

PROJETO DE LEI Nº 021/18, DE 27 DE MARÇO DE 2018.

Autoriza o Município de Floriano Peixoto - RS, através do Poder Executivo, a celebrar Convênio com a Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim - RS, e dá outras providências.

ORLEI GIARETTA, PREFEITO MUNICIPAL DE FLORIANO PEIXOTO, Estado do Rio Grande do Sul, no uso de suas atribuições legais, e de conformidade com a Lei Orgânica Municipal,

Faço saber, que a Câmara Municipal aprovou, e eu sanciono e promulgo a seguinte Lei:

Art. 1º – Fica o Município de Floriano Peixoto, através do Poder Executivo, autorizado a firmar convênio com a Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim, visando o atendimento na área da saúde, nos termos da Minuta de Convênio em Anexo (**doc. 01**), a qual faz parte integrante da presente Lei para todos os efeitos legais.

Art. 2º – As despesas decorrentes desta Lei correrão por conta de dotação orçamentária própria.

Art. 3º – Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, no local costume, com eficácia a partir de 1º de abril de 2018, revogadas às disposições em contrário.

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL DE FLORIANO PEIXOTO, RS, aos vinte e sete dias do mês de Março de 2018.

ORLEI GIARETTA,
Prefeito Municipal

EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS

PROJETO DE LEI Nº. 021/18

Excelentíssima Senhora Presidente:

Nobres Senhores Vereadores:

Apraz-me cumprimentá-los e na oportunidade enviar o Projeto de Lei nº. 021/18, que trata da autorização para celebrar novo Convênio com a Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim.

Como é de conhecimento público, várias foram as reuniões realizadas entre os representantes do Município e da Fundação.

A AMAU coordenou todos os trabalhos e finalmente foram repactuados os novos valores a serem praticados à partir de 01 de Abril de 2018, que serão os mesmos para todos os Municípios da Região.

A manutenção dos serviços é de fundamental importância para o nosso Município.

ASSIM, solicitamos seja a presente proposição merecedora de integral aprovação.

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL DE FLORIANO PEIXOTO, RS, aos vinte e sete dias do mês de Março de 2018.

ORLEI GIARETTA,
Prefeito Municipal.

MINUTA DE CONVÊNIO Nº /2018

CONVÊNIO DE MÚTUA COLABORAÇÃO COM REPASSE DE RECURSOS FINANCEIROS A TÍTULO DE COFINANCIAMENTO REFERENTE A SERVIÇOS HOSPITALARES E AMBULATORIAIS A SEREM PRESTADOS PELA FUNDAÇÃO HOSPITALAR SANTA TEREZINHA DE ERECHIM AO MUNICÍPIO DE _____/RS

MUNICÍPIO DE _____, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ sob o nº _____, com sede administrativa na Rua/Avenida _____, _____, RS, neste ato representado por seu Prefeito Municipal Senhor _____, doravante denominado de **MUNICÍPIO**, devidamente autorizado pela Lei Municipal nº _____, e

FUNDAÇÃO HOSPITALAR SANTA TEREZINHA DE ERECHIM - FHSTE, fundação pública de direito público municipal, inscrita no CNPJ sob o nº 89.421.259/0001-10, com sede administrativa na cidade de Erechim, RS, à Rua Itália, 919, neste ato representado por seu Diretor Executivo Helio José Bianchi, doravante denominado de **HOSPITAL**, resolvem celebrar o presente Convênio, mediante as cláusulas e condições seguintes:

O presente Convênio regula-se por suas cláusulas e preceitos de direito público, aplicando-se supletivamente as disposições constantes do artigo 116, da Lei Federal nº 8.666/93 e alterações posteriores, no que couber; pela legislação municipal autorizativa; pelos princípios da teoria geral dos contratos e as disposições de direito privado.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente Convênio tem por objeto o Cofinanciamento na disponibilização de Serviços Hospitalares e Ambulatoriais pelo Hospital, à população do Município de _____, de acordo com a capacidade técnica-operacional do estabelecimento/Hospital.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS ATRIBUIÇÕES DOS PARTICIPES

2.1 - Caberá ao Município de _____:

a) A título, cofinanciamento, para cada paciente internado, o Município de _____ cofinanciará ao hospital, a importância de R\$ 600,00 (Seiscentos reais);

b) A título de cofinanciamento para cada paciente atendido no Pronto Socorro do Hospital, o Município cofinanciará a importância de R\$ 57,56 (cinquenta e sete reais e cinquenta e seis centavos);

O Pronto Socorro da Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim considerando-se exclusivamente as situações de urgência e emergência é referência para todos os municípios da região, neste sentido sempre que necessário o encaminhamento dos pacientes ao Pronto Socorro da Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim, há que se ter o entendimento dos seguintes conceitos, conforme preconizado pelo Conselho Federal de Medicina:

- Define-se por urgência a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.
- Define-se por emergência a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de morte ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.

c) A título de cofinanciamento, para consultas eletivas da Central de Especialidades agendadas nas especialidades disponibilizadas pelo Hospital, o Município cofinanciará ao Hospital a importância de R\$ 106,61 (cento e seis reais e sessenta e um centavos) por cada consulta; Tendo em vista a disponibilidade do profissional médico e “reserva de agenda no consultório” caberá ao município o cofinanciamento inclusive de consultas que tenham sido agendas sem o comparecimento do paciente e desde que não tenha ocorrido a substituição do paciente para o mesmo dia e horário agendados, substituição esta que deverá atender ao prazo previsto pelo setor de Regulação/SISREG da Coordenadoria Regional de Saúde.

Não haverá cofinanciamento para consultas nas especialidades em que a Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim possui credenciamento junto ao Ministério da Saúde como Alta Complexidade, atualmente, nas especialidades de Traumatologia-Ortopedia, Oncologia e Nefrologia.

d) Quanto ao cofinanciamento por cirurgia eletiva da Central de Especialidades, o município cofinanciará ao Hospital o valor de 2,5 (duas vírgula cinco) tabelas do Sistema Único de Saúde por procedimento cirúrgico, realizado por especialidade não credenciada pelo Hospital como “Alta Complexidade”, considerando-se exclusivamente os honorários profissionais elencados na referida tabela e limitado ao valor de R\$ 1.500,00 (um mil e quinhentos reais).

e) O Município cofinanciará ao Hospital os valores unitários definidos na tabela do anexo I, referente a exames e procedimentos ambulatoriais realizados a pacientes eletivos, através da Central de Especialidades.

f) O cofinanciamento dos valores proporcional ao número de atendimentos (número de atendimentos do mês multiplicados pelos valores constantes nas alíneas “a”, “b”, “c”, “d” e “e”, da cláusula 2.1.) será efetuado em até cinco dias ininterruptos após a emissão/apresentação da nota fiscal pelo Hospital. A nota fiscal será enviada pelo Hospital por meio eletrônico ao Município em e-mail

disponibilizado pelos municípios. O pagamento dos valores referentes ao cofinanciamento dos serviços prestados pelo Hospital deverá ser efetuado pelo Município diretamente ou através da rede bancária.

g) O Hospital emitirá a nota fiscal para cobrança dos atendimentos, sendo de exclusiva responsabilidade do Município o empenho prévio da despesa.

h) Os valores elencados nas alíneas “a”, “b”, “c”, “d” e “e” serão aplicados cumulativamente desde que os serviços efetivamente tenham sido prestados aos pacientes, observada a descrição da alínea “c”.

i) Havendo renovações do convênio, a cada período de doze meses a partir de 01 de abril de 2018 os valores cofinanciados nas alíneas “a”, “b”, “c”, e “e” serão reajustados de acordo com o índice IGPM-FGV acumulado do período de doze meses, divulgado pela Fundação Getúlio Vargas.

2.2 Caberá ao Hospital:

a) Disponibilizar sua estrutura física e de pessoal necessárias à prestação dos serviços;

b) Disponibilizar plantões médico-hospitalares, em caráter presencial e em regime de sobreaviso, 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana conforme necessidade para atender o contratualizado com a Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul;

c) Realizar os atendimentos médico hospitalares de que os pacientes encaminhados pelo Município necessitem, dentre os quais os de média e alta complexidade nas especialidades que a Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim possui credenciamento junto à Secretaria Estadual de Saúde ou junto ao Ministério da Saúde;

d) Arcar com todas as despesas correlatas e necessárias para a boa prestação de serviços, próprios ou contratados junto a terceiros, não se responsabilizando por aqueles não ofertados pelo SUS e/ou não disponíveis no Hospital;

e) Realizar todos os atendimentos das demandas referenciadas nas áreas de urgência e emergência (pronto socorro), e de média e alta complexidade, observando as diretrizes de fortalecimento da rede de serviços hospitalares;

f) Assumir inteira responsabilidade pelas obrigações decorrentes do presente instrumento relativas a encargos sociais, trabalhistas e fiscais;

g) Oferecer via Central de Especialidades consultas, procedimentos cirúrgicos em nível hospitalar e exames e procedimentos em nível ambulatorial conforme credenciamento de especialidades interessadas;

CLÁUSULA TERCEIRA - DOS RECURSOS FINANCEIROS

3.1. As despesas decorrentes do presente Convênio correrão, inicialmente, por conta da seguinte dotação orçamentária:

CLÁUSULA QUARTA - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

4.1. O Hospital mensalmente emitirá o documento fiscal acompanhado de relação completa dos pacientes atendidos e informações pertinentes em cada uma das situações constantes da cláusula segunda do presente Convênio.

CLÁUSULA QUINTA - DA VIGÊNCIA

5.1. O presente Convênio terá vigência de 1º de abril de 2018 até 31 de março de 2019, podendo ser renovado por iguais e sucessivos períodos, mediante formalização de Termos Aditivos de Renovação.

CLÁUSULA SEXTA - DA RESCISÃO

6.1. O Convênio poderá ser rescindido:

- a) Unilateralmente, quando o interesse público o exigir;
- b) Amigavelmente, por acordo entre as partes, desde que haja conveniência para a Administração;
- c) Judicialmente nos termos da legislação.

6.2. O Convênio poderá ainda ser rescindido, a qualquer tempo, por qualquer das partes, mediante comunicado por escrito de uma para outra com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, cabendo ao Município somente o cofinanciamento dos atendimentos até então efetuados.

6.3. A ocorrência de qualquer um dos motivos elencados no artigo 78 da Lei Federal 8.666/93.

CLÁUSULA SÉTIMA - DO PROCEDIMENTO DE ENCAMINHAMENTO DOS PACIENTES

7.1. O Município, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde, efetuará a triagem e encaminhamento dos pacientes que necessitarem de consultas eletivas para atendimento junto ao Hospital, com a efetiva regulação dos serviços pela 11ª CRS.

7.2. A emissão de AIHs para os procedimentos cirúrgicos eletivos deverá obrigatoriamente ser solicitada pelo Município diretamente à 11ª Coordenadoria Regional de Saúde.

CLÁUSULA OITAVA – DAS DEMAIS DISPOSIÇÕES

8.1. O Hospital, em caso de necessidade de suspensão dos serviços, deverá comunicar o Município informando a causa da interrupção;

8.2. Uma vez o paciente encontrando-se em atendimento junto ao Hospital, eventuais deslocamentos deste para transferência a outras unidades de saúde localizadas fora da cidade de Erechim caberão ao Município;

8.3. A inadimplência do Município autoriza a imediata suspensão da prestação dos serviços conveniados, sem prejuízo da denúncia do Convênio e o ressarcimento dos danos causados ao Hospital. A prestação dos serviços será suspensa temporariamente pelo Hospital, após comunicação escrita, caso verificar-se atraso no pagamento do—cofinanciamento, pagamento do cofinanciamento incompleto ou ausência de apresentação de AIH para paciente internado, sendo imediatamente restabelecido assim que o Município sanar os motivos da suspensão.

CLÁUSULA NONA - DO FORO

9.1. Fica eleito o Foro da Comarca de Erechim - RS para dirimir qualquer litígio oriundo do presente Convênio.

E, por estarem acordes as partes firmam o presente Convênio em 02 (duas) vias de igual teor e forma (na presença das testemunhas abaixo subscritas).

Erechim, RS, 01 de abril de 2018.

XXXXXXXXX
Prefeito Municipal
Xxx (Município)

Helio José Bianchi
Diretor Executivo
FHSTE

Testemunhas:

ANEXO I**CONVÊNIO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES E AMBULATORIAIS A SEREM PRESTADOS PELA FUNDAÇÃO HOSPITALAR SANTA TEREZINHA DE ERECHM AO MUNICÍPIO DE _____/RS****RELAÇÃO DE PROCEDIMENTOS E EXAMES AMBULATORIAIS A SEREM REALIZADOS A PACIENTES ELETIVOS ATRAVÉS DA CENTRAL DE ESPECIALIDADES**

ESPECIALIDADE	EXAME/PROCEDIMENTO	VALOR UNITÁRIO
Gastroenterologia	Videoendoscopia Diagnóstica	R\$ 223,28
	Videocolonosopia Diagnóstica	R\$ 520,99
	Videoretossigmoidoscopia	R\$ 223,28
	Terapeutico (somado ao diagnóstico) - Polipectomia	R\$ 240,00
Cardiologia	Electrocardiograma transtorácico com Doppler	R\$ 195,00
	Monitoramento Holter 24 horas	R\$ 142,60
	Teste ergométrico	R\$ 143,10
Imagem	Raios X	R\$ 0,00
	Tomografia	R\$ 0,00
Análises Clínicas	Exames laboratoriais (contemplados tabela SUS)	R\$ 0,00
Ginecologia	Cauterização elétrica de colo uterino e condilomas	R\$ 358,32
	Biópsia de colo uterino, vulva e endométrio	R\$ 250,00
	Punção de mama	R\$ 358,00
	Criocauterização	R\$ 250,00
Buco-Maxilo-Facial	Biópsia de glândula salivar	R\$ 450,00
	Biópsia de osso da face	R\$ 450,00
	Biópsia de tecidos moles da boca	R\$ 340,00
	Tratamento de nevralgia da face	R\$ 420,00
	Frenectomia em recém-nascido (PIC teste da lingüinha)	R\$ 280,00
	Frenectomia	R\$ 380,00
	Retirada de meios de fixação maxilo-mandibular	R\$ 200,00
	Correção de bridas musculares	R\$ 380,00
	Correção de irregularidades de rebordo	R\$ 380,00

	alveolar	
	Remoção de dente retido	R\$ 280,00
	Ulotomia/Ulectomia	R\$ 180,00
	Tratamento clínico e leserterápico de disfunção temporo mandibular e de ATM	R\$ 100,00
Vascular	Ecodoppler colorido de 3 ou mais vasos arterial de membros inferiores unilateral	R\$ 100,29
	Ecodoppler colorido de 3 ou mais vasos arterial de membros inferiores bilateral	R\$ 200,58
	Ecodoppler colorido de 3 ou mais vasos arterial de membros superiores unilateral	R\$ 100,29
	Ecodoppler colorido de 3 ou mais vasos arterial de membros superiores bilateral	R\$ 200,58
	Ecodoppler colorido de 3 ou mais vasos venoso de membros inferiores (superficial e profundo) unilateral	R\$ 100,29
	Ecodoppler colorido de 3 ou mais vasos venoso de membros inferiores (superficial e profundo) bilateral	R\$ 200,58
	Ecodoppler colorido de 3 ou mais vasos venoso de membros superiores (superficial e profundo) unilateral	R\$ 100,29
	Ecodoppler colorido de 3 ou mais vasos venoso de membros superiores (superficial e profundo) bilateral	R\$ 200,58
	Ecodoppler colorido de carótidas e vertebrais	R\$ 100,29
	Ecodoppler colorido de artérias esplâncnicas (viscerais)	R\$ 100,29
	Ecodoppler colorido de artérias renais	R\$ 100,29
	Ecodoppler colorido aorta e ilíacas	R\$ 100,29
	Ecodoppler colorido venoso cava e ilíacas	R\$ 100,29
Ultrassonografias	Ultrassonografia aparelho urinário feminino	R\$ 92,80
	Ultrassonografia doppler obstétrica	R\$ 158,00
	Ultrassonografia de órgãos e estruturas	R\$ 72,00
	Ultrassonografia músculo-esquelético/articulações	R\$ 72,00
	Ultrassonografia obstétrica	R\$ 72,00
	Ultrassonografia endovaginal/pélvica	R\$ 72,00
	Ultrassonografia de mama	R\$ 72,00
	Ultrassonografia abdomen inferior feminino	R\$ 78,00
	Ultrassonografia abdomen inferior masculino	R\$ 83,00
	Ultrassonografia abdomen superior	R\$ 94,00
	Ultrassonografia abdomen total	R\$ 130,00
Ultrassonografia aparelho urinário masculino	R\$ 94,80	

	Ultrassonografia obstétrica com perfil biofísico fetal	R\$ 182,00
	Ultrassonografia obstétrica com TN	R\$ 147,00
	Ultrassonografia obstétrica com amniocentese	R\$ 94,80
	Ultrassonografia morfológico obstétrico	R\$ 275,00
Ressonância Magnética	Ressonância Magnética Crânio	R\$ 420,00
	Ressonância Magnética Coluna Cervical	R\$ 420,00
	Ressonância Magnética Coluna Torácica	R\$ 420,00
	Ressonância Magnética Coluna Lombo Sacra	R\$ 420,00
	Ressonância Magnética Pescoço	R\$ 420,00
	Ressonância Magnética Plexo Braquial	R\$ 420,00
	Ressonância Magnética Tórax	R\$ 420,00
	Ressonância Magnética Abdomen Superior	R\$ 420,00
	Ressonância Magnética Bacia/Pelve	R\$ 420,00
	Ressonância Magnética ATM (bilateral)	R\$ 420,00
	Ressonância Magnética Ombro (unilateral)	R\$ 420,00
	Ressonância Magnética Cotovelo/Punho (unilateral)	R\$ 420,00
	Ressonância Magnética Joelho (unilateral)	R\$ 420,00
	Ressonância Magnética Tornozelo/Pé (unilateral)	R\$ 420,00
	Ressonância Magnética Espectroscopia	R\$ 840,00
	Ressonância Magnética Dinâmica	R\$ 840,00
	Artrografia por RM	R\$ 840,00
	Angio-Ressonância cerebral venosa arterial	R\$ 840,00
	Colangio-Ressonância	R\$ 840,00
	Angio-Ressonância cerebral venosa	R\$ 840,00
Angio-Ressonância Abdominal	R\$ 840,00	
Ressonância de Abdômen superior com Primovist	R\$ 1.050,00	