

PROJETO DE LEI Nº 070 DE 28 DE JULHO DE 2017

Origem: Poder Executivo

“Autoriza o Poder Executivo Municipal a Firmar Convênio com o Hospital Leonilda Brunet, e dá outras providências.”

Art. 1º - Fica autorizado o Poder Executivo do Município de Arvorezinha a firmar Convênio com o Hospital Leonilda Brunet do Município de Ilópolis, sociedade civil de caráter filantrópico, inscrita no CNPJ sob nº 87263364/0002/23, com sede na Rua João Tomasiní, nº 495, em Ilópolis/RS, neste ato representada pela sua Diretora, Sra. Oliva Dal Molin.

Art. 2º - Para fins do disposto no artigo 1º, o presente Convênio tem por objeto a prestação de serviços médico-hospitalares pela Conveniada aos habitantes do Município de Arvorezinha, com o objetivo de prestação de serviços hospitalares nas clínicas médica de Urgência, obstétrica, pediátrica e cirúrgica, exames laboratoriais, ecografias, raios X, tomografia, mamografia, endoscopias e atendimento ambulatorial, nos termos do referido Convênio que é parte integrante da presente Lei.

Art. 3º - O prazo de vigência do presente Convênio é de 12 (doze) meses, a contar da data da sua assinatura, podendo ser renovado por iguais períodos ou por qualquer prazo, até o limite de 60 meses, mediante termo aditivo, devidamente assinado pelos representantes legais das partes.

Art. 4º- As despesas decorrentes da presente Lei serão atendidas por conta das dotações orçamentárias constantes no Orçamento Municipal vigente.

Art. 5º - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL DE ARVOREZINHA, aos 28 dias do mês de Julho de 2017.

ROGERIO FELINI FACHINETTO

Prefeito Municipal

Registre-se e Publique-se:

EDUARDO DALL AGNOL

Secretário Municipal de Administração, Finanças,
Planejamento e Desenvolvimento Econômico.

MINUTA DE CONVÊNIO

CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM O
MUNICÍPIO DE ARVOREZINHA, POR
INTERMÉDIO DA SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE E O HOSPITAL LEONILDA
BRUNET, PARA A EXECUÇÃO DE SERVIÇOS
TÉCNICO-PROFISSIONAIS ESPECIALIZADOS.

MUNICÍPIO DE ARVOREZINHA, Estado do Rio Grande do Sul, pessoa Jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ sob nº 87.612.750/0001-00, com Centro Administrativo localizado na Rua Carlos Scheffer, nº. 1020, em Arvorezinha/RS, doravante denominado **MUNICÍPIO**, neste ato representado por seu Prefeito Municipal, Sr. Rogerio Felini Fachinetto brasileiro, divorciado, residente e domiciliado em Arvorezinha/RS, RG nº 1075141687 , inscrito no CPF sob nº 486.850.890/34 e **HOSPITAL LEONILDA BRUNET**, sociedade civil de caráter filantrópico, inscrita no CNPJ sob nº 87263364/0002/23, com sede na Rua João Tomasini, nº 495, em Ilópolis/RS, neste ato representada pela sua Diretora, Senhora Oliva Dal Molin, religiosa portadora do CPF nº 164.357.370-53, doravante denominado **CONVENIADO**, declaram por este instrumento e na melhor forma de direito, terem justo e acertado entre si o presente Convênio, mediante as cláusulas e condições a seguinte:

CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO

Constitui objeto do presente convênio a conjugação de esforços visando o atendimento da prestação de serviços hospitalares nas clínicas médica de Urgência, obstétrica, pediátrica e cirúrgica, exames laboratoriais, ecografias, raios X, Tomografia, Mamografia, Endoscopias e atendimento Ambulatorial.

CLÁUSULA SEGUNDA: DAS OBRIGAÇÕES COMUNS

I – O **HOSPITAL** prestará os serviços antes nominados na sede do seu estabelecimento hospitalar, sito no Município de Ilópolis, cujos serviços abrangem aqueles mencionados na cláusula anterior.

II – A contratação dos profissionais médicos, bem como dos demais profissionais necessários à consecução dos objetivos elencados na Cláusula Primeira deste convênio, será de exclusiva responsabilidade do **HOSPITAL**.

III – O **MUNICÍPIO**, a título de contraprestação, repassará, mensalmente, ao **HOSPITAL**, os valores correspondentes, aqui conveniados, aos atendimentos prestados, mediante comprovação, nos termos deste convênio.

CLÁUSULA TERCEIRA: DOS VALORES

Para a prestação dos serviços, mencionados na Cláusula Primeira deste Convênio, pactuado fica os valores a serem pagos pelo **MUNICÍPIO** ao **HOSPITAL**, de acordo com as especialidades e procedimentos a seguir:

I – Serviços Hospitalares:

a) Cirurgias e obstetrícias: encaminhada pela Secretaria Municipal de Saúde, será pago **R\$ 1.155,00** (um mil e cento e cinquenta e cinco reais) cada, valor referente às despesas médicas e hospitalar, excluindo o valor dos honorários de anestesia. Para tanto é indispensável à permanência deste paciente obrigatoriamente em quarto coletivo, ou seja, enfermaria, observando a capacidade instalada e complexidade.

b) Pediatra para atendimento na sala de parto: autorizados pela Secretaria Municipal de Saúde, será pago **R\$ 320,00** (trezentos e vinte reais) cada, valor referente às despesas com Pediatra. Para tanto é indispensável à permanência deste paciente obrigatoriamente em quarto coletivo, ou seja, enfermaria, observando a capacidade instalada e complexidade.

c) Internações Clínica de Urgência: autorizados pela Secretaria Municipal de Saúde uma AIH ou o Valor da respectiva AIH, acrescida do valor de uma complementação de **R\$ 510,00** (quinhentos e dez reais). Esta complementação é a título de cobertura parcial entre o que o SUS remunera o Hospital e os seus custos observando a capacidade de instalação e complexidade do mesmo. Para tanto é indispensável à permanência deste paciente obrigatoriamente em quarto coletivo, ou seja, enfermaria.

d) Internações Clínicas Pediatria: autorizados pela Secretaria Municipal de Saúde, uma AIH ou o Valor da respectiva AIH, acrescida do valor de uma complementação de **R\$ 510,00** (quinhentos e dez reais) por internação ao profissional médico Pediatra. Esta complementação é a título de cobertura parcial entre o que o SUS remunera o Hospital e os seus custos observando a capacidade

de instalação e complexidade do mesmo. Para tanto é indispensável à permanência deste paciente obrigatoriamente em quarto coletivo, ou seja, enfermaria.

e) Ambulatório: atendimentos ambulatoriais encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde aos profissionais médicos pertencentes ao Corpo Clínico deste Hospital, nos horários de funcionamento da Secretaria Municipal de Saúde, serão pagos os valores de **R\$ 120,00** (cento e vinte reais) cada, acrescido do procedimento ao qual haverá pagamento de acordo com a CBHPM – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – Edição de 2012. Estes pagamentos são a título de pagamento integral dos honorários médicos.

f) Ambulatório: atendimentos ambulatoriais de emergência e procedimentos médicos em horário de sobreaviso, à noite, nos feriados e finais de semana, autorizados pela Secretaria de Saúde Municipal, serão pagos os valores de **R\$ 300,00** (Trezentos reais) cada, para o chamado e consulta, acrescido do procedimento ao qual haverá pagamento de acordo com a CBHPM – Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos – Edição de 2012. Estes pagamentos são a título de pagamento integral dos honorários médicos.

g) Despesas hospitalares com atendimentos ambulatoriais das alíneas “e” e “f” mediante relatório unitário por procedimento, e discriminado na quantidade e valores despendidos;

h) Exames: a importância da tabela anexa para pagamento de exames de ecografia, mamografia, raio X, endoscopia e Tomografia;

Parágrafo Único: O **HOSPITAL** se compromete a apresentar ao **MUNICÍPIO**, as faturas de prestação de serviços e respectivos relatórios, até o último dia útil, subsequente ao mês vencido para fins de análise e empenho.

CLÁUSULA QUARTA: DO PRAZO

O prazo de vigência do presente Convênio é de 12 (doze) meses, a contar da data da sua assinatura, podendo ser renovado por iguais períodos ou por qualquer prazo, até o limite de 60 meses, mediante termo aditivo, devidamente assinado pelos representantes legais das partes.

CLÁUSULA QUINTA: DAS OBRIGAÇÕES DA SECRETARIA DE SAÚDE

As autorizações serão autorizadas pela Secretaria Municipal da Saúde antes da realização dos mesmos pelo **HOSPITAL**.

I - As fichas para autorizações deverão ser retiradas pelo próprio paciente junto à Secretaria Municipal da Saúde do Município, devidamente rubricadas pelo gestor local. Estas fichas serão entregues ao profissional médico no momento do procedimento.

II - Quando se tratar de procedimentos de urgência e emergência, ou nos casos de atendimento em horários fora do expediente da SMS, o **HOSPITAL** deverá solicitar a autorização em até 72 horas após a realização do procedimento.

CLÁUSULA SEXTA – DA RESCISÃO

Qualquer das partes poderá rescindir, a qualquer tempo, o presente convênio, desde que comunique, por escrito e com antecedência mínima de 30 (trinta) dias a outra, sem que caiba direito de indenização a qualquer das partes.

CLAUSULA SÉTIMA - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

I - O **HOSPITAL** não poderá efetuar cobrança adicional de valores, a qualquer título, dos pacientes autorizados nos termos do presente Convênio.

II - Visando à prestação de interesses recíprocos quaisquer circunstâncias que possam caracterizar descumprimento dos termos deste Convênio, deverão ser objeto de notificação escrita, com prazo de 03 (três) dias para resposta para qualquer das partes.

III – Os valores do presente Convênio, caso haja renovação, serão calculados pelo índice do IGP-M/FGV acumulado no ano, tendo como base os meses de junho de 2017 a dezembro de 2017, no cálculo do reajuste.

CLÁUSULA NONA: DO FORO

Para dirimir eventuais dúvidas emergentes do presente Convênio as partes elegem, de comum acordo, o Foro da Comarca de Arvorezinha, com renúncia expressa a qualquer outro, por mais privilegiado que seja.

CLÁUSULA DÉCIMA: DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

A despesa decorrente do presente convênio correrá por conta da dotação orçamentária constante no orçamento municipal vigente.

E por estarem justas e acordadas as partes, firmam o presente instrumento em 03 (três) vias, de igual teor e forma, juntamente com 02 (duas) testemunhas, para que gere seus jurídicos e legais efeitos.

ARVOREZINHA-RS, 01 de Agosto de 2017.

ROGERIO FELINI FACHINETTO
PREFEITO MUNICIPAL

OLIVA DAL MOLIN
HOSPITAL LEONILDA BRUNET

TESTEMUNHAS:

1. _____

2. _____

CPF: _____

CPF: _____

TABELA DE VALORES

TABELA DE PREÇOS EXAMES DE ECOGRAFIAS	PREFEITURA
Abdomen Total	R\$ 130,00
Abdomen Inferior	R\$ 90,00
Abdomen Superior	R\$ 120,00
Hipocondrio(Dir e Esq), Fígado, Baço, Vias Biliares, Pancreas	R\$ 96,00
Aparelho Urinário (Rins e Bexiga)	R\$ 90,00
Pélvica via Abdominal	R\$ 80,00
Transvaginal / Pélvica via Transvaginal	R\$ 90,00
Próstata Via Abdominal	R\$ 75,00
Próstata Via Transretal	R\$ 90,00
Órgão isolado (Tireóide, Região Cervical, Região Inguinal, pequenas partes)	R\$ 90,00
Bolsa Escrotal, Pênis, Testículos	R\$ 88,00
Retroperitônio	R\$ 120,00
Torácico Extracardíaco	R\$ 80,00
Quando doppler acrescentar + 70	R\$ 70,00
Mamas	R\$ 90,00
Obstétrica (Quando gemelar sempre x 2)	R\$ 76,00
Obstétrica c/ Translucência Nucal	R\$ 130,00
Obstétrica (perfil biofísico e bem estar fetal)	R\$ 110,00
Obstétrica c/ Doppler Colorido	R\$ 160,00
Obstétrica Morfológica	R\$ 200,00
Ecodoppler de Carótidas	R\$ 240,00
Ecodoppler de Carótidas e Vertebrais	R\$ 280,00
Ecodoppler Arterial ou Venoso de Membros Superior e Inferior (Cada membro)	R\$ 240,00
Mapeamento Venoso de Membros Inferiores	R\$ 320,00
Mapeamento Cirúrgico da Safena Magna	R\$ 160,00
Ombro, cotovelo, punho, joelho, tornozelo, pé	R\$ 96,00
Punção guiada por ultrassom	R\$ 160,00
ECOCARDIOGRAMA	R\$ 280,00

MAMOGRAFIA	R\$ 56,00
-------------------	------------------

TOMOGRAFIA

EXAME	VALOR TC SEM CONTRASTE - ARVOREZINHA	
	SUS INTERNADOS	AMBULATORIAL
ADBOMEN TOTAL	R\$ 210,00	R\$ 300,00
ADBOMEN SUPERIOR	R\$ 129,00	R\$ 185,00
ARTICULAÇÃO	R\$ 129,00	R\$ 185,00
CERVICAL	R\$ 168,00	R\$ 240,00
DORSAL	R\$ 168,00	R\$ 240,00
LOMBAR	R\$ 168,00	R\$ 240,00
CRANIO	R\$ 126,00	R\$ 180,00
ORBITAS	R\$ 154,00	R\$ 220,00
MASTOIDES	R\$ 154,00	R\$ 220,00
PELVE	R\$ 133,00	R\$ 190,00
BACIA	R\$ 133,00	R\$ 190,00
PESCOÇO	R\$ 203,00	R\$ 290,00
SEGMENTOS APENDICULARES	R\$ 133,00	R\$ 190,00
SEIOS DA FACE	R\$ 126,00	R\$ 180,00
TORAX	R\$ 133,00	R\$ 190,00
VIAS URINARIAS	R\$ 133,00	R\$ 190,00

OBSERVAÇÕES TC COM CONTRASTE

CONTRASTE + R\$ 80,00

**FORA DE HORA DE OUTROS MUNICIPIOS ACRESCENTAR
R\$ 162,00 (Acompanhamento médico)**

**HORARIO COMERCIAL DE OUTROS MUNICIPIOS
ACRESCENTAR
R\$ 70,00 (Acompanhamento médico)**

**Pacientes Internados no HLB não Paga Acompanhamento
Médico**

TABELA RAIOS X

Tipo de Exame	TOTAL R\$		
Abdômen Agudo ou Hipocondrio	50,00	Esterno	37,00
Abdômen Simples ou Hipocondrio	37,00	Fistulografia	0,00
Adenóides	35,00	Idade Óssea (Mão e Punho)	57,00
Antebraço*	31,00	Joelho	31,00
Antebraços	59,00	Joelho com Rótula	35,00
Arcos Zigomáticos	35,00	Joelhos	63,00
Articulação Acrômio-Clavicular	35,00	Joelhos com Apoio	63,00
Articulação Escápulo-Umeral - 1 lado	32,00	Joelhos com Rótula	68,00
Articulação Têmpora-Mandibular - 1 lado	37,00	Laringe	47,00
Bacia	33,00	Mão*	31,00
Braço com Oblíquas ou Umero c/Oblíq.	67,00	Mãos	56,00
Braço ou Umero	34,00	Maxilar ou Mandibula	35,00
Braços	67,00	Ombro ou Omoplata	35,00
Braços com Oblíquas	134,00	Ombros ou Omoplatas	71,00
Calcâneo*	31,00	Ossos da Face	37,00
Calcâneos	56,00	Pé*	31,00
Cavum	50,00	Perna*	31,00
Clavícula	34,00	Pernas	63,00
Clavículas	67,00	Pés	59,00
Colangiografia Pós-Operatória e Trans Op	112,00	Pés com Apoio	84,00
Coluna Cervical	35,00	Punho*	29,00
Coluna Cervical com Oblíquas	45,00	Punhos	52,00
Coluna Dorsal	36,00	Quadril (Artic. Coxo-Femural)	35,00
Coluna Dorsal com Oblíquas	72,00	Quadris	71,00
Coluna Lombar ou Lombo Sacra	45,00	Sacro-Cóccix*	31,00
Coluna Lombar ou Lombo Sacra c/Oblíq.	89,00	Sacro-Cóccix com Oblíquas	37,00
Coluna Total	113,00	Sacro-Iliacas (Articulações)	33,00
Coluna Total com Oblíquas	227,00	Seios da Face - Adulto	42,00
Coração e Vasos da Base	45,00	Seios da Face Infantil	42,00
Coração e Vasos Oblíquas	55,00	Sela Turca	35,00
Costela	36,00	Tórax Adulto	35,00
Costelas	73,00	Tórax Infantil	35,00
Cotovelo*	28,00	Tornozelo*	31,00
Cotovelos	56,00	Tornozelos	56,00

Coxa ou Fêmur	36,00
Coxas ou Fêmur	72,00
Crânio	38,00
Crânio com Oblíquas	41,00
Enema Opaco	243,00
Escafóide	56,00
Escafóides	112,00
Esôfago	66,00
Esôfago, Estômago e Duodeno	116,00

PROJETO DE LEI Nº 070/2017

Senhor Presidente,

Senhores Vereadores,

A par de cumprimentá-lo e aos Edis dessa Casa Legislativa, encaminhamos as Vossas Senhorias, para apreciação e posterior votação, o presente Projeto de Lei, o qual Autoriza o Poder Executivo Municipal a Firmar Convênio com o Hospital Leonilda Brunet, e dá outras providências.”

O hospital Leonilda Brunet do Município de Ilópolis, vem sendo de grande necessidade para a prestação de serviços médicos para os nossos moradores, necessitando na maioria das vezes em situações de urgência e emergência, também pelos procedimentos médicos especializados.

Com a implantação do presente Convênio, o Município estará apto a adquirir estes serviços aos nossos munícipes, possibilitando uma melhor qualidade de vida para nossa população. Cabe salientar que os serviços ora desenvolvidos pelos profissionais do hospital, na maioria das vezes não possuem a prestação de serviços em nosso Município.

Desta forma, diante de todo exposto, rogamos pela compreensão de Vossas Senhorias em especial para que observem as necessidades funcionais do Município de Arvorezinha, e, na certeza da aprovação do Projeto em questão, desde já lançamos votos de elevada estima e apreço para com os membros dessa Casa Legislativa, momento em que atribuímos à matéria em regime de urgência.

ROGERIO FELINI FACHINETTO

Prefeito Municipal