, **SOCIEDADE SULINA DIVINA PROVIDÊNCIA - HOSPITAL DE ESTRELA**, pessoa jurídica de direito privado, associação civil, sem fins econômicos e lucrativos, de caráter beneficente e assistência social, qualificada como de utilidade pública, com atividade preponderante na área da saúde, sediada em Estrela/RS, na Rua Geraldo Pereira, 405, bairro Centro, inscrita no CNPJ nº 87.317.764/0011-65, presente neste ato por sua procuradora, Sra. **CLAIR TERESINHA AGNES**, brasileira, inscrita no CPF nº 251.245.529-72 e portadora da cédula de identidade RG nº 3004359968, doravante denominada simplesmente **CONVENIADA**, tem como justo e acordado o que segue:

Disposições Preliminares

Este Termo tem como objetivo a concessão de auxílio financeiro pela Convenente à Conveniada, **pelo período de 06 (seis) meses**, conforme Lei Municipal nº 2.250/2020.

Cláusula I – Do Objeto e Valores pagos

1.1 Constitui objeto do presente convênio a concessão de auxílio financeiro, a ser repassado pela **CONVENENTE** à **CONVENIADA**, com a finalidade de viabilizar o custeio e manutenção dos serviços médico-hospitalares especificados nos Quadros I da cláusula 1.2 e II da Cláusula 1.3, proporcionando atendimento adequado e condigno à população do Município de Imigrante/RS, que necessite dos serviços prestados pela mesma, devendo os valores serem aplicados conforme cronograma do Anexo, compreendendo:

1.2 A **CONVENENTE** pagará à **CONVENIADA**, mensalmente, a importância de **R\$ 16.829,20** (dezesesseis mil e oitocentos e vinte e nove reais e vinte centavos), considerando-se 3.116 (três mil cento e dezesseis) habitantes, conforme Quadro I a seguir:





ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE IMIGRANTE

Lei nº 2.250/2020

Anexo Único - Fl. 02

QUADRO I – Dos valores fixos:

ESPECIFICAÇÃO	VALOR (R\$)
<p>Pronto Socorro (Urgência e Emergência): honorários de plantonista e manutenção dos serviços básicos e de urgência/emergência: procedimentos de ambulatório, sala de observação, materiais, medicamentos, exames (RX e eletrocardiograma). Plantão presencial de 24 (vinte e quatro) horas por dia, 07 (sete) dias por semana.</p>	R\$ 1,40 (um real e quarenta centavos) por habitante, totalizando R\$ 4.362,40
<p>Traumatologia de Baixa e Média Complexidade (Urgência e Emergência): manutenção do plantão da especialidade. Plantão sobreaviso de 24 (vinte e quatro) horas por dia, 07 (sete) dias por semana. Na traumatologia inclui dois atendimentos após o ato cirúrgico ou caso de tratamento conservador. Caso haja necessidade após os dois atendimentos de continuidade do tratamento pós-cirúrgico ou conservador em traumatologia deverá haver autorização prévia do município.</p>	Valor de R\$ 4.000,00 (quatro mil reais)
<p>Neurologia de Baixa e Média Complexidade (Urgência e Emergência): manutenção do plantão da especialidade. Plantão sobreaviso de 24 (vinte e quatro) horas por dia, 07 (sete) dias por semana. Na neurologia inclui acompanhamento de diagnóstico, punção lombar e acompanhamento neurológico durante internação. Na neurologia inclui um atendimento após ato cirúrgico.</p>	R\$ 0,50 (cinquenta centavos) por habitante, totalizando R\$ 1.558,00
<p>Cirurgia Geral de Baixa e Média Complexidade (Urgência e Emergência): manutenção do plantão da especialidade. Plantão sobreaviso de 24 (vinte e quatro) horas por dia, 07 (sete) dias por semana. Na cirurgia geral os atendimentos pós-cirúrgicos devem ser realizados na UBS, incluindo a retirada de pontos. Na cirurgia geral inclui um retorno pós cirúrgico em caso de intercorrência, avaliada pelos profissionais da UBS ou encaminhado pelo plantão do município, num prazo de 15 (quinze) dias pós alta. Caso o paciente necessite de uma avaliação pós-cirúrgica após 15 (quinze) dias de alta ou a partir da segunda em prazo menor deverá haver autorização prévia do município.</p>	R\$ 0,50 (cinquenta centavos) por habitante, totalizando R\$ 1.558,00





ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE IMIGRANTE

Lei nº 2.250/2020

Anexo Único - Fl. 03

Anestesiologia: manutenção do plantão da especialidade. Plantão sobreaviso de 24 (vinte e quatro) horas por dia, 07 (sete) dias por semana.	Valor de R\$ 1.300,00 (mil e trezentos reais)
Obstetrícia (Urgência e Emergência): manutenção do plantão da especialidade. Plantão presencial de 24 (vinte e quatro) horas por dia, 07 (sete) dias por semana. Na obstetrícia os atendimentos pós-cirúrgicos devem ser realizados na UBS, incluindo a retirada de pontos. Na obstetrícia inclui 1 (um) atendimento pós cirúrgico no prazo de 15 (quinze) dias após a alta hospitalar. Caso a paciente necessite de uma avaliação pós-cirúrgica após 15 (quinze) dias de alta ou a partir da segunda em prazo menor encaminhada pela UBS deverá haver autorização prévia do município.	R\$ 0,70 (setenta centavos) por habitante, totalizando R\$ 2.181,20
Pediatria (Urgência e Emergência): manutenção do plantão da especialidade, com cobertura para sala de parto e atendimento pediátrico. Plantão sobreaviso de 24 (vinte e quatro) horas por dia, 07 (sete) dias por semana.	R\$ 0,60 (sessenta centavos) por habitante, totalizando R\$ 1.869,60
Total Valor Fixo	R\$ 16.829,20

1.3. Além dos valores estabelecidos na Cláusula 1.2 supra, para os serviços variáveis a CONVENIENTE pagará à CONVENIADA os valores constantes no Quadro II, a seguir:

QUADRO II – Dos valores por produção:

ATENDIMENTO / AVALIAÇÃO	
ESPECIFICAÇÃO	VALOR
Avaliação de especialista Urgência/Emergência: avaliações de especialidades solicitadas pelo médico assistente da internação ou médico plantonista do pronto socorro, exceto traumatologista, neurologista, cirurgia geral, clínica geral, obstetrícia e pediatria.	R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais). Valor único não considerando horários.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE IMIGRANTE

Lei nº 2.250/2020

Anexo Único - Fl. 04

SERVIÇOS PROFISSIONAIS CIRÚRGICOS

Traumatologia de Baixa e Média Complexidade (Urgência/Emergência):

Todas as cirurgias realizadas no Centro Cirúrgico, inclusive urgências (estas sem necessidade de autorização prévia), serão cobradas por produção, compreendendo a AIH mais complementação dos honorários médicos e hospitalar da seguinte forma:

- Pequeno Porte: porte anestésico 1 da Tabela CBHPM 2016:

- Valores: Honorários Médicos: R\$ 336,00 (trezentos e trinta e seis reais) + Serviços Hospitalares: R\$ 392,00 (trezentos e noventa e dois reais) + Valor Porte Anestésico.

- Médio Porte: portes anestésicos 2-3 da Tabela CBHPM 2016:

- Valores: Honorários Médicos: R\$ 672,00 (seiscentos setenta e dois reais) + Serviços Hospitalares: R\$ 411,00 (quatrocentos e onze reais) + Valor Porte Anestésico.

- Grande Porte: portes anestésicos 4-5-6 da Tabela CBHPM 2016:

- Valores: Honorários Médicos: R\$ 1.007,00 (mil e sete reais) + Serviços Hospitalares: R\$ 1.100,00 (mil e cem reais) + Valor Porte Anestésico

Em caso de cirurgias múltiplas, aplica-se remuneração de 100% (cem por cento) na cirurgia de porte maior, 70% (setenta por cento) na segunda e 50% (cinquenta por cento) se houver, nas demais.

Nas cirurgias onde for necessário um médico auxiliar, será cobrado acréscimo de 30% sobre o valor equivalente.

Acrescentar 30% (trinta por cento) nos honorários médicos em cirurgias realizadas em horários extras (noite, das dezenove horas até às sete horas, finais de semana e feriados)

Para Órteses, próteses e materiais especiais não cobertos pelo SUS, será solicitada complementação de valores, conforme apresentação de orçamento, devendo as diferenças serem pagas pela CONVENENTE.

Neurologia de Baixa e Média Complexidade (Urgência/Emergência):

As cirurgias neurológicas de urgência (estas sem necessidade de autorização prévia), serão cobradas por produção, compreendendo AIH mais complementação de honorários médicos, de acordo com a TABELA CBHPM 2016 (Unidade de Custo Operacional - UCO = R\$ 20,47 , vinte reais e quarenta e sete centavos, atualizada em 29 de outubro de 2018).

Na neurologia inclui acompanhamento de diagnóstico, punção lombar e acompanhamento neurológico durante a internação.

Em caso de cirurgias múltiplas, será cobrado o somatório integral dos códigos.

Rua Castelo Branco, nº 15, Centro - CEP 95.885-000 - Imigrante/RS - Fone (51) 3754-1100

www.imigrante-rs.com.br

e-mail: ouvidoria@imigrante-rs.com.br

"A Terra dos Imigrantes"



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE IMIGRANTE

Lei nº 2.250/2020

Anexo Único - Fl. 05

Nas cirurgias onde for necessário um médico auxiliar, será cobrado acréscimo de 30% (trinta por cento) sobre o valor equivalente.

Acrescentar 30% (trinta por cento) nos honorários médicos em cirurgias realizadas em horários extras (noite, das 19:00 às 07:00, finais de semana e feriados).

Para Órteses, próteses e materiais especiais não cobertos pelo SUS, será solicitada complementação de valores, conforme apresentação de orçamento, devendo as diferenças serem pagas pela CONVENENTE.

Cirurgia Geral de Baixa e Média Complexidade (Urgência/Emergência):

Cirurgias de urgência/emergência (estas sem necessidade de autorização prévia). AIH + Complementação de honorários médicos e hospitalar da seguinte forma:

Pequenos procedimentos com anestesia local:

- Relação de Procedimentos: punção venosa central, exereses de lipoma ou cisto sebáceo, nevus, paracentese, toracocentese, ecografia intraoperatória.
- Valor dos Honorários Médicos: R\$ 336,00 (trezentos e trinta e seis reais)

Grupo I - Pequeno Porte:

- Relação de Procedimentos: hemorroidectomia, fistulectomia, fissurectomia, herniorrafia umbilical, drenagem de abscesso perianal, herniorrafia epigástrica, exereses de cisto pilonidal, drenagem de tórax, debridamento de escara, biópsia cervical ou linfonodal, enterorrafia e colorrafia:
- Valores: Honorários Médicos: R\$ 1.139,00 (mil cento e trinta e nove reais) + Cirurgião Auxiliar: R\$ 342,00 (trezentos e quarenta e dois reais) + Serviços Hospitalares: R\$ 570,00 (quinhentos e setenta reais) + Valor Porte Anestésico.

Grupo II - Médio Porte:

- Relação de Procedimentos: herniorrafia incisional, herniorrafia ventral s/tela, entrectomia, gastroenteroanostomose, resutura de parede s/tela, herniorrafia inguinal unilateral, apendicectomia.
- Valores: Honorários Médicos: R\$ 1.407,00 (mil quatrocentos e sete reais) + Cirurgião Auxiliar: R\$ 423,00 (quatrocentos e vinte e três reais) + Serviços Hospitalares: R\$ 704,00 (setecentos e quatro reais) + Valor Porte Anestésico.

Grupo III - Grande Porte:

- Relação de Procedimentos: colostomia ou ileostomia, derivação bilio-digestiva, herniorrafia ventral c/ tela, resutura de parede c/ tela, laparotomia, laparotomia exploradora com lise de aderência ou biópsia, laparotomia com drenagem de abscesso, apendicectomia p/vídeo, gastrostomia, jejunotomia, hérnia encarcerada sem ressecção intestinal, colecistectomia convencional, herniorrafia inguinal bilateral), gastrorrafia (úlceras perfuradas).

Rua Castelo Branco, nº 15, Centro - CEP 95.885-000 - Imigrante/RS - Fone (51) 3754-1100

www.imigrante-rs.com.br e-mail: ouvidoria@imigrante-rs.com.br

"A Terra dos Imigrantes"



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE IMIGRANTE

Lei nº 2.250/2020

Anexo Único - Fl. 06

- Valores: Honorários Médicos: R\$ 1.676,00 (mil seiscentos e setenta e seis reais) + Cirurgião Auxiliar: R\$ 505,00 (quinhentos e cinco reais) + Serviços Hospitalares: R\$ 839,00 (oitocentos e trinta e nove reais) + Valor Porte Anestésico.

Grupo IV - Grande Porte:

- Relação de Procedimentos: debridamento pancreático, hepatectomia, colecistectomia por vídeo, papilotomia transduodenal, hepatorrafia complexa, esplenectomia, laparoscopia diagnóstica com ou sem biópsia, gastrectomia parcial, colectomia parcial, hérnia encarcerada com ressecção intestinal), retocoliectomia.

- Valores: Honorários Médicos: R\$ 2.012,00 (dois mil e doze reais) + Cirurgião Auxiliar: R\$ 604,00 (seiscentos e quatro reais) + Serviços Hospitalares: R\$ 1.006,00 (mil e seis reais) + Valor Porte Anestésico.

Grupo V - Complexas:

- Relação de Procedimentos: gastrectomia total, colectomia total, pancreatectomia e tumores retroperitoneais (ressecção).

- Valores: Honorários Médicos: R\$ 2.274,00 (dois mil duzentos setenta e quatro reais) + Cirurgião Auxiliar: R\$ 681,00 (seiscentos e oitenta e um reais) + Serviços Hospitalares: R\$ 1.138,00 (mil cento e trinta e oito reais) + Valor Porte Anestésico.

Em caso de cirurgias múltiplas, aplica-se remuneração de 100% (cem por cento) na cirurgia de porte maior, 70% (setenta por cento) na segunda e 50% (cinquenta por cento) se houver, nas demais.

Acrescentar 30% (trinta por cento) nos honorários médicos em cirurgias realizadas em horários extras (noite, das 19:00 às 07:00, finais de semana e feriados).

Para Órteses, próteses e materiais especiais não cobertos pelo SUS, será solicitada complementação de valores, conforme apresentação de orçamento, devendo as diferenças serem pagas pela CONVENENTE.

Rua Castelo Branco, nº 15, Centro - CEP 95.885-000 - Imigrante/RS - Fone (51) 3754-1100

www.imigrante-rs.com.br e-mail: ouvidoria@imigrante-rs.com.br

"A Terra dos Imigrantes"



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL MUNICÍPIO DE IMIGRANTE

Lei nº 2.250/2020

Anexo Único - Fl. 07

Serviço de Anestesiologia:

Os honorários de anestesia serão pagos por cirurgia/produção, baseados nos portes da tabela CBHPM 2016 da seguinte forma:

- Porte 1: R\$ 385,00 (trezentos e oitenta e cinco reais)
- Porte 2: R\$ 385,00 (trezentos e oitenta e cinco reais)
- Porte 3: R\$ 385,00 (trezentos e oitenta e cinco reais)
- Porte 4: R\$ 509,00 (quinhentos e nove reais)
- Porte 5: R\$ 574,00 (quinhentos e setenta e quatro reais) - inclui cesariana
- Porte 6: R\$ 637,00 (seiscentos e trinta e sete reais)

Nos procedimentos cirúrgicos em que houver mais de um código: o segundo será acrescido de 70% (setenta por cento) e os demais acrescidos de 50% (cinquenta por cento) cada.

Acrescentar 30% (trinta por cento) no valor do porte anestésico nos casos de cirurgias de urgência realizadas em horários extras (noite, das 22:00 às 07:00, finais de semana e feriados).

Obstetrícia:

Procedimentos obstétricos sem a necessidade de autorização prévia.

AIH + Complementação de honorários médicos e hospitalar da seguinte forma:

- Parto Normal: AIH + Complementação de R\$ 1.500,00 (mil e quinhentos reais);
- Parto Cesariana: AIH + Complementação de R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos reais) + Anestesia;
- Curetagem pós aborto/pós parto: AIH + Complementação de R\$ 600,00 (seiscentos reais) + Anestesia;
- Partograma: R\$ 220,00 (duzentos e vinte reais) sempre que utilizado;
- Nascimento gemelar: acréscimo de R\$ 400,00 (quatrocentos reais).

* No procedimento de cesariana, quando for necessário médico auxiliar, será cobrado o valor de chamado de especialista R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais).

Ginecologia/Urologia/Vascular/Otorrinolaringologia/Cirurgia Plástica:

AIH + Complementação de Serviços Hospitalares e de Honorários Médicos através do porte da Tabela CBHPM 2016 (Unidade de Custo Operacional - UCO = R\$ 20,47, vinte reais e quarenta e sete centavos, atualizada em 29 de outubro de 2018).

Nos procedimentos cirúrgicos em que houver mais de um código: o segundo será acrescido de 70% (setenta por cento) e os demais acrescidos de 50% (cinquenta por cento) cada, considerando o valor mínimo de R\$ 517,41 (quinhentos e dezessete reais e quarenta e um centavos) relativo ao Porte 5A.

Nas cirurgias onde for necessário um médico auxiliar, será cobrado o acréscimo de 30% (trinta por cento) sobre o valor equivalente.

Acrescentar 30% (trinta por cento) nos honorários médicos em cirurgias realizadas em horários extras (noite, das 19:00 às 07:00, finais de semana e feriados).

Estas especialidades não possuem cobertura de sobreaviso para situações de urgência e emergência, dependendo da disponibilidade dos profissionais.

Rua Castelo Branco, nº 15, Centro - CEP 95.885-000 - Imigrante/RS - Fone (51) 3754-1100

www.imigrante-rs.com.br

e-mail: ouvidoria@imigrante-rs.com.br

"A Terra dos Imigrantes"



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE IMIGRANTE

Lei nº 2.250/2020

Anexo Único - Fl. 08

OUTROS SERVIÇOS	
Manutenção da UTI Adulta/Neonatal : auxílio na diária da UTI, quando da utilização de leito privado. As avaliações de especialistas e exames especializados (ecocardiografia, eletroencefalografia e ecografias) serão solicitados à parte.	R\$ 123,00 (cento e vinte e três reais) por diária
Exames de Laboratório de Análises Clínicas e de Radiologia. Mediante autorização prévia.	Tabela em anexo
Exames de Imagem: Ecografia, endoscopia, tomografia, colonoscopia, fibrobroncoscopia, ressonância magnética, entre outros. Mediante autorização prévia.	Tabela em anexo
Mapeamento de Retina. Quando necessário será solicitado autorização).	Tabela em anexo
Materiais e medicamentos não cobertos pelo SUS	Mediante apresentação de orçamento
Internações Clínicas (adulto e pediátricas)	R\$ 52,00 (cinquenta e dois reais) por diária

1.4 Para os serviços prestados deverão ser observados os seguintes critérios referentes à complementação de valores:

- a) Quando necessária a utilização de materiais especiais, não cobertos pelo SUS, será ENVIADO ORÇAMENTO E solicitada a autorização PELA CONVENIENTE;
- b) Para outros procedimentos não descritos neste convênio, ou de caráter eletivo encaminhados pela UBS a complementação de honorários médicos e/ou valor hospitalar será apresentada conforme tabela aplicada ao caso específico: AIH + Complementação.
- c) Os honorários médicos serão faturados ao hospital, que repassará aos profissionais;
- d) Situações pontuais não especificadas neste convênio serão resolvidas entre as partes;
- e) Exames de diagnósticos eletivos encaminhados ou solicitados pela UBS poderão ser realizados mediante aprovação prévia;
- f) As especialidades que possuem sobreaviso não terão pagamento de avaliação de especialista.

Cláusula II - Do Pagamento:

2.1. O CONVENIENTE repassará à CONVENIADA o valor fixo mensal especificado no Quadro I, acrescidos do valor de produção conforme fatura de valores especificados no Quadro II.

2.2. O pagamento será efetuado até o décimo dia do mês seguinte ao vencido, mediante depósito na Conta Corrente nº 37150-5, Ag. 0430-8, do Banco do Brasil.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL MUNICÍPIO DE IMIGRANTE

Lei nº 2.250/2020

Anexo Único - Fl. 09

2.3. Ocorrendo atraso nos pagamentos, os valores deverão ser acrescidos de correção monetária pelo INPC (FGV), ou outro índice oficial que venha a substituí-lo.

Cláusula III – Da Vigência:

3.1. Este Convênio vigorará pelo prazo de 06 (seis) meses, a contar de 1º de janeiro de 2020.

Cláusula IV - Da Dotação Orçamentária:

4.1 As despesas deste Convênio serão atendidas pelas dotações orçamentárias vigentes, a seguir descritas:

ÓRGÃO:	07 - SEC. MUN. DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL
Unidade:	01 - FMS – Recursos Próprios
Projeto/Atividade:	10.302.0018.2059 - Contrat. Conv. Assist. Méd. e Sanit. a População
Despesa:	3.3.9.0.39.00.000000 - Outros Serv. Terc. Pessoa Jurídica
ÓRGÃO:	07 - SEC. MUN. DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL
Unidade:	02 - FMS – Recursos Vinc. União
Projeto/Atividade:	10.301.0049.2085 - Assist. Méd. e Sanit. c/Rec. MAC
Despesa:	3.3.9.0.39.00.000000 - Outros Serv. Terc. Pessoa Jurídica

Cláusula V – Do Encaminhamento do Paciente:

5.1. Todo encaminhamento de paciente do município de **Imigrante** ou de outro hospital para a CONVENIADA, obrigatoriamente, deverá observar o disposto nos incisos e alíneas abaixo:

I - Previamente ao encaminhamento do paciente, deverá existir contato telefônico entre profissional médico da CONVENIENTE, de preferência, o médico que assiste o paciente ou por médico da Secretaria Municipal de Saúde, com a equipe médica de plantão da CONVENIADA, observando o seguinte:

a) Todas as informações referentes ao quadro clínico do paciente deverão ser repassadas à equipe médica da CONVENIADA de modo fiel, claro, técnico e completo;

b) Sempre que houver prévia avaliação do quadro clínico do paciente, por profissional da medicina, o diagnóstico deverá ser escrito em receituário datado e com a identificação do médico (com nome, assinatura e CRM), bem como deverá ser encaminhado junto com o paciente. Tal documentação poderá ser enviada previamente por e-mail, após contato prévio com a equipe médica de plantão;

c) Todos os exames realizados previamente pelo paciente em sua localidade de origem, de preferência, devem ser encaminhados à CONVENIADA para um melhor diagnóstico e acompanhamento do caso.

II - O documento de referência e contra referência deverá ser encaminhado junto com o paciente.

III – EXCLUIR AS EXIGÊNCIAS PARA PACIENTES TRANSPORTADOS PELO PLANTÃO DO MUNICÍPIO.

5.2. A CONVENIENTE é integralmente responsável pelos pacientes até que sejam recebidos pela CONVENIADA, inclusive pelo transporte em veículo apropriado, assumindo os riscos de eventuais acidentes e/ou intercorrências ocorridas durante esse deslocamento.

Castelo Branco, nº 15, Centro - CEP 95.885-000 - Imigrante/RS - Fone (51) 3754-1100

www.imigrante-rs.com.br

e-mail: ouvidoria@imigrante-rs.com.br

"A Terra dos Imigrantes"



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE IMIGRANTE

Lei nº 2.250/2020

Anexo Único - Fl. 10

5.3. Para os atendimentos não enquadrados como de urgência e emergência e não previstos neste contrato o CONVENENTE deverá recorrer à Coordenadoria Regional de Saúde e à Central Estadual de Regulação de Leitos, para localização e encaminhamento do paciente a hospital que reúna as condições necessárias para tratamento do quadro clínico do paciente.

Cláusula VI – Das Obrigações:

6.1. Compete à CONVENENTE:

- a) Encaminhar as AIHs autorizadas no prazo de 72hs (setenta e duas horas) após o recebimento do laudo preenchido, sendo que em caso de cirurgias eletivas, as AIHs devem vir acompanhadas do paciente no momento da internação;
- b) Caso a CONVENIADA perca o prazo de 90 (noventa) dias de apresentação da fatura ao SUS pela falta de emissão e fornecimento de Autorização para Internação Hospitalar (AIH) pela CONVENENTE, e esta se compromete a pagar a conta gerada pelo paciente no próximo faturamento, conforme valores previstos na tabela de preços da CONVENIADA (duas vezes o valor da fatura do SUS), acrescidas das complementações já previstas neste instrumento;
- c) Emitir parecer quanto aos relatórios mensais de atendimentos realizados pela CONVENIADA até o quinto dia útil do mês seguinte ao vencido;
- d) Depositar rigorosamente em dia o repasse referente a este Convênio;
- e) Fiscalizar a aplicação dos recursos através de servidor designado pela SMSAS e acompanhamento da prestação de contas;
- f) Disponibilizar o transporte adequado para o paciente, especialmente o caracterizado como "UTI Móvel", se assim requerer o quadro clínico do paciente e havendo negativa da Central de Regulação do Estado. Além disso, é de exclusiva responsabilidade do CONVENENTE a contratação dos profissionais adequados para acompanhamento do transportado(a) em deslocamentos por ambulância.

6.2. Compete à CONVENIADA:

- a) Apresentar relatórios mensais de atendimentos realizados até o último dia útil do mês;
- b) Enviar a nota fiscal deverá até o quinto dia útil do mês seguinte ao vencido;
- c) Manter os serviços contratados;
- d) Manter os serviços básicos, material/medicamentos, procedimentos ambulatoriais, sala de observação, exames (RX e eletrocardiograma), serviços de enfermagem e todos os demais necessários para atender ao objeto deste convênio;
- e) Realizar curativos e retiradas de pontos nos finais de semana e feriados, conforme horários estipulados pela CONVENIADA, mediante fornecimento de autorização da CONVENENTE;
- f) Manter sobreaviso médico conforme objeto deste convênio;
- g) Providenciar encaminhamento/transfêrencia do paciente sempre que o atendimento não puder ser prestado no Hospital Estrela, conforme objeto deste convênio, buscando as referências em alta complexidade junto às instituições hospitalares e Secretaria de Saúde do Estado (Coordenadoria Regional de Saúde, DAHA – Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial e Central de Regulação de Leitos).



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE IMIGRANTE

Lei nº 2.250/2020

Anexo Único - Fl. 11

Cláusula VII – Da Resolução:

7.1. Resolve-se este convênio mediante prévio comunicado, com prazo de 60 (sessenta) dias, de qualquer das partes.

Cláusula VIII - Das Sanções:

8.1. Pelo inadimplemento total ou parcial deste ajuste caberá, à CONVENIENTE a aplicação das sanções previstas no art. 87 e incisos, da Lei Federal nº 8.666/93, permitida cumulação da aplicação de multa.

8.1.1. A multa fica, desde já, estipulada em 0,5% (meio por cento) até o total de 10% (dez por cento) do valor do objeto descrito na Cláusula II, não elidindo a imediata resolução do Convênio.

8.1.2. A resolução do ajuste não exclui a responsabilidade de composição de perdas e danos, desde que devidamente apurados.

8.1.3. As sanções de que trata esta cláusula serão aplicadas mediante procedimento administrativo no qual seja assegurado o contraditório e a ampla defesa.

Cláusula IX - Das Disposições Gerais:

9.1. Quaisquer modificações das condições aqui ajustadas só terão validade se por escrito.

9.2. Qualquer tolerância em relação à obediência das obrigações recíprocas assumidas de parte-a-parte, deverá ser compreendida restritivamente, não tendo o condão de revogar as disposições pactuadas.

9.3. As comunicações, notificações, citações e intimações de parte a parte, relacionadas tanto em relação à execução como também na solução de conflitos do presente, poderão ser efetuadas por qualquer forma inequívoca de cientificação; ou seja: correspondência, e-mail, ou entrega pessoal.

9.4. O presente contrato se sobrepõe a todas as disposições relacionadas à matéria em questão.

9.5. Caso qualquer das cláusulas seja considerada, em juízo, sem força legal, tal nulidade não afetará a sobrevivência das outras cláusulas deste contrato.

Cláusula X – Do Foro:

10.1. Elegem as partes o foro da comarca de Estrela/RS para dirimir quaisquer dúvidas decorrentes deste Convênio.

E, estando justas e acordadas, firmam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, para que surta os jurídicos e legais efeitos.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE IMIGRANTE

Lei nº 2.250/2020

Anexo Único - Fl. 12

Imigrante, ___ de janeiro de 2020.

CLAIR TERESINHA AGNES
Associação Sulina Divina Providência
HOSPITAL ESTRELA

CELSO KAPLAN
Prefeito Municipal
CONTRATANTE

Testemunhas:

Nome:
CPF:

Nome:
CPF:



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE IMIGRANTE

Lei nº 2.250/2020

Anexo Único - Fl. 13

ANEXO ÚNICO DO CONVÊNIO

TABELA DE VALORES DE EXAMES COMPLEMENTARES 2020

Dr. Ademir Pivatto - GASTROCLÍNICA SERVIÇOS MÉDICOS LTDA	R\$
Eco Abdominal total	250,00
Eco Abdômen Superior	180,00
Ecografia Escrotal com doppler	350,00
Eco Pélvica	150,00
Eco Torácica ou Abdominal com punção	250,00
Eco Vias Urinárias	180,00
Eco de Tórax	200,00
Eco Cervical	150,00
Eco superficial	150,00
Punção Superficial (+Exame de base)	150,00
Punção de cavidade profunda (+Exame de base)	200,00
Biópsia de próstata	700,00
Biópsia hepática	500,00
Acesso venoso periférico	100,00
Frenagem de abscesso hepático guiado p/us	400,00
Eco membros inferiores	300,00

Dr. Alexandre Busato - CLINICOR BUSATO	R\$
Ecodoppler c/color	200,00
Ecodoppler Carótidas	200,00
Ecodoppler Vertebrais	200,00
Ecocardio Transesofágica	570,00
Eco Sist Venoso M Inf	250,00
Eco Sist Venoso M Sup	250,00
Eco Aorta e Ilíacas	280,00
Eco Fetal c/color	250,00

Rua Castelo Branco, nº 15, Centro - CEP 95.885-000 - Imigrante/RS - Fone (51) 3754-1100

www.imigrante-rs.com.br

e-mail: ouvidoria@imigrante-rs.com.br

"A Terra dos Imigrantes"



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE IMIGRANTE

Lei nº 2.250/2020

Anexo Único - Fl. 14

Dr. Bruno Pivatto - SERV. DIAG. DO AP. DIGESTIVO LTDA	R\$
Colonoscopia	800,00
Endoscopia Digestiva Alta	280,00
Passagem de Sonda Naso Entérica	500,00
Retirada de Corpo Estranho guiada por Endoscopia	500,00
Retossigmoidoscopia Flexível	280,00

Dr. Celso - Clínica IMAGEM	R\$
Ecografia Abdominal Total	180,00
Ecografia Abdominal Superior	130,00
Ecografia de Vias Biliares	130,00
Ecografia Rins e Vias Urinárias	130,00
Ecografia Artérias Renais com Doppler	260,00
Ecografia Aorta Abdominal	130,00
Ecografia Próstata Abdominal	110,00
Ecografia Próstata Transretal	150,00
Ecografia Transvaginal	110,00
Ecografia de Articulação (cada parte)	130,00
Ecografia Obstétrica	110,00
Ecografia Obstétrica Transvaginal 1º Trim. ou Translucência	110,00
Ecografia Obstétrica Gemelar	180,00
Ecografia Obstétrica com Doppler	180,00
Ecografia Obstétrica Gemelar com Doppler	290,00
Ecografia Obstétrica Morfológica	180,00
Ecografia Obstétrica Gemelar Morfológica	290,00
Ecografia Obstétrica com Perfil	180,00
Ecografia Obstétrica Gemelar com Perfil	290,00
Ecografia Obstétrica com Perfil e Doppler	290,00
Ecografia Obstétrica Gemelar com Perfil e Doppler	320,00
Ecografia Pélvica	110,00
Ecografia Glândulas Salivares	110,00
Ecografia Mamaria, Tireóide ou Cervical, Parede abdominal	110,00
Ecografia Inguinal, Tendão Aquiles, Axilar ou Torácica	110,00
Ecografia Musculatura	110,00
Ecografia Peniana ou Escrotal	110,00

Rua Castelo Branco, nº 15, Centro - CEP 95.885-000 - Imigrante/RS - Fone (51) 3754-1100

www.imigrante-rs.com.br

e-mail: ouvidoria@imigrante-rs.com.br

"A Terra dos Imigrantes"



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE IMIGRANTE

Projeto de Lei nº 2.250/2020

Anexo Único - Fl. 15

Dr. Celso - Clínica IMAGEM	R\$
<i>... continuação</i>	
Ecografia Transfontanelar	110,00
Doppler - Valor acresce ao exame de base	110,00
Punção de Mama mais Ecografia	180,00
Punção de Tireóide mais Ecografia	180,00
Doppler Arterial de Membro Inferior ou Superior	300,00
Doppler Venoso de Membro Inferior ou Superior	360,00
Doppler Venoso ou Arterial de dois Membros	600,00
Core Biópsia	360,00
Agulhamento Pré-cirúrgico	360,00
Mamografia	110,00
Mamografia Digital	130,00

Dr. Juliano e Itoni	R\$
Biópsia Pleural	370,00
Drenagem Pleural	320,00
Espirometria	128,00
Fibrobroncoscopia	425,00
Punção Aspirativa Pulmonar	320,00
Toracocentese	212,00

TOMOGRAFIA	SEM CONTRASTE	COM CONTRASTE
Tomo Comput. de Face, Seios do Face, Articulares Temporo - Mandibulares	R\$ 223,80	R\$ 285,57
Tomografia Computadorizada de Abdômen Superior	R\$ 339,08	R\$ 400,86
Tomografia Computadorizada de Abdômen Total	R\$ 509,51	R\$ 567,19
Tomografia Computadorizada de Articulações de Membro Inferior ou Superior	R\$ 217,02	R\$ 278,79
Tomografia Computadorizada de Coluna Cervical	R\$ 217,02	R\$ 278,79
Tomografia Computadorizada de Coluna Lombo-Sacra	R\$ 217,02	R\$ 278,80
Tomografia Computadorizada de Coluna Toracica	R\$ 217,02	R\$ 278,81
Tomografia Computadorizada de Pelve / Bacia	R\$ 339,08	R\$ 400,86
Tomografia Computadorizada de Pescoço	R\$ 223,80	R\$ 285,56
Tomografia Computadorizada de Segmentos Apendiculares	R\$ 223,80	R\$ 285,56

Rua Castelo Branco, nº 15, Centro - CEP 95.885-000 - Imigrante/RS - Fone (51) 3754-1100

www.imigrante-rs.com.br

e-mail: ouvidoria@imigrante-rs.com.br

"A Terra dos Imigrantes"



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE IMIGRANTE

Lei nº 2.250/2020

Anexo Único - Fl. 16

TOMOGRAFIA	SEM CONTRASTE	COM CONTRASTE
-------------------	----------------------	----------------------

... continuação

Tomografia Computadorizada de Sela Tursica	R\$ 223,80	R\$ 285,56
Tomografia Computadorizada de Tórax	R\$ 339,08	R\$ 400,85
Tomografia Computadorizada de Crânio	R\$ 223,80	R\$ 285,57
Tomomielografia Computadorizada	R\$ 339,08	R\$ 400,86

TOMOGRAFIA	VALOR
Tomografia completa para Maxilar e Mandibula juntas	R\$ 277,40
Tomografia de Coerência Ótica - OCT	R\$ 195,00
Tomografia por Arcada ou Mandíbula	R\$ 155,34
Tomografia por Dente	R\$ 110,96

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (RM)	SEM CONTRASTE	COM CONTRASTE
Angioressonancia Cerebral	R\$ 450,85	R\$ 512,61
RM de Articulação Temporo-Mandibular (Bilateral)	R\$ 450,85	R\$ 512,61
RM de Abdômen Superior	R\$ 450,85	R\$ 512,61
RM de Bacia / Pelve	R\$ 450,85	R\$ 512,61
RM de Coluna Cervical	R\$ 450,85	R\$ 512,61
RM de Coluna Lombo-Sacra	R\$ 450,85	R\$ 512,61
RM de Coluna Torácica	R\$ 450,85	R\$ 512,61
RM de Coração / Aorta c/ Cine	R\$ 605,25	R\$ 667,01
RM de Crânio	R\$ 450,85	R\$ 512,61
RM de Membro Inferior (Unilateral)	R\$ 450,85	R\$ 512,61
RM de Membro Superior (Unilateral)	R\$ 450,85	R\$ 512,61
RM de Sela Túrcica	R\$ 450,85	R\$ 512,61
RM de Tórax	R\$ 450,85	R\$ 512,61
RM de Vias Biliares	R\$ 450,85	R\$ 512,61

REALIZAÇÃO DE ECOGRAFIAS OBSTÉTRICAS	
TIPO	Valor Municípios Conveniados
Ecografia Obstétrica	R\$ 130,00
Ecografia Obstétrica com Doppler	R\$ 240,00
Ecografia Transvaginal	R\$ 130,00
Ecografia Morfológica TN (entre 11 e 14 semanas)	R\$ 130,00
Ecografia Morfológica (2º Trimestre entre 20 e 24 semanas)	R\$ 230,00
Ecografia Mamária (+ 40 anos – trazer mamografia prévia – 6 meses)	R\$ 150,00
Observação: Ecografia de Gemelar, acrescentar 60% (sessenta por cento) ao valor acima.	

