



Estado do Rio Grande do Sul  
Prefeitura Municipal de Centenário

PROJETO DE LEI Nº 12/2016 DE 04 DE ABRIL DE 2016.



Autoriza o Poder Executivo Municipal firmar convênio com o Hospital São Roque de Getúlio Vargas para realização de internação hospitalar, consultas médicas, exames e procedimentos ambulatoriais em diversas especialidades, realização de cirurgias eletivas e internações hospitalares de até 72 (setenta e duas) horas e dá outras providências.

**WILSON CARLOS LUKASZEWSKI**, Prefeito Municipal de Centenário, Estado do Rio Grande do Sul, no uso de suas atribuições legais, conferidas pela Lei Orgânica do Município.

**Faço Saber**, que a Câmara Municipal de Vereadores aprovou e eu sanciono e promulgo a seguinte Lei:

**Art. 1º** - Fica o Poder Executivo autorizado a firmar convênio com o Hospital São Roque de Getúlio Vargas para realização de internação hospitalar, consultas médicas, exames e procedimentos ambulatoriais em diversas especialidades, realização de cirurgias eletivas e internações hospitalares de até 72 (setenta e duas) horas, conforme minuta de convênio em anexo.

**Parágrafo único.** Os exames, consultas, procedimentos ambulatoriais, cirurgias eletivas e as internações hospitalares previstos na presente Lei deverão ser autorizados pelo titular da Secretaria Municipal da Saúde, cabendo ao Hospital a apresentação de prestação de contas na forma contábil usual.

**Art. 2º** O prazo de vigência do referido convênio será de 12 (doze) meses, podendo ser renovado por iguais e sucessivos períodos até 60 (sessenta) meses.

**Art. 3º** As despesas decorrentes desta Lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias.

**Art. 4º** Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Fone: (54) 3613-5160 / 3613-5150  
Av. Antônio Menegatti, 845 - CEP 99838-000 - Centenário - RS  
CNPJ: 93.539.138/0001-44



Estado do Rio Grande do Sul  
Prefeitura Municipal de Centenário

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL DE CENTENÁRIO, aos 04  
(quatro) dias do mês de abril de 2016.



WILSON CARLOS LUKASZEWSKI  
Prefeito Municipal

Fone: (54) 3613-5160 / 3613-5150  
Av. Antônio Menegatti, 845 - CEP 99838-000 - Centenário - RS  
CNPJ: 93.539.138/0001-44



Estado do Rio Grande do Sul  
Prefeitura Municipal de Centenário

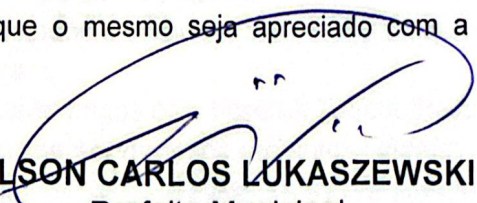
**JUSTIFICATIVA AO PROJETO DE LEI Nº 12 /2016.**

Nobres Vereadores,

Estamos enviando ao Poder Legislativo Municipal o projeto de Lei nº 12/2016, o qual autoriza o Poder Executivo firmar convênio com o Hospital São Roque de Getúlio Vargas/RS para realização de internação hospitalar, consultas médicas, exames e procedimentos ambulatoriais em diversas especialidades, realização de cirurgias eletivas e internações hospitalares de até 72 (setenta e duas) horas.

O referido convênio se faz necessário primeiramente devido a cota de ultrassonografias com o convênio SUS do nosso município, por ter sido dividida pela 11ª Coordenadoria Regional de Saúde, entre Erechim – Ecodiagnose e Getúlio Vargas – Hospital São Roque, o qual este ficou com a maior parte da cota. E para podermos encaminhar estes pacientes para exames de ultrassons, precisamos ter o convênio firmado como o Hospital São Roque. Este convênio também nos oferece cirurgias eletivas com valores de complementação semelhantes aos da Fundação Hospitalar Santa Terezinha, e querendo oferecer encaminhamentos adequados e sem muita demora aos nossos pacientes, já que no momento estamos com déficit nos serviços de cirurgias eletivas na Fundação Hospitalar Santa Terezinha.

Certos que este convênio será de muita serventia e importância para os munícipes centenarienses proporcionando um melhor atendimento na área da saúde, submetemos o presente projeto de lei para a análise desta Casa Legislativa, a fim de que o mesmo seja apreciado com a atenção que lhe é devida.

  
**WILSON CARLOS LUKASZEWSKI**  
Prefeito Municipal

Fone: (54) 3613-5160 / 3613-5150  
Av. Antônio Menegatti, 845 - CEP 99838-000 - Centenário - RS  
CNPJ: 93.539.138/0001-44

## TERMO DE CONVÊNIO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS Nº

Pelo presente instrumento, o **MUNICÍPIO DE CENTENÁRIO/ RS** pessoa jurídica de direito público interno, com sede administrativa à Av. Antonio Menegatti, nº 845, na cidade de Centenário, inscrito no CNPJ sob o nº93539138/0001-44, representado pelo Prefeito Municipal Senhor Wilson Carlos Lukaszewski, brasileiro, casado, residente e domiciliado à Av. Antônio Menegatti nº \_\_\_\_\_, em Centenário, inscrito no CPF sob o nº 423.303.350-91, devidamente autorizado pela Lei nº \_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_, doravante denominado **MUNICÍPIO** e o **HOSPITAL SÃO ROQUE**, sociedade civil beneficente, com sede na rua Jacob Gremmelmaier nº 212, em Getúlio Vargas, inscrito no CNPJ sob o nº 90.156.217/0001-88, representado pelo seu Presidente Senhor Clovis Dall'Agnol, brasileiro, viúvo, residente e domiciliado em Getúlio Vargas, à rua Albino Fernando Holzbach nº 770, inscrito CPF sob o nº 189.405.010-04, doravante denominado **HOSPITAL**, celebram o presente convênio, mediante o qual o **HOSPITAL** coloca à disposição do **MUNICÍPIO** o seu Corpo Clínico e funcional, salas, equipamentos, materiais, medicamentos, enfim toda a infraestrutura disponível visando à prestação dos serviços a seguir descritos, de acordo com as cláusulas e condições assim estabelecidas:

**Cláusula Primeira – Internação hospitalar** de até setenta e duas (72) horas, com atendimento médico, serviços hospitalares, laboratoriais, diagnósticos por imagem e fornecimento de medicamentos.

§ 1º – Poderão ser internadas, mensalmente, pacientes conforme a demanda e encaminhadas pelo órgão de saúde do **MUNICÍPIO**, que poderá diminuir esse limite de internações segundo a redução da demanda, a maior disponibilidade de AIH's ou a redução de recursos orçamentários.

§ 2º – Os valores a serem pagos pelo **MUNICÍPIO** ao **HOSPITAL** pelas internações hospitalares, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao da prestação dos serviços, são os seguintes:

- a) pelas **diárias médicas** o valor de R\$ 34,06
- b) pelas **diárias hospitalares** o valor de R\$ 39,49
- c) os **exames laboratoriais** serão pagos à razão de 70% (setenta por cento) da Tabela AMB e serão limitados a hemogramas, exames comuns de urina, glicemia e parasitológico de fezes
- d) os **medicamentos** serão pagos com base na Tabela Brasíndice.
- e) pela prestação de **outros serviços**, os seguintes valores:

nebulização	R\$ 9,93 por sessão
oxigênio	R\$ 8,85 por hora
taxa de sala	R\$ 178,49 por utilização

f) os diagnósticos por imagem serão pagos pela tabela SUS.

§ 3º – Para realização das internações previstas nesta cláusula, incumbe ao **HOSPITAL** encaminhar ao órgão de saúde do **MUNICÍPIO** pedido de autorização para internação, acompanhado de diagnóstico médico.

§ 4º – Compete ao **HOSPITAL**, mensalmente:

- a) encaminhar, com a fatura, relação dos usuários internados;
- b) encaminhar relação individualizada dos medicamentos utilizados em cada internação, com os respectivos preços;
- c) encaminhar relação detalhada, por usuário, dos exames laboratoriais realizados, restritos aos abrangidos pelo convênio;

**Cláusula Segunda – Realização de cirurgias eletivas.**

§ 1º – O **HOSPITAL** deverá encaminhar ao **MUNICÍPIO** o laudo médico, diante do qual o **MUNICÍPIO** fornecerá a autorização para a cirurgia.

§ 2º – Para cobertura das cirurgias realizadas, o **MUNICÍPIO** pagará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao da efetiva realização das cirurgias, os seguintes valores, a título de complementação:

- a) cirurgias de grande e médio porte R\$ 845,71 (oitocentos quarenta e cinco reais e setenta e um centavo);
- b) cirurgias de pequeno porte com anestesista R\$ 608,03 (seiscentos e oito reais e três centavos)
- c) cirurgias de pequeno porte sem anestesista R\$ 355,21 (trezentos e cinquenta e cinco reais e vinte e um centavos);
- d) cirurgias ambulatoriais R\$ 160,70 (cento sessenta reais e setenta centavos);
- e) consulta do médico cirurgião R\$ 112,09 (cem e doze reais e nove centavos)

§ 3º – O **HOSPITAL** deverá apresentar fatura detalhada relativa às cirurgias realizadas, constando na mesma: diagnóstico, tratamento indicado e intervenção realizada.

**Cláusula Terceira – Consultas especializadas, procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos de pequeno e médio porte nas áreas de Traumatologia e Ortopedia.**

§ 1º – O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente as consultas a serem realizadas, conforme a disponibilidade do **HOSPITAL**, sendo de inteira responsabilidade do **MUNICÍPIO** a quantidade de consultas autorizadas.

§ 2º – O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente os procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos de pequeno e médio porte a serem realizados,

conforme a disponibilidade do **HOSPITAL**, sendo de inteira responsabilidade do **MUNICÍPIO** a quantidade autorizada.

§ 3º – Em caso de emergência justificada, o órgão de saúde do **MUNICÍPIO** encaminhará autorização posteriormente à prestação dos serviços.

§ 4º – Pelos serviços descritos nesta cláusula, o **MUNICÍPIO** pagará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao da prestação dos serviços, a título de complementação, os seguintes valores:

- a) consultas especializadas – R\$ 112,09 (cento e doze reais e nove centavos)
- b) procedimentos ambulatoriais – R\$ 112,09 (cento e doze reais e nove centavos)
- c) procedimentos cirúrgicos de pequeno e médio porte, com ou sem anestesista – R\$ 608,92 (seiscentos e oito reais e noventa e dois centavos);

**Cláusula Quarta – Exames especializados na área de Radiologia.**

§ 1º – O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente os exames a serem realizados, conforme a disponibilidade do **HOSPITAL**.

§ 2º – Os pacientes encaminhados pelo **MUNICÍPIO** deverão apresentar requisição médica e autorização para a realização dos exames.

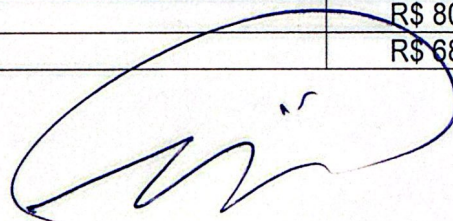
§ 3º – Pelos serviços descritos nesta cláusula, o **MUNICÍPIO** pagará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao da efetiva realização dos exames, a título de complementação, o valor mensal de até R\$ 30,26 (trinta reais e vinte e seis centavos), até duas incidências e de R\$ 45,26 (quarenta e cinco reais e vinte e seis centavos) para três incidências, a título de complementação;

**Cláusula Quinta – Exames especializados na área de Ecografia/Ultrassonografia.**

§ 1º – O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente os exames a serem realizados, conforme a disponibilidade do **HOSPITAL**;

§ 2º – Os pacientes encaminhados deverão apresentar requisição médica e autorização para a realização dos exames, dentre os relacionados abaixo:

EXAME	PREFEITURA
1. ABDOMEN TOTAL	R\$ 80,00
2. ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 68,74



3. FIGADO E VIAS BILIARES	R\$ 62,51
4. PÉLVICO	R\$ 33,78
5. APARELHO URINÁRIO	R\$54,99
6. OBSTÉTRICO	R\$ 34,94
7. PRÓSTATA VIA ABDOMINAL	R\$ 47,53
8. PRÓSTATA TRANSRETAL	R\$ 56,28
9. PÉLVICO TRANSVAGINAL	R\$ 47,77
10. ECOGRAFIA DE MAMAS	R\$ 53,76
11. ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (tireóide, bolsa escrotal)	R\$ 47,53
12. OBSTÉTRICO MORFOLÓGICO	R\$ 250,00
13. PERFIL BIOFÍSICO FETAL	R\$ 137,50
14. ARTICULAÇÕES, MÚSCULOS E TENDÕES	R\$ 54,99
15. CARÓTIDAS E VERTEBRAIS C/DOPPLER	R\$ 188,49
16. MEMBROS SUPERIORES OU INFERIORES COM DOPPLER A CORES	R\$ 181,31
17. VEIAS SAFENAS COM DOPPLER A CORES	R\$ 118,84
18. AORTA E ILÍACAS COM DOPPLER A CORES	R\$ 193,78
19. ARTÉRIAS RENAIIS COM DOPPLER A CORES	R\$ 193,78
20. ABDOMEN COM DOPPLER A CORES	R\$ 193,78
21. TRANSVAGINAL OU PÉLVICO COM DOPPLER A CORES	R\$ 143,78
22. TESTÍCULOS OU ÓRGÃOS COM DOPPLER A CORES	R\$ 131,32
23. OBSTÉTRICO DOPPLER COLORIDO	R\$ 270,00

§ 3º – O **MUNICÍPIO** pagará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao da realização dos exames, que deverão constar de relação dos pacientes atendidos e informações pertinentes;

**Cláusula Sexta – Exames especializados na área de Mamografia.**

§ 1º – O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente os exames a serem realizados, conforme a disponibilidade do **HOSPITAL**, num limite máximo de 50 (cinquenta) exames ao mês.

§ 2º – Os pacientes encaminhados pelo **MUNICÍPIO** deverão apresentar requisição médica e autorização para o exame.

**Cláusula Sétima – Exames especializados na área de Gastroenterologia, Endoscopia Digestiva Alta e Baixa e Cirurgia Digestiva**

§ 1º – O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente os exames, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**.

§ 2º – Previamente à realização dos exames, o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** a competente autorização.

§ 3º – Pela realização dos exames, o **MUNICÍPIO** pagará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte à prestação dos serviços, os seguintes valores, a título de complementação:

- a) para consultas: R\$ 112,09 (cem e doze reais e nove centavos)
- b) para endoscopia R\$ 125,01 (cento e vinte e cinco reais e um centavo) por exame
- c) para colonoscopia R\$ 230,41 (duzentos e trinta reais e quarenta e um centavos) por exame
- d) para retossigmoidoscopia R\$ 118,87 (cento e dezoito reais e oitenta e sete centavos) por exame
- e) para polipectomia de cólon: R\$ 122,55 (cento e vinte e dois reais e cinquenta e cinco centavos) por procedimento (não precisando de autorização prévia)
- f) para teste de urease: R\$ 12,46 (doze reais e quarenta e seis centavos) por procedimento (não precisando de autorização prévia)
- g) para hernioplastia inguinal unilateral: R\$ 840,67 (oitocentos e quarenta reais e sessenta e sete centavos) por procedimento
- h) para hemorroidectomia: R\$ 840,67 (oitocentos e quarenta reais e sessenta e sete centavos) por procedimento
- i) para fissurectomia anal: R\$ 840,67 (oitocentos e quarenta reais e sessenta e sete centavos) por procedimento
- j) para fistulectomia anal: R\$ 840,67 (oitocentos e quarenta reais e sessenta e sete centavos) por procedimento
- k) para ressecção de cisto pilonidal: R\$ 840,67 (oitocentos e quarenta reais e sessenta e sete centavos) por procedimento
- l) para drenagem de abscesso: R\$ 840,67 (oitocentos e quarenta reais e sessenta e sete centavos) por procedimento
- m) para colecistectomia aberta: R\$ 1.008,81 (hum mil e oito reais oitenta e um centavos) por procedimento
- n) para vídeocolecistectomia: R\$ 1.232,99 (hum mil duzentos trinta e dois reais e noventa e nove centavos) por procedimento;

**Cláusula Oitava** – Consultas, exames e procedimentos cirúrgicos especializados na área de **Urologia**.

§ 1º – O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente as consultas, exames e procedimentos cirúrgicos, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**.

§ 2º – Previamente ao atendimento, o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** a competente autorização.

§ 3º – Em pagamento às consultas, exames e procedimentos cirúrgicos, o **MUNICÍPIO** repassará ao **HOSPITAL**, até o 5º. (quinto) dia útil do mês seguinte ao da prestação dos serviços, os seguintes valores, a título de complementação:

- R\$ 112,09 por consulta urológica
- R\$ 932,23 por procedimento de cistostomia;
- R\$ 932,23 por tratamento cirúrgico da incontinência urinária via vaginal;
- R\$ 582,64 por procedimento de biópsia de bexiga;
- R\$ 932,23 por procedimento de uretroplastia autógena;
- R\$ 932,23 por tratamento cirúrgico da hemorragia vesical;
- R\$ 466,11 por procedimento de drenagem de abscesso da bolsa escrotal;
- R\$ 466,11 por procedimento de exérese de cisto da bolsa escrotal;
- R\$ 582,64 por procedimento de ressecção parcial da bolsa escrotal;
- R\$ 932,23 por tratamento cirúrgico da torção de testículo/cordão espermático;
- R\$ 932,23 por tratamento cirúrgico da hidrocele;
- R\$ 932,23 por procedimento de orquidopexia unilateral;
- R\$ 932,23 por tratamento cirúrgico da varicocele;
- R\$ 932,23 por procedimento de exérese de cisto do epidídimo;
- R\$ 582,64 por procedimento de vasectomia bilateral;
- R\$ 932,23 por procedimento de amputação do pênis;
- R\$ 466,11 por procedimento de biópsia de pênis;
- R\$ 932,23 por procedimento de plástica total do pênis;
- R\$ 407,85 por procedimento de eletrocoagulação de lesões cutâneas;
- R\$ 407,85 por procedimento de meatotomia;
- R\$ 407,85 por procedimento de parafimose – redução manual ou cirúrgica;
- R\$ 524,37 por procedimento de postectomia;
- R\$ 466,11 por procedimento de biópsia de próstata;
- R\$ 372,88 por procedimento de cistoscopia/uretroscopia;
- R\$ 1.107,02 por procedimento de hipospádia;
- R\$ 2.330,57 por procedimento de ressecção endoscópica de próstata;
- R\$ 2.327,21 por procedimento de ressecção endoscópica de tumor vesical;
- R\$ 932,23 por procedimento de orquiectomia unilateral;
- R\$ 1.165,28 por procedimento de cistolitotomia;
- R\$ 932,23 por procedimento de postectomia em crianças com anestesia geral;
- R\$ 932,23 por procedimento cirúrgico da cistocele;

- R\$ 1.747,93 por procedimento de ressecção endoscópica de colo vesical;
- R\$ 291,32 por cada sessão de procedimento de dilatação uretral;
- R\$ 1.747,93 por procedimento de uretrotomia interna (endoscópica)
- R\$ 560,45 por procedimento de biopsia de uretra
- R\$ 896,72 por procedimento de ressecção de carúncula uretral;
- R\$ 932,23 por procedimento de colpoperineoplastia posterior;
- R\$ 186,06 por procedimento de urefluxometria;
- R\$ 442,75 por procedimento de urodinâmica completa.

§ 4º – Havendo necessidade de internação para realização de procedimento cirúrgico, o **MUNICÍPIO** também deverá encaminhar ao **HOSPITAL** a respectiva AIH.

**Cláusula Nona** – Consultas especializadas na área de **Psiquiatria**.

§ 1º – O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente as consultas, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**.

§ 2º – Previamente ao atendimento, o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** a competente autorização.

§ 3º – Em pagamento às consultas, o **MUNICÍPIO** repassará ao **HOSPITAL**, até o 5º. (quinto) dia útil do mês seguinte ao da prestação dos serviços, o valor de R\$ 112,09 (cem e doze reais e nove centavos) por consulta, a título de complementação.

**Cláusula Décima** – Consultas especializadas na área de **Otorrinolaringologia**.

§ 1º – O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente as consultas, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**.

§ 2º – Previamente ao atendimento, o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** a competente autorização.

§ 3º – Em pagamento às consultas, o **MUNICÍPIO** repassará ao **HOSPITAL**, até o 5º. (quinto) dia útil do mês seguinte ao da prestação dos serviços, o valor de R\$ 112,09 (cem e doze reais e nove centavos) por consulta, a título de complementação.



**Cláusula Décima Primeira – Serviços especializados na área de Cardiologia, compreendendo consultas e eletrocardiogramas.**

§ 1º – O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente as consultas, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**. Para a realização de eletrocardiogramas não há necessidade de agendamento.

§ 2º – Previamente às consultas e eletrocardiogramas o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** a competente autorização.

§ 3º – Em pagamento aos serviços, o **MUNICÍPIO** repassará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte à sua realização, a título de complementação, o valor de R\$ 112,09 (cento e doze reais e nove centavos) por consulta e de R\$ 46,51 (quarenta e seis reais e cinquenta e um centavo) por eletrocardiograma.

**Cláusula Décima Segunda - Exames especializados de Ergometria.**

§ 1º – O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente os exames, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**.

§ 2º – Previamente aos exames o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** a competente autorização.

§ 3º – Em pagamento aos exames o **MUNICÍPIO** repassará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao da prestação dos serviços, o valor de R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais) por exame, a título de complementação.

**Cláusula Décima Terceira – Consultas e cirurgias especializadas na área de Oftalmologia.**

§ 1º – O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente as consultas, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**.

§ 2º – Previamente às consultas e cirurgias, o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** as competentes autorizações.

§ 3º – Em pagamento às consultas o **MUNICÍPIO** repassará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte, o valor de R\$ 112,09 (cento e doze reais e nove centavos) por consulta. O valor das cirurgias, que também deve ser

repassado no mesmo prazo, será aquele constante da **Cláusula Segunda – Cirurgias eletivas - § Segundo**. Ambos os pagamentos serão realizados a título de complementação.

**Cláusula Décima Quarta –** Atendimentos especializados na área de cirurgia e traumatologia **bucomaxilofacial**.

§ 1º - Os atendimentos previstos nesta cláusula são destinados a pacientes que forem atendidos no serviço de Urgência e Emergência e compreendem a avaliação imediata e, se necessário, a cirurgia.

§ 2º – A autorização do **MUNICÍPIO** para a avaliação poderá ser feita no mesmo momento ou posteriormente; a cirurgia, entretanto, necessitará de autorização prévia na forma normal.

§ 3º – O valor de cada avaliação será de R\$ 112,09 (cento e doze reais e nove centavos). Quanto às cirurgias, seus valores seguirão os parâmetros da **Cláusula Segunda – Cirurgias eletivas - § Segundo**. Em pagamento a esses serviços o **MUNICÍPIO** repassará ao **HOSPITAL**, até o 5º dia útil do mês seguinte, os valores apurados pelo setor de faturamento, a título de complementação.

**Cláusula Décima Quinta –** Consulta especializada de **ginecologia/obstetria**.

§ 1º – O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente as consultas, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**.

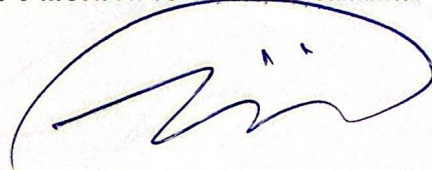
§ 2º – Previamente às consultas o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** a competente autorização.

§ 3º – Em pagamento aos serviços, o **MUNICÍPIO** repassará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte à sua realização, a título de complementação, o valor de R\$ 112,09 (cento e doze reais e nove centavos) por consulta.

**Cláusula Décima Sexta –** Consulta especializada na área **Vascular**.

§ 1º – O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente as consultas, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**.

§ 2º – Previamente às consultas o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** a competente autorização.



§ 3º – Em pagamento aos serviços, o **MUNICÍPIO** repassará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte à sua realização, a título de complementação, o valor de R\$ 112,09 (cento e doze reais e nove centavos) por consulta;

**Cláusula Décima Sétima – Consulta especializada na área Vascular.**

§ 1º – O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente as consultas, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**.

§ 2º – Previamente às consultas o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** a competente autorização.

§ 3º – Em pagamento aos serviços, o **MUNICÍPIO** repassará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte à sua realização, a título de complementação, o valor de R\$ 112,09 (cento e doze reais e nove centavos) por consulta.

**Cláusula Décima Oitava - Exames especializados de Cardiotocografia.**

§ 1º – O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente os exames, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**.

§ 2º – Previamente aos exames o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** a competente autorização.

§ 3º – Em pagamento aos exames o **MUNICÍPIO** repassará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao da prestação dos serviços, o valor de R\$ 23,31 (vinte e três reais e trinta e um centavo) por exame, a título de complementação.

**Cláusula Décima Nona – Consultas, exames e procedimentos cirúrgicos na área de Dermatologia:**

§ - Primeiro – O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente as consultas, exames e procedimentos cirúrgicos, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**,

§ - Segundo – Previamente ao atendimento, o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** a competente autorização,

**§ - Terceiro** – Em pagamento as consultas, exames e procedimentos cirúrgicos, o MUNICÍPIO repassará ao HOSPITAL, até o 5º dia útil do mês seguinte ao da prestação dos serviços, os seguintes valores, a título de complementação:

- R\$ 112,09 (cento e doze reais e nove centavos) por consulta dermatológica;
- R\$ 150,00 (cento e cinquenta reais) por procedimento de cauterização química;
- R\$ 280,00 (duzentos e oitenta reais) por procedimento de biópsia Incisional;
- R\$ 380,00 (trezentos e oitenta reais) por procedimentos de biópsia excisional pequena/média
- R\$ 450,00 (quatrocentos e cinquenta reais) por procedimento de biópsia excisional grande;
- R\$ 280,00 (duzentos e oitenta reais) por procedimentos para retirada de nevo facial
- R\$ 200,00 (duzentos reais) por procedimentos de shaving (01 lesão)
- R\$ 280,00 (duzentos e oitenta reais) por procedimento de shaving (1 a 3 lesões)
- R\$ 350,00 (trezentos e cinquenta reais) por procedimentos de shaving (3 a 5 lesões)
- R\$ 230,00 (duzentos e trinta reais) por procedimento de aplicação de Triancil;
- R\$ 200,00 (duzentos reais) por procedimento de Peeling químico;

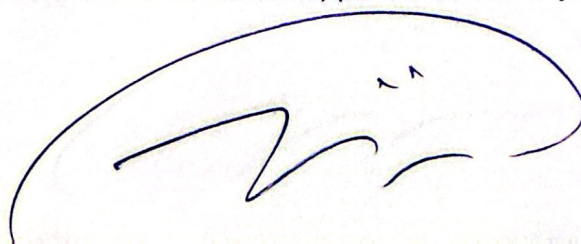
**Cláusula Vigésima – Internação hospitalar compulsória.**

**§ 1º** - Poderão ser internados, mensalmente, até 02 (dois) pacientes encaminhados pelo órgão de saúde do MUNICÍPIO;

**§ 2º** - O MUNICÍPIO deverá agendar previamente as internações, de acordo com a disponibilidade destes leitos no Hospital;

**§ 3º** – Previamente a internação, o MUNICÍPIO deverá enviar ao HOSPITAL a competente autorização;

**§ 4º** – Em pagamento às internações o MUNICÍPIO repassará ao HOSPITAL, até o 5º(quinto) dia útil do mês seguinte ao da prestação dos serviços, o valor de R\$ 93,21 (noventa e três reais e vinte e um centavos) por dia de internação;



**Cláusula Vigésima Primeira** – O **HOSPITAL** colocará seu Corpo Clínico, serviços auxiliares, salas, equipamentos, materiais, medicamentos, enfim toda a infraestrutura necessária para a realização dos serviços descritos no presente convênio.

**Cláusula Vigésima Segunda** – A contratação de todo o pessoal necessário à consecução dos objetivos propostos neste termo será de responsabilidade do **HOSPITAL**, incluídos os encargos trabalhistas e previdenciários e ainda eventuais danos a terceiros decorrentes do atendimento.

**Cláusula Vigésima Terceira** – Na hipótese das condições técnico-científicas disponibilizadas serem insuficientes para o adequado atendimento ao paciente, o **HOSPITAL** deverá encaminhá-lo a outro centro médico-hospitalar que possua as condições necessárias, sem que isso implique em responsabilidade do **HOSPITAL** no custeio da internação naquele estabelecimento.

§ 1º – Para o encaminhamento do paciente, o **MUNICÍPIO** deverá providenciar o transporte através de veículo adequado ao caso e o **HOSPITAL** providenciará o acompanhamento da Enfermagem e do Médico, se necessário.

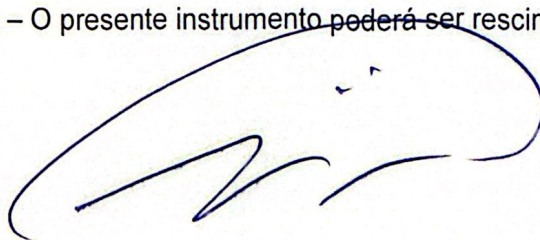
§ 2º – Em pagamento ao acompanhamento da Enfermagem, o **MUNICÍPIO** repassará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao do encaminhamento do paciente, o valor que será calculado pelo setor de Recursos Humanos do **HOSPITAL**, baseado no tempo de afastamento do funcionário e na sua remuneração normal.

§ 3º – O valor que deverá ser pago pelo **MUNICÍPIO** ao **HOSPITAL** até o quinto (5º) dia útil do mês seguinte ao do encaminhamento do paciente, pelo acompanhamento do Médico, será calculado com base no tempo de afastamento do mesmo e na remuneração paga aos Médicos Plantonistas do Pronto Socorro.

**Cláusula Vigésima Quarta** – A vigência do presente convênio será de 01(um) ano, podendo ser renovado por iguais e sucessivos períodos até 60(sessenta) meses.

**Cláusula Vigésima Quinta** – Os valores estabelecidos neste convênio serão reajustados anualmente, com base na variação do IGP-M acumulado no período.

**Cláusula Vigésima Sexta** – O presente instrumento poderá ser rescindido:



- a) a qualquer momento, por qualquer das partes, desde que comunicado com antecedência mínima de trinta (30) dias;
- b) a qualquer momento, por comum acordo entre as partes, sem a necessidade da antecedência mínima de trinta (30) dias;
- c) a qualquer momento, mediante aviso prévio de 30(trinta) dias por qualquer uma das partes, quando verificado um desequilíbrio financeiro que possa causar prejuízos decorrentes de alterações econômicas alheias a vontade das partes.

**Cláusula Vigésima Sétima** - O HOSPITAL ficará sujeito à fiscalização do MUNICÍPIO no que se refere ao fiel cumprimento do presente convênio, através de servidores indicados à Direção.

**Cláusula Vigésima Oitava** – O HOSPITAL deverá apresentar, mensalmente, fatura detalhada sobre os atendimentos prestados que forem objeto do presente convênio.

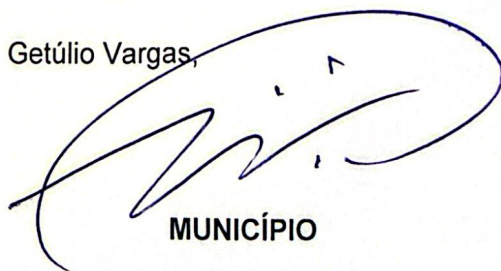
**Cláusula Vigésima Nona** – Visando preservar interesses recíprocos, quaisquer circunstâncias que possam caracterizar descumprimento dos termos deste convênio deverão ser objeto de notificação escrita, com prazo de três (3) dias úteis para resposta de qualquer das partes.

**Cláusula Trigésima** – As despesas decorrentes deste Convênio correrão por conta de dotações orçamentárias próprias.

**Cláusula Trigésima Primeira** – Para dirimir eventuais dúvidas emergentes da aplicação deste convênio, as partes elegem, de comum acordo, o Foro da Comarca de Getúlio Vargas.

E por assim estarem ajustados, assinam o presente instrumento, em quatro (4) vias de igual teor e forma.

Getúlio Vargas,



MUNICÍPIO

HOSPITAL

Testemunhas: