



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE JACUTINGA
Cidades Irmãs: JACUTINGA/RS/BR e PEDEROBBA/TV/IT



PROJETO DE LEI Nº 3512 DE 10 DE MARÇO DE 2022

APROVADO
Em 28/03/22
[Assinatura]
Presidente da Câmara

Autoriza a assinatura de convênio de mútua colaboração com o HOSPITAL SÃO ROQUE na forma que especifica.

O PREFEITO MUNICIPAL DE JACUTINGA, Estado do Rio Grande do Sul,

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 de mútua colaboração com o Hospital São Roque de Getúlio Vargas, Sociedade Civil Beneficente, portador do CNPJ nº 90.156.217/0001-88, objetivando a disponibilização, à população local, de serviços na área da saúde, com repasse de valores.

Art. 2º - As despesas decorrentes da presente lei correrão a conta da seguinte dotação orçamentária: **PROJETO/ATIVIDADE 0016 ELEMENTO DE DESPESAS 335043 CÓDIGO 2419.8** para as despesas decorrentes de internação e **PROJETO/ATIVIDADE 2087, ELEMENTO DE DESPESAS 339048, CÓDIGO 2494-5** para as despesas concernentes a exames e consultas.

Art. 3º - Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 4º - Revogam-se as disposições em contrário.

[Assinatura]
CARLOS ALBERTO BORDIN
Prefeito Municipal

Registre-se e publique-se:

Data Supra

[Assinatura]
Avelino Ricardo Menegaz
Secretário Municipal de Administração

Comissão de Orçamento, Finanças e Tributação
Em 14/03/22
[Assinatura]
Presidente da Câmara

Comissão de Constituição, Justiça e Redação
Em 14/03/22
[Assinatura]
Presidente da Câmara



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE JACUTINGA
Cidades Irmãs: JACUTINGA/RS/BR e PEDEROBBA/TV/IT



JUSTIFICATIVA

Submetemos para apreciação regimental, Projeto de Lei nº 3512/2022, que autoriza assinatura de Convênio com o Hospital São Roque de Getúlio Vargas, e dá providências.

Realçamos, aos nobres Vereadores, que o presente Termo de Convênio com o Hospital São Roque objetiva reduzir o tempo de espera pelos agendamentos do SUS, em complemento aos serviços prestados pelo Hospital Santa Terezinha.

É importante realçar que houve avanços na proposta de prestação dos serviços pelo Hospital São Roque, ampliando a oferta de atendimento médico-hospitalar, exames, infra-estrutura de equipamentos, reduzindo as filas de espera dos pacientes que necessitam de atendimento e intervenção médica.

Em razão dessa justificativa é que estamos propondo para a análise e acolhida dos nobres Vereadores, a presente proposta de convênio com o Hospital São Roque de Getúlio Vargas.

Assim, submetemos para análise e aprovação da presente matéria, pelos nobres Vereadores.

Atenciosamente,


CARLOS ALBERTO BORDIN
Prefeito Municipal

CÂMARA MUNICIPAL DE JACUTINGA
ENTRADA

Nº	Data
3747/2022	11/03/2022


Secretaria da Câmara

CÂMARA MUNICIPAL DE JACUTINGA
RECEBIDO
Data 10/03/22 Hora: 17h

SECRETARIA DA CÂMARA

JACUTINGA
LUGAR PARA VIVER!

TERMO DE CONVÊNIO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS Nº

Pelo presente instrumento, o MUNICÍPIO DE

pessoa jurídica de direito público interno, com sede administrativa à rua _____, nº _____, na cidade de, inscrito no CNPJ sob o nº _____, representado pelo Prefeito Municipal Senhor _____, brasileiro, _____, residente e domiciliado à _____ nº _____, em _____, inscrito no CPF sob o nº _____, 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, viúvo, residente e domiciliado em Getúlio Vargas, à rua Albino Fernando Hozbach nº 770, apartamento 504, inscrito no 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 - Atendimento ambulatorial de urgência e emergência com plantão permanente no **Pronto Socorro 24 horas**, inclusive aos sábados, domingos e feriados.

§ Único - O **MUNICÍPIO** pagará ao **HOSPITAL** o valor mensal de R\$ 0,00 até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao da prestação dos serviços descritos acima.

Cláusula Segunda - Atendimento em regime de **sobreaviso**, com médicos à disposição nas áreas de clínica médica, cirúrgica, ginecológica/obstétrica, pediátrica e anestesiológica diariamente nos períodos diurno e noturno, inclusive aos sábados, domingos e feriados, como estrutura de apoio aos médicos plantonistas.

§ Único - O **MUNICÍPIO** pagará ao **HOSPITAL** o valor mensal de até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao da prestação dos serviços descritos acima.

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

§ Primeiro – Poderão ser internadas, mensalmente, até 30 (trinta) pessoas 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.

§ Segundo – 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\$ 49,20;
- b) pelas **diárias hospitalares** o valor de R\$ 56,95;
- 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, ficando o valor total mensal limitado a R\$ 11.699,26 (onze mil, seiscentos e noventa e nove reais e vinte e seis centavos) independente do número de pessoas internadas
- e) pela prestação de **outros serviços**, os seguintes valores:

nebulização	R\$	14,38	por sessão
oxigênio	R\$	13,05	por hora
taxa de sala	R\$	257,70	por utilização
fitoterapia	R\$	1,77	por hora;
transfusão de sangue	R\$	77,40	por procedimento;
- f) os **diagnósticos por imagem** serão pagos pela tabela SUS

§ Terceiro – 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.

§ Quarto – 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 Quarta – Realização de cirurgias eletivas.

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

§ Segundo – 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\$ 1.245,35(hum mil, duzentos e quarenta e cinco reais e trinta e cinco centavos);
- b) cirurgias de pequeno porte com anestesiasta R\$ 897,00 (oitocentos e noventa e sete reais);
- c) cirurgias de pequeno porte sem anestesiasta R\$ 523,10 (quinhentos e vinte e tres reais e dez centavos);
- d) cirurgias ambulatoriais R\$ 236,70 (duzentos e trinta e seis reais e setenta centavos);
- e) consulta do médico cirurgião R\$ 166,00 (cento e sessenta e seis reais);

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

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

§ Primeiro – 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.

§ Segundo – O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente os procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos a serem realizados, conforme a disponibilidade do **HOSPITAL**, sendo de inteira responsabilidade do **MUNICÍPIO** a quantidade autorizada, não podendo exceder a 30 (trinta) procedimentos cirúrgicos por mês e a 100(cem) procedimentos ambulatoriais por mês;

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

§ Quarto – 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\$ 166,00;
- b) procedimentos ambulatoriais – R\$ 166,00;
- c) procedimentos cirúrgicos com ou sem anestesiasta conforme cláusula quarta, parágrafo segundo;
- d) Para acompanhamento médico e curativos o valor de R\$ 44,20;

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

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

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

§ Terceiro – 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\$ 1.116,00 (hum cento e dezesseis reais)

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

§ Primeiro – O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente os exames a serem realizados, conforme a disponibilidade do **HOSPITAL** e até o limite previsto no § Terceiro.

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

EXAME	PREF/PAC	SUS	PREFEITURA
1. ABDOMEN TOTAL	R\$ 173,60	R\$ 37,95	R\$ 110,60
2. ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 129,40	R\$ 24,20	R\$ 108,40
3. FIGADO E VIAS BILIARES	R\$ 95,10	R\$ 24,20	R\$ 86,30
4. PÉLVICO	R\$ 95,10	R\$ 24,20	R\$ 86,30
5. APARELHO URINÁRIO	R\$ 124,60	R\$ 24,20	R\$ 76,30
6. OBSTÉTRICO	R\$ 95,10	R\$ 24,20	R\$ 50,90
7. PRÓSTATA VIA ABDOMINAL	R\$ 112,80	R\$ 24,20	R\$ 65,20
8. PRÓSTATA TRANSRETAL	R\$ 129,40	R\$ 24,20	R\$ 77,40
9. PÉLVICO TRANSVAGINAL	R\$ 120,50	R\$ 24,20	R\$ 65,20
10. ECOGRAFIA DE MAMAS	R\$ 112,80	R\$ 24,20	R\$ 74,10
11. ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (tireóide, bolsa escrotal)	R\$ 125,00	R\$ 24,20	R\$ 65,20
12. OBSTÉTRICO MORFOLÓGICO	R\$ 368,30	R\$	R\$
13. PERFIL BIOFÍSICO FETAL	R\$ 190,20	R\$	R\$
14. ARTICULAÇÕES, MÚSCULOS E TENDÕES	R\$ 112,80	R\$ 24,20	R\$ 76,30
15. CARÓTIDAS E VERTEBRAIS C/DOPPLER	R\$ 251,00	R\$	R\$

16.MEMBROS SUPERIORES OU INFERIORES COM DOPPLER A CORES	R\$	251,00	R\$	R\$
17.VEIAS SAFENAS COM DOPPLER A CORES	R\$	164,80	R\$	R\$
18.AORTA E ILÍACAS COM DOPPLER A CORES	R\$	268,70	R\$	R\$
19.ARTÉRIAS RENAIIS COM DOPPLER A CORES	R\$	268,70	R\$	R\$
20.ABDOMEN COM DOPPLER A CORES	R\$	268,70	R\$	R\$
21.TRANSVAGINAL OU PÉLVICO COM DOPPLER A CORES	R\$	199,80	R\$	R\$
22.TESTÍCULOS OU ÓRGÃOS COM DOPPLER A CORES	R\$	182,50	R\$	R\$
23. OBSTETRICO DOPLER COLO- RIDO	R\$	215,7		

§ Terceiro – 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 o valor mensal de até R\$ 11.699,00 (onze mil,seiscentos e noventa e nove reais), a título de complementação.

Cláusula Oitava – Exames especializados na área de Mamografia.

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

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

Cláusula Nona – Consultas, exames e procedimentos cirúrgicos especializados na área de Gastroenterologia, Endoscopia Digestiva Alta e Baixa e Cirurgia Digestiva.

§ **Primeiro** – O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente os exames, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**;

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

§ **Terceiro** – 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\$ 166,00 por consulta;
- b) para endoscopia R\$ 183,60 por exame;
- c) para colonoscopia R\$ 339,50 por exame;

- d) para retossigmoidoscopia R\$ 168,10 por exame;
- e) para polipectomia de cólon: R\$ 180,30 por procedimento (não precisando de autorização prévia);
- f) para teste de urease: R\$ 17,70 por procedimento (não precisando de autorização prévia)
- g) para hernioplastia inguinal unilateral: R\$ 1.238,70 por procedimento;
- h) para hemorroidectomia: R\$ 1.238,70 por procedimento;
- i) para fissurectomia anal: R\$ 1.238,70 por procedimento;
- j) para fistulectomia anal: R\$ 1.238,70 por procedimento;
- k) para ressecção de cisto pilonidal: R\$ 1.238,70 por procedimento;
- l) para drenagem de abscesso: R\$ 1.238,70 por procedimento;
- m) para colecistectomia aberta: R\$ 1.486,50 por procedimento;
- n) para videocolecistectomia: R\$ 1.817,20 por procedimento;

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

§ 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 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\$ 166,00 por consulta urológica
- R\$ 1.373,70 por procedimento de cistostomia;
- R\$ 1.373,70 por tratamento cirúrgico da incontinência urinária via vaginal;
- R\$ 858,30 por procedimento de biópsia de bexiga;s
- R\$ 1.373,70 por procedimento de uretroplastia autógena;
- R\$ 1.373,60 por tratamento cirúrgico da hemorragia vesical;
- R\$ 686,80 por procedimento de drenagem de abscesso da bolsa escrotal;
- R\$ 686,80 por procedimento de exérese de cisto da bolsa escrotal;
- R\$ 858,30 por procedimento de ressecção parcial da bolsa escrotal;
- R\$ 1.373,70 por tratamento cirúrgico da torção de testículo/cordão espermático;
- R\$ 1.373,70 por tratamento cirúrgico da hidrocele;
- R\$ 1.373,70 por procedimento de orquidopexia unilateral;
- R\$ 1.373,70 por tratamento cirúrgico da varicocele;
- R\$ 1.373,70 por procedimento de exérese de cisto do epidídimo;
- R\$ 858,30 por procedimento de vasectomia bilateral;
- R\$ 1.373,70 por procedimento de amputação do pênis;

- R\$ 686,80 por procedimento de biópsia de pênis;
- R\$ 1.373,70 por procedimento de plástica total do pênis;
- R\$ 600,60 por procedimento de eletrocoagulação de lesões cutâneas;
- R\$ 600,60 por procedimento de meatotomia;
- R\$ 600,60 por procedimento de parafimose – redução manual ou cirúrgica;
- R\$ 772,00 por procedimento de postectomia;
- R\$ 686,80 por procedimento de biópsia de próstata;
- R\$ 548,60 por procedimento de cistoscopia/uretroscopia;
- R\$ 1.631,30 por procedimento de hipospádia;
- R\$ 3.434,10 por procedimento de ressecção endoscópica de próstata;
- R\$ 3.434,10 por procedimento de ressecção endoscópica de tumor vesical;
- R\$ 1.716,50 por procedimento de orquiectomia unilateral;
- R\$ 1.416,50 por procedimento de cistolitotomia;
- R\$ 1.373,70 por procedimento de postectomia em crianças com anestesia geral;
- R\$ 1.373,70 por procedimento cirúrgico da cistocele;
- R\$ 2.575,90 por procedimento de ressecção endoscópica de colo vesical;
- R\$ 429,10 por cada sessão de procedimento de dilatação uretral;
- R\$ 2.575,90 por procedimento de uretrotomia interna (endoscópica);
- R\$ 825,00 por procedimento de biópsia de uretra;
- R\$ 1.320,60 por procedimento de ressecção de carúncula uretral;
- R\$ 1.373,70 por procedimento de colpoperineoplastia posterior.
- R\$ 273,20 por procedimento de urefluxometria;
- R\$ 651,40 por procedimento de urodinâmica completa

Cláusula Décima Primeira – Consultas especializadas na área de **Psiquiatria**.

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

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

§ Terceiro – 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\$ 166,00 por consulta, a título de complementação.

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

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

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

§ Terceiro – 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\$ 150,00 por consulta, a título de complementação.

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

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

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

§ Terceiro – 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\$ 166,00 por consulta e de R\$ 66,00 por eletrocardiograma.

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

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

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

§ Terceiro – 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\$ 221,00 por exame, a título de complementação.

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

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

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

§ Terceiro – Em pagamento às consultas o **MUNICÍPIO** repassará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte, o valor de R\$ 166,00 por consulta. O valor das cirurgias, que também deve ser repassado no mesmo prazo, será aquele constante da **Cláusula Quarta – Cirurgias eletivas - § Segundo**. Ambos os pagamentos serão realizados a título de complementação.

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

§ Primeiro - 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.

§ Segundo – 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.

§ Terceiro – O valor de cada avaliação será de R\$ 166,00. Quanto às cirurgias, seus valores seguirão os parâmetros da **Cláusula Quarta – 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 Sétima – Consulta especializada de **ginecologia/obstetrícia**.

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

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

§ Terceiro – 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\$ 166,00 por consulta.

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

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

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

§ Terceiro – 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\$ 166,00 por consulta.

Cláusula Décima Nona– Consulta especializada na área **Pediatria**.

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

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

§ Terceiro – 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\$ 166,00 por consulta.

Clausula Vigésima- Consulta especializada na área de **Neurocirurgia**:

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

§ Segundo – Previamente às consultas o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** a competente autorização;

§ Terceiro – 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\$ 194,70 por consulta;

Clausula Vigésima Primeira – Consultas, exames e procedimentos cirúrgicos especializados na área de Dermatologia:

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

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

§ - Terceiro – Em pagamento às consultas, exames e procedimentos cirúrgicos, o **MUNICIPIO** 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\$ 166,00 por consulta dermatológica;
- R\$ 221,20 por procedimento de cauterização química;
- R\$ 412,50 por procedimento de biopsia Incisional,
- R\$ 559,70 por procedimento de biópsia excisional pequena/média;
- R\$ 663,60 por procedimento de biópsia excisional grande;

- R\$ 412,50 por procedimentos de retirada de nevo facial;
- R\$ 294,20 por procedimento de shaving (01 lesão);
- R\$ 412,50 por procedimentos de shaving (1 a 3 lesões);
- R\$ 515,40 por procedimento de shaving (3 a 5 lesões)
- R\$ 338,40 por procedimento de aplicação de Triancil;
- R\$ 294,20 por procedimento de Peeling químico;

a

-

Cláusula Vigésima Segunda - Exames especializados de Cardiocografia.

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

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

§ Terceiro – 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\$ 34,30 por exame, a título de complementação.

Cláusula Vigésima Terceira – Internação hospitalar compulsória.

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

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

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

§ Quarto – 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\$ 137,10 por dia de internação.

Cláusula Vigésima Quarta – Sessão de Fisioterapia:

§ Primeiro – Em pagamento as **Sessões de Fisioterapia** **MUNICÍPIO** repassará ao **HOSPITAL**, até o 5º(quinto) dia útil do mês seguinte ao da prestação dos serviços, o valor de R\$ 14,40 por sessão de fisioterapia (não precisando de autorização prévia);

Cláusula Vigésima Quinta – Exames especializados de Tomografia Computadorizada, Angiotomografia, Urotomografia e Enterotomografia.

§ Primeiro – O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente os exames, de acordo com a disponibilidade da **Atenas – Centro de Diagnóstico por Imagem**;

§ Segundo – Previamente aos exames o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar a **Atenas – Centro de Diagnóstico por Imagem** a competente autorização;

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

R\$ 398,11 por exame de TC de coluna cervical;
R\$ 398,11 por exame de TC de coluna lombo-sacra/TC sacrococcígea;
R\$ 398,11 por exame de TC de coluna torácica;
R\$ 370,51 por exame de TC de face/TC de seios da face/TC de art. têmporo-mand./mastoide;
R\$ 331,80 por exame de TC de sela túrcica;
R\$ 389,31 por exame de TC de crânio;
R\$ 398,11 por exame de TC de pescoço;
R\$ 481,11 por exame de TC de abdome superior;
R\$ 370,51 por exame de TC de articulações de membro inferior;
R\$ 431,34 por exame de TC de pelve/TC de bacia/TC de abdome inferior;
R\$ 370,51 por exame de TC de membro superior;
R\$ 370,51 por exame de TC de seg. apendiculares (braço, antebraço, mão, coxa, perna, pé);
R\$ 370,51 por exame de TC de tórax;
R\$ 370,51 por exame de TC de hemitórax, pulmão ou mediastino;
R\$ 641,48 por exame de abdome total;
R\$ 829,50 por exame de angiotomografia de crânio (venoso ou arterial);
R\$ 829,50 por exame de angiotomografia de tórax (venoso ou arterial);
R\$ 829,50 por exame de angiotomografia de segmento (venoso ou arterial);
R\$ 829,50 por exame de angiotomografia de pescoço (venoso ou arterial);
R\$ 829,50 por exame de angiotomografia de abdome superior (venoso ou arterial);
R\$ 829,50 por exame de angiotomografia de pelve (venoso ou arterial);
R\$ 774,20 por exame de angiotomografia da aorta abdominal (arterial);
R\$ 995,40 por exame de angiotomografia de abdome total;
R\$ 774,20 por exame de angiotomografia da aorta torácica (arterial);
R\$ 553,00 por exame de urotomografia;
R\$ 718,90 por exame de Enterotomografia.

Cláusula Vigésima Sexta – 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 Sétima – 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 Oitava – 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.

§ Primeiro – 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.

§ Segundo – 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.

§ Terceiro – 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 Nona – A vigência do presente convênio será de 01(um) ano, a partir de 31 de março de 2022 podendo ser renovado por iguais e sucessivos períodos até 60(sessenta) meses.

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

Cláusula Primeira – 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 Trigéssima Segunda - 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 Trigésima Terceira - O **HOSPITAL** deverá apresentar, mensalmente, fatura detalhada sobre os atendimentos prestados que forem objeto do presente convênio.

Cláusula Trigésima Quarta- 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 Quinta - As despesas decorrentes do presente convênio correrão à conta do seguinte recurso financeiro:

.....
.....

Cláusula Trigésima Sexta - Para dirimir eventuais dúvidas emergentes da aplicação deste convênio, as partes elegem, de comum acordo, o Foro da Comarca de Erechim.

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

Jacutinga,

MUNICÍPIO

HOSPITAL

Testemunhas:



Estado do Rio Grande do Sul

CÂMARA MUNICIPAL DE VEREADORES DE JACUTINGA

Rua Ângelo Fabiane, 106 – CEP 99730-000

Fone: (54) 3368-1180 – JACUTINGA-RS

e-mail: vereadoresjacutinga@hotmail.com

COMISSÃO DE CONSTITUIÇÃO, JUSTIÇA E REDAÇÃO **ATA Nº 22/2022**

Aos vinte e cinco dias do mês de março de 2022 (dois mil e vinte e dois), às 10:00 horas, nas dependências da Câmara Municipal de Jacutinga, reuniram-se os vereadores da Comissão de Constituição, Justiça e Redação. Com os trabalhos abertos pela presidente Débora Ogliari é analisado o parecer do relator Gerson Dias relativo ao Projeto de Lei nº 3512/2022, que Autoriza assinatura de convênio de mútua colaboração com o Hospital São Roque. O parecer do relator é favorável à tramitação do projeto no que é acompanhado com o voto da vice-presidente Sandra Mari Soares. Com este parecer a matéria é enviada para apreciação final do Plenário. Jacutinga, 25 de Março de 2022.


Débora Ogliari
Presidente


Sandra Mari Soares
Vice-Presidente


Gerson Dias
Relator

**“O PODER LEGISLATIVO É O
SUPORTE DA DEMOCRACIA.”**



Estado do Rio Grande do Sul

CÂMARA MUNICIPAL DE VEREADORES DE JACUTINGA

Rua Ângelo Fabiane, 106 – CEP 99730-000

Fone: (54) 3368-1180 – JACUTINGA-RS

e-mail: vereadoresjacutinga@hotmail.com

COMISSÃO DE ORÇAMENTO, FINANÇAS E TRIBUTAÇÃO
ATA Nº 17/2022

Aos vinte e cinco dias do mês de março de dois mil e vinte e dois às 10:00 horas, nas dependências da Câmara Municipal de Jacutinga, reuniram-se os vereadores da Comissão de Orçamento, Finanças e Tributação. Com os trabalhos abertos pelo presidente Fábio Menin Tortelli, é analisado o parecer do relator Marcio Sommer relativo ao Projeto de Lei nº 3512/2022, que Autoriza assinatura de convênio de mútua colaboração com o Hospital São Roque. O parecer do relator é favorável à tramitação do projeto no que é acompanhado com o voto do vice-presidente Gilnei Palavicini. Com este parecer a matéria é enviada para apreciação final do Plenário. Jacutinga, 25 de Março de 2022.


Fábio Menin Tortelli
Presidente


Gilnei Palavicini
Vice-Presidente


Marcio Sommer
Relator

**“O PODER LEGISLATIVO É O
SUPORTE DA DEMOCRACIA.”**