

**PROJETO DE LEI Nº 014/24, DE 18 DE MARÇO DE 2024.**

*Autoriza o Município de Floriano Peixoto, RS, através do Executivo Municipal, a celebrar Convênio com o Hospital São José, com repasse de subvenção, e dá outras providências.*

**ORLEI GIARETTA, PREFEITO MUNICIPAL DE FLORIANO PEIXOTO, Estado do Rio Grande do Sul**, no uso das atribuições legais que lhe são conferidas pelo ordenamento jurídico vigente e de conformidade com a Lei Orgânica Municipal,

Faço saber que, o Poder Legislativo Municipal aprovou, e eu sanciono e promulgo a seguinte Lei:

**Art. 1º** - Fica o Município de Floriano Peixoto, RS, autorizado a celebrar Convênio com o Hospital São José, sediado no município de Sertão, RS, visando o atendimento médico-hospitalar e ambulatorial, mediante acesso universal e igualitário aos serviços pela população do município.

**Art. 2º** - A título de subvenção, a Municipalidade contraprestará mensalmente ao Hospital São José os valores fixados em Termo Convenial próprio, com vigência de 12 (doze) meses, contados a partir de 1º (primeiro) de março de 2024, podendo ser prorrogado, mediante Termo Aditivo próprio, por iguais e sucessivos períodos, conforme previsto em Lei.

**Art. 3º** - As despesas decorrentes desta Lei correrão por conta de dotação orçamentária própria, constante da Lei-de-meios em execução.

**Art. 4º** - Esta Lei Municipal entrará em vigor na data de sua publicação, no local de costume, surtindo efeitos retroativos a contar de 1º (primeiro) de março de 2024.

**Art. 5º** - Revogam-se as eventuais disposições em contrário.

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL DE FLORIANO PEIXOTO, RS, aos dezoito dias do mês de março de 2024.

**ORLEI GIARETTA,**  
Prefeito Municipal.

**MENSAGEM DE ENCAMINHAMENTO**

**PROJETO DE LEI Nº 14/2024**

Excelentíssima Senhora Presidente,

Nobres Senhores Vereadores,

Apraz-me cumprimentá-los e na oportunidade enviar o Projeto de Lei nº 14/2024, que trata da autorização para celebrar Convênio com o Hospital São José, visando o atendimento da população do Município de Floriano Peixoto - RS.

Os valores estabelecidos foram pactuados em consenso com todos os Municípios da Microrregião.

Todos somos sabedores do importante trabalho realizado pela referida instituição, que atende satisfatoriamente nossos munícipes.

Diante do exposto, solicitamos a análise do presente pleito pelos Nobres Vereadores, esperando que o mesmo tenha acolhida junto à esta Casa Legislativa.

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL DE FLORIANO PEIXOTO,  
RS, aos dezoito dias do mês de março de 2024.

**ORLEI GIARETTA,**  
Prefeito Municipal.

**MINUTA DE TERMO ADMINISTRATIVO DE CONVÊNIO VISANDO REPASSE DE SUBVENÇÃO HOSPITALAR, FIRMADO ENTRE O MUNICÍPIO DE FLORIANO PEIXOTO, RS, E O HOSPITAL SÃO JOSÉ, SERTÃO, RS.**

**Nº xx/2024**

Aos xx (xxxxxx) dias do mês de xxxxxxxx de 2024, de um lado o MUNICÍPIO DE FLORIANO PEIXOTO, RS, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ sob o nº 01.612.289/0001-62, com sede na Avenida Antonio Dall'Alba, nº 1.166, no Município de Floriano Peixoto, RS, por representação legal do Prefeito Municipal Senhor ORLEI GIARETTA, inscrito no CPF sob o nº 362.128.570-91, residente e domiciliado na Rua Luiz Caramori, nº 1.166, no Município de Floriano Peixoto, RS, doravante denominado MUNICÍPIO, e, de outro lado, o HOSPITAL SÃO JOSÉ, sociedade filantrópica e beneficente, com sede na Avenida General Ernesto Dornelles, nº 1.041, no Município de Sertão, RS, inscrito no CNPJ sob nº 92.025.006/0001-31, por representação legal de seu Presidente, Senhor Edgar Frank, inscrito no CPF sob o nº 007.099.120-05, residente e domiciliado no Município de Sertão, RS, doravante denominado HOSPITAL.

As partes acima descritas e caracterizadas resolvem celebrar o presente CONVÊNIO, mediante o qual o Hospital São José coloca à disposição do Município o seu Corpo Clínico e funcional, salas, equipamentos, materiais, medicamentos, enfim toda a infraestrutura disponível visando a prestação dos serviços a seguir descritos, de acordo com as cláusulas e condições assim estabelecidas neste Instrumento de Convênio, observando-se sempre a existência do interesse público.

O presente Convênio tem fundamento e finalidade na consecução do objeto descrito na Cláusula Primeira - Do Objeto, com base na Lei Municipal autorizadora nº xxxx/24, de xx (xxxxxx) de xxxxxx de 2024, e pelas seguintes cláusulas e condições reguladoras dos direitos e das obrigações entre as partes convenientes, como sendo:

**Cláusula Primeira:** O presente Convênio tem por objeto a prestação de serviços hospitalares, ambulatoriais, fornecimento de medicamentos, materiais e exames laboratoriais e de imagem, procedimentos (cirurgias ambulatoriais de pequeno porte), endoscopia digestiva e colonoscopia, através de serviços próprios mantidos pelo Hospital, bem como internações clínicas, internações em saúde mental e psiquiatria, oferecendo atendimento médico, hospitalar e ambulatorial para os beneficiários do Município.

**Cláusula Segunda:** Sempre que se mencionam neste Convênio obrigações do Hospital, entende-se que elas também se estendem ao seu corpo médico, integrando o contrato de adesão ao convênio de parte de cada um dos médicos.

**Parágrafo Único:** Os médicos do Hospital ajustarão com este a forma de adesão ao presente Convênio, no que não resultará nenhuma responsabilidade ou vínculo com o Conveniente.

**Cláusula Terceira:** Poderão ser internados mensalmente, até 40 (quarenta) pacientes em formato de coparticipação. O Município poderá diminuir o limite de internações, segundo redução de demanda, disponibilidade de AIHs, ou redução de recursos orçamentários.

**Cláusula Quarta:** Toda internação possuirá AIH e terá como coparticipação os valores a serem pagos ao Hospital pelas diárias médicas, pelas diárias hospitalares, medicamentos, exames laboratoriais, exames de imagem, endoscopia e colonoscopia, procedimentos e serviços ambulatoriais são os seguintes:

**I** - Diárias médicas no valor de R\$ 76,00;

**II** - Diárias hospitalares no valor de R\$ 89,25.

**III** - O Município pagará ao Hospital os medicamentos utilizados durante atendimento ambulatorial, internação hospitalar e procedimento, baseados na Tabela Brasíndice.

**IV** - O valor dos exames laboratoriais realizados para pacientes internados no hospital será baseado na totalidade (100%) da tabela AMB (Unimed), e os exames terceirizados serão baseados no valor de particular.

**V** - O valor dos exames de imagem, ultrassonografias, a serem realizados e pagos ao Hospital, são os seguintes:

- a) Abdômen Total: R\$ 110,00;
- b) Abdômen Superior: R\$ 105,00;
- c) Fígado e Vias Biliares: R\$ 85,00;
- d) Pélvico: R\$ 85,00;
- e) Aparelho Urinário: R\$ 80,00;
- f) Próstata Via Abdominal: R\$ 70,00;
- g) Pélvico Transvaginal: R\$ 70,00;
- h) Ecografia de Mamas: R\$ 78,00;
- i) Estruturas Superficiais (Tireoide, Bolsa Escrotal): R\$ 70,00;
- j) Articulações, Músculos e Tendões: R\$ 80,00;
- k) Carótidas e Vertebrais c/Doppler: R\$ 210,00;
- l) Membros Superiores ou Inferiores c/ Doppler: R\$ 210,00;
- m) Veias Safenas com Doppler a Cores (Apenas para Investigação de Trombose): R\$ 175,00;
- n) Abdômen com Doppler a Cores: R\$ 235,00;
- o) Transvaginal ou Pélvico com Doppler a Cores: R\$ 180,00;
- p) Testículos ou Órgãos com Doppler a Cores: R\$ 175,00.

**VI** - O valor dos exames de Endoscopia Digestiva e Colonoscopia, a serem realizados e pagos ao Hospital, são os seguintes:

- a) Endoscopia Digestiva: R\$ 285,00;
- b) Colonoscopia: R\$ 525,00;
- c) Polipectomia (retirada de pólipos durante os exames de Endoscopia e Colonoscopia, se necessário ou solicitado): R\$ 275,00.

**VII** - Os materiais utilizados serão baseados na Tabela Brasíndice.

**VIII** - Os procedimentos ambulatoriais autorizados serão classificados em:

- a) Pequeno porte com anestesia: R\$ 550,00, mais medicamentos e materiais utilizados;
- b) Médio porte com anestesia: R\$ 1.250,00, mais medicamentos e materiais utilizados.

**IX** - O valor dos exames de Tomografia, a serem realizados e pagos ao Hospital, são os seguintes:

- a) Tomografia Crânio Sem Contraste: R\$ 380,00;
- b) Tomografia Crânio Com Contraste: R\$ 400,00;
- c) Tomografia de Sela Túrcica Com Contraste: R\$ 330,00;
- d) Tomografia de Sela Túrcica Sem Contraste: R\$ 350,00;
- e) Tomografia de Mastóides: R\$ 380,00;
- f) Tomografia de Articulações Temporomandibulares: R\$ 360,00;
- g) Tomografia de Órbitas: R\$ 360,00;
- h) Tomografia de Face: R\$ 360,00;
- i) Tomografia de Seios da Face: R\$ 360,00;
- j) Tomografia de Mandíbula: R\$ 360,00;
- k) Tomografia de Pescoço Sem Contraste: R\$ 395,00;
- l) Tomografia de Pescoço Com Contraste: R\$ 410,00;
- m) Tomografia de Tórax Sem Contraste: R\$ 370,00;
- n) Tomografia de Tórax Com Contraste: R\$ 380,00;
- o) Tomografia de Arcos Costais: R\$ 380,00;
- p) Tomografia de Abdome Total Sem Contraste: R\$ 630,00;
- q) Tomografia de Abdome Total Com Contraste: R\$ 650,00;
- r) Tomografia de Abdome Superior Sem Contraste: R\$ 460,00;
- s) Tomografia de Abdome Superior Com Contraste: R\$ 480,00;
- t) Tomografia de Abdome Inferior (Pelve) Sem Contraste: R\$ 420,00;
- u) Tomografia de Abdome Inferior (Pelve) Com Contraste: R\$ 440,00;
- v) Tomografia de Bacia (Pelve Óssea): R\$ 420,00;
- w) Tomografia de Articulações: R\$ 360,00;
- x) Tomografia de Articulações Com Contraste: R\$ 380,00;
- y) Tomografia de Membros: R\$ 380,00;

- z) Tomografia de Coluna Cervical Sem Contraste: R\$ 370,00;
- aa) Tomografia de Coluna Cervical Com Contraste: R\$ 390,00;
- ab) Tomografia de Coluna Dorsal Sem Contraste: R\$ 370,00;
- ac) Tomografia de Coluna Dorsal Com Contraste: R\$ 390,00;
- ad) Tomografia de Coluna Lombar Sem Contraste: R\$ 370,00;
- ae) Tomografia de Coluna Lombar Com Contraste: R\$ 390,00 ;
- af) Tomografia de Coluna Sacro/Coccix: R\$ 3790,00;
- ag) Urotomografia Sem Contraste: R\$ 540,00;
- ah) Urotomografia Com Contraste: R\$ 560,00;
- ai) Enterotomografia: R\$ 720,00;
- aj) Angiotomografia de Crânio Arterial: R\$ 840,00;
- ak) Angiotomografia de Crânio Venosa: R\$ 840,00;
- al) Angiotomografia Arterial de Pescoço: R\$ 840,00;
- am) Angiotomografia Arterial de Tórax: R\$ 840,00;
- an) Angiotomografia Venosa de Tórax: R\$ 840,00;
- ao) Angiotomografia Arterial de Abdome Superior: R\$ 840,00;
- ap) Angiotomografia Arterial de Abdome Total: R\$ 900,00;
- aq) Angiotomografia Arterial de Pelve: R\$ 840,00;
- ar) Angiotomografia Venosa de Abdome Superior: R\$ 840,00;
- as) Angiotomografia Venosa de Abdome Inferior: R\$ 840,00;
- at) Angiotomografia Venosa de Abdome Total: R\$ 840,00;
- au) Angiotomografia de Membros: R\$ 840,00;
- av) Angiotomografia Arterial de Tórax: R\$ 780,00;
- aw) Angiotomografia Aorta de Abdomen Total: R\$ 790,00.

**Parágrafo Único:** O Município pagará as despesas decorrentes das internações, procedimentos e exames, conforme fatura encaminhada, até o décimo dia do mês seguinte.

**Cláusula Quinta:** São obrigações do Hospital:

- a) Encaminhar, com a fatura relação mensal dos usuários internados e que passaram por procedimentos e exames;
- b) Encaminhar ao município, relação individualizada dos medicamentos e materiais utilizados em cada internação, atendimento, exame e procedimento com os respectivos preços;
- c) Fornecer a prestação de contas dos valores repassados, tanto aos médicos como ao hospital.

**Cláusula Sexta:** As despesas decorrentes do presente Convênio serão suportadas pela dotação orçamentária consignada.

**Cláusula Sétima:** A vigência do presente convênio será de 1º (primeiro) de março de 2024, vigorando pelo prazo inicial de 12 (meses) meses, prorrogável por iguais e sucessivos períodos, mediante Termo Aditivo próprio, até o limite de 60 (sessenta) meses, com correção anual à maior pelo IGP-M ou IPCA, sendo utilizado o índice à maior no período correspondente, podendo ser extinto por renúncia de qualquer das partes, antes de seu término, mediante comunicação por escrito, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

**Cláusula Oitava:** Os casos omissos neste convênio serão resolvidos pelas partes preferencialmente de comum acordo, mas preponderando a orientação do Município e em observância ao preceituado na Lei Federal nº 14.133/21.

**Cláusula Nona:** Fica eleito o fórum da comarca de Getúlio Vargas, RS, para dirimir quaisquer controvérsias decorrentes do presente Convênio.

E assim, por estarem justos e concordes, lavrou-se o presente Convênio em 04 (quatro) vias de igual teor e forma, conferido e achado conforme, vai assinado pelas partes.

Florianópolis, RS, xx de xxxxxx de 2024.

**ORLEI GIARETTA**  
Prefeito Municipal

**EDGAR FRANK**  
Presidente do Hospital São José