

PROJETO DE LEI Nº 068 DE 27 DE ABRIL DE 2018

Origem: Poder Executivo

“Autoriza o Poder Executivo Municipal a Firmar Convênio com Hospital da Cidade de Passo Fundo, e dá outras providências.”

Art. 1º - Fica autorizado o Poder Executivo do Município de Arvorezinha a firmar Convênio com o Hospital da Cidade de Passo Fundo do Município de Passo Fundo, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob no 92.030.543/0001-70, com sede e foro na cidade de Passo Fundo - RS, na Rua Tiradentes, 295, representado pelo seu Administrador Sr. Dionisio Aldecir Baldevi.

Art. 2º - Para fins do disposto no artigo 1º, o presente Convênio tem por objeto prestar serviços de diagnóstico, respeitando a sua capacidade técnica, aos segurados do Município, conforme condições dispostas no presente Convênio.

Art. 3º - O presente Convênio tem prazo determinado por 02 (dois) anos, podendo ser renovado automaticamente, mediante aprovação das partes, por igual período, com início de vigência a partir de 01/05/2018 até 31/04/2020, 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 27 dias do mês de Abril de 2018.

ROGERIO FELINI FACHINETTO
Prefeito Municipal

Registre-se e Publique-se

EDUARDO DALL AGNOL
Secretário Municipal de Administração,
Finanças, Planejamento e Desenvolvimento Econômico

MENSAGEM JUSTIFICATIVA Nº 068/2018
PROJETO DE LEI Nº 068/2018

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 da Cidade de Passo Fundo.

O Hospital da Cidade de Passo Fundo do Município de Passo Fundo, 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.

Considerando que o Município de Arvorezinha é atendido pela 6ª Coordenadoria em Saúde localizada no Município de Passo Fundo.

Considerando que Passo Fundo e o Hospital da Cidade de Passo Fundo se tornaram referência em saúde, disponibilizando de tratamentos e exames de última geração, além de profissionais das mais diversas áreas.

Considerando que o Município de Arvorezinha disponibiliza transporte diário a cidade de Passo Fundo.

Considerando que os exames e tratamentos agendados pelo sistema SUS são para os munícipes de Arvorezinha, quando indisponíveis na própria cidade, são encaminhados para a cidade de Passo fundo.

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 aos Exmos. Senhores Edis desta Casa Legislativa, que o presente convênio servirá para podermos em casos de grande necessidade, onde o paciente já se encontra junto ao Município de Passo Fundo e necessita fazer os devidos procedimentos em caráter emergencial, onde o tempo é fundamental para a boa recuperação dos mesmos.

ROGERIO FELINI FACHINETTO
Prefeito Municipal

MINUTA DE CONVÊNIO

CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE ARVOREZINHA, POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E P HOSPITAL DA CIDADE DE PASSO FUNDO, 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** de **CONVENIENTE**, 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 DA CIDADE DE PASSO FUNDO**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob no 92.030.543/0001-70, com sede e foro na cidade de Passo Fundo - RS, na Rua Tiradentes, 295, neste ato representado pelo seu Administrador Sr. Dionisio Aldecir Baldevi, brasileiro, casado, Administrador Hospitalar, doravante simplesmente denominada **CONVENIADA**, 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:

DO OBJETO

Cláusula Primeira:

A **Conveniada** compromete-se a prestar serviços de diagnóstico, respeitando a sua capacidade técnica, aos segurados do **Município**, conforme condições dispostas no presente Convênio.

DA IDENTIFICAÇÃO DO SEGURADO

Cláusula Segunda:

O segurado se identificará mediante apresentação de autorização para realização de procedimento expedida pelo **Município**.

DO ATENDIMENTO

Cláusula Terceira:

A **Conveniada** garantirá aos segurados do **Município**, desde que habilitada para tal, os serviços prestados no Centro de Diagnóstico, conforme Anexo I.

DA REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS

Cláusula Quarta:

A **Contratante** obriga-se pelo pagamento dos serviços prestados para a **Conveniada**, adotando-se a tabela conforme o Anexo I.

Parágrafo Primeiro:

Os preços dos medicamentos e materiais cobrados na folha de gasto de sala serão conforme estabelece a Tabela Brasíndice.

Parágrafo Segundo:

Os valores dos serviços prestados serão reajustados anualmente, tendo como referência a variação do IGPM ou outro que venha a substituí-lo.

Parágrafo Terceiro:

Os valores a serem pagos pelo **Município** à **Conveniada**, ficará estipulado o limite de até R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) mensais, durante o prazo de vigência do presente convênio.

DO PAGAMENTO

Cláusula Quinta:

A **Conveniada** remeterá ao **Município**, após o atendimento prestado ao segurado, a documentação correspondente aos serviços realizados, com relação de nome dos pacientes atendidos e a descrição do serviço realizado, até o dia 20 de cada mês, sendo o pagamento efetivado até o dia 05 do mês subsequente.

O **Município** fica autorizado a efetuar os pagamentos através de boleto bancário emitido pela **Conveniada**.

Parágrafo Único:

As dotações orçamentarias correrão por conta das seguintes rubricas:

474 – ASPS Outros Serviços de Pessoa Jurídica – 3.3.90.39.00.00.00

555 – PAB Fixo Outros Serviços de Pessoa Jurídica – 3.3.90.39.00.00.00

2285 – PIES Outros Serviços de Pessoa Jurídica 0 3.3.90.39.00.00.00

DA RESCISÃO

Cláusula Sexta:

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.

PRAZO DE VIGÊNCIA

Cláusula Sétima:

O presente Convênio tem prazo determinado de 02 (dois) anos, podendo ser renovado automaticamente, mediante aprovação das partes, por iguais períodos, com início de vigência a contar de 01/05/2018 até 31/04/2020.

Cláusula Oitava:

É facultada à **Conveniada**, tanto quanto ao **Município**, a rescisão unilateral do presente Convênio, sem quaisquer ônus, desde que a parte interessada comunique à outra, por escrito e de modo expresso com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Cláusula Nona:

As partes elegem o foro de Arvorezinha para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente Contrato.

E, por estarem assim justos e contratados, assinam o presente Convênio em 02 (duas) vias de igual teor e forma, perante as duas testemunhas abaixo assinadas.

Arvorezinha - RS, 27 de Abril de 2018.

Município de Arvorezinha/RS
ROGERIO FELINI FACHINETTO
Prefeito Municipal

Hospital da Cidade de Passo Fundo
DIONISIO ALDECIR BALVEDI
Administrador

Testemunhas:

Anexo I

RADIOGRAFIAS			
RX ABDÔMEN AGUDO	R\$ 40,00	RX COLUNA COM OBLÍQUAS	R\$ 50,00
RX ADBÔMEN SIMPLES	R\$ 38,00	RX COXA ou PERNA	R\$ 38,00
RX ANTEBRAÇO OU PUNHO	R\$ 38,00	RX CRÂNIO ou SELA TURSICA	R\$ 38,00
RX ARCOS COSTAIS	R\$ 40,00	RX DACRIOCISTOGRAFIA - UM OLHO	R\$ 420,00
RX ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL	R\$ 38,00	RX DACRIOCISTOGRAFIA - DOIS OLHOS	R\$ 630,00
RX BACIA	R\$ 38,00	RX ESOFAGO	R\$ 70,00
RX BRAÇO	R\$ 38,00	RX FISTULOGRAFIA	R\$ 118,00
RX CAVUM	R\$ 38,00	RX FLEBOGRAFIA	R\$ 340,00
RX COLANGIOPLASTIA	R\$ 120,00	RX JOELHO	R\$ 38,00
RX COLUNA (CADA SEGMENTO)	R\$ 40,00	RX HISTEROSSALPINGOGRAFIA	R\$ 220,00
RX COLUNA COM OBLÍQUAS	R\$ 50,00	RX VIDEODEGLUTOGRAMA	R\$ 345,00
RX MÃO	R\$ 35,00	RX SIALOGRAFIA PARÓTIDA	R\$ 255,00
RX MÃO E PUNHO P/ IDADE OSSEA	R\$ 48,00	RX TORNOZELO	R\$ 35,00
RX MIELOGRAFIA	R\$ 385,00	RX TORAX	R\$ 35,00
RX OMBRO ou CLÁVICULA	R\$ 38,00	RX TRANSITO INTESTINAL	R\$ 140,00
RX OSSOS DA FACE	R\$ 38,00	RX URETROCISTOGRAFIA	R\$ 175,00
RX PÉ ou CALCÂNEO	R\$ 38,00	RX UROGRAFIA EXCRETORA	R\$ 195,00
RX PIELOGRAFIA	R\$ 155,00	RX SEIOS DA FACE	R\$ 38,00
MAMOGRAFIA	R\$ 70,00		
CENTRO DIAGNÓSTICO			
AUDIOMETRIA OCUPACIONAL	R\$ 17,00	COLONOSCOPIA	R\$ 430,00
AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL	R\$ 90,00	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	R\$ 245,00
ESPIROMETRIA	R\$ 70,00	RETOSSIGMOIDOSCOPIA	R\$ 240,00
EXAMES CARDIOLÓGICOS			
ECOCARDIOGRAMA UNI E BIDIMENSIONAL COM DOPPLER	R\$ 210,00	HOLTER 24 HORAS	R\$ 130,00
ECOCARDIOGRAMA COM ESTRESSE FARMACOLÓGICO	R\$ 495,00	MAPA 24 HORAS	R\$ 130,00
ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO	R\$ 495,00	TESTE ERGOMÉTRICO	R\$ 120,00
ECOGRAFIA FETAL	R\$ 220,00	TILT TEST	R\$ 440,00
ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 25,00		

EXAMES NEUROLÓGICOS			
ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO OU VIGILIA	R\$ 170,00	ELETRONEUROMIOGRAFIA 2 SEGMENTOS	R\$ 320,00
ELETROENCEFALOGRAMA	R\$ 85,00	ELETRONEUROMIOGRAFIA 4 SEGMENTOS	R\$ 430,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA			
RM CRÂNIO	R\$ 495,00	RM TORAX	R\$ 495,00
RM COLUNA (POR SEGMENTO)	R\$ 495,00	RM ABDÔMEN SUPERIOR ou PELVE	R\$ 495,00
RM PESCOÇO	R\$ 495,00	RM ATM (ART. TÊMPORO- MANDIBULAR)	R\$ 495,00
RM OSSOS (PERNAS, JOELHOS, COXAS)	R\$ 495,00		
TOMOGRAFIA			
ANGIOTOMOGRAFIA ABDÔMEN TOTAL	R\$ 752,00	TC ARTICULAÇÕES	R\$ 260,00
ANGIOTOMOGRAFIA (CADA SEGMENTO)	R\$ 752,00	TC COLUNA (CADA SEGMENTO)	R\$ 260,00
TC ABDOMEN INFERIOR(PELVE)	R\$ 385,00	TC CRÂNIO	R\$ 260,00
TC ABDÔMEN TOTAL	R\$ 465,00	TC ESCANOMETRIA ELETRONICA	R\$ 220,00
TC MEMBROS (cada)	R\$ 260,00	TC PESCOÇO OU REG.CERVICAL	R\$ 385,00
TC MIELOTOMOGRAFIA (CADA SEGMENTO)	R\$ 560,00	TC RENAL (SEM CONTRASTE)	R\$ 465,00
TC OSSOS	R\$ 260,00	TC SEIOS DA FACE	R\$ 290,00
TC OUVIDOS/MASTÓIDES	R\$ 375,00	TC TORAX	R\$ 385,00
TC CORONARIANA	R\$ 920,00		
ULTRASSONOGRAFIA			
US ABDÔMEN SUPERIOR	R\$ 90,00	US PELVICO	R\$ 75,00
US ABDÔMEN TOTAL	R\$ 98,00	US PERFIL BIOFISICO FETAL	R\$ 45,00
US APARELHO URINÁRIO	R\$ 90,00	US PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL)	R\$ 75,00
ECODOPPLER Á CORES (CADA ORGÃO)	R\$ 235,00	US PRÓSTATA (VIA TRANSRETAL)	R\$ 128,00
US MAMAS	R\$ 80,00	US TRANSVAGINAL	R\$ 80,00
US OBSTÉTRICO MORFOLÓGICO	R\$ 300,00	US OBSTÉTRICO	R\$ 65,00
US OBSTÉTRICO COM DOPPLER	R\$ 220,00	US ORGÃO ISOLADO (tireoide/cervical/pequenas partes)	R\$ 75,00
CONSULTAS ESPECIALIDADES	R\$ 150,00		

EXAMES LABORATORIAIS

HEMOGRAMA COMPLETO	R\$ 17,25	ANTIBIOGRAMA	R\$ 27,00
PROTEINA C REATIVA	R\$ 27,41	GLICOSE	R\$ 10,35
COLESTEROL TOTAL	R\$ 10,35	COLESTEROL TOTAL HDL	R\$ 10,35
COLESTEROL LDL	R\$ 13,80	UREIA	R\$ 10,35
CREATININA	R\$ 10,35	TRANSAMINASE OXALACETICA	R\$ 13,80
TRANSAMINASE PIRUVICA	R\$ 13,80	GAMA-GLUTAMIL TRANSFERASE	R\$ 13,80
TRIGLICERIDEOS	R\$ 10,35	ACIDO URICO	R\$ 10,35
ANTIGENO AUSTRALIA(HBSAG)	R\$ 34,50	ANTICORPOS HEPATITE C	R\$ 34,50
ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO SUPERFICIE DA HEPATITE B	R\$ 27,60	PSA (ANTIGENO PROSTATICO ESPECIFICO)	R\$ 27,60
PSA LIVRE	R\$ 30,00	PROVAS DE FUNÇÃO TIREOIDEANA-T4	R\$ 22,08
TIREOESTIMULANTE(TSH), HORMONIO (RIE)	R\$ 22,08	SODIO- BIOQUIMICA	R\$ 13,80
DEHIDROXI 1,25 VITAMINA D	R\$ 61,80	POTASSIO- BIOQUIMICA	R\$ 13,80
CALCIO- BIOQUIMICA	R\$ 10,35	FOSFORO - BIOQUIMICA	R\$ 13,80
VITAMINA B-12 (RIE) BIOQUIMICA	R\$ 27,60	ACIDO FOLICO (RIE)- BIOQUIMICA	R\$ 27,60
LUTEINIZANTE (LH), HORMONIOS (RIE)	R\$ 34,50	FOLICULO ESTIMULANTE (FSH), HORMONIO (RIE)	R\$ 34,50
ESTRADIOL (RIE)	R\$ 27,60	PROLACTINA	R\$ 37,95
HEMOGLOBINA GLICOSADA	R\$ 31,05	CULTURAS EM GERAL (CITO PARASITOLOGICO)	R\$ 26,22
HEMOSEDIMENTAÇÃO DETERMINAÇÃO DE VELOCIDADE	R\$ 10,35		