

PROJETO DE LEI Nº 062 DE 13 DE ABRIL DE 2018

Origem: Poder Executivo

“Autoriza o Poder Executivo Municipal a Firmar Convênio com Associação Hospitalar Beneficente São Vicente de Paulo, e dá outras providências.”

Art. 1º - Fica autorizado o Poder Executivo do Município de Arvorezinha a firmar Convênio com a Associação Hospitalar Beneficente São Vicente de Paulo do Município de Passo Fundo, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob no 92.021.062/0001-06, com sede e foro na cidade de Passo Fundo - RS, na Rua Teixeira Soares, 808, neste ato representado pelo seu Administrador Sr. Ilário Jandir De David.

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 Convenio.

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 13 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 062/2018
PROJETO DE LEI Nº 062/2018

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 Associação Hospitalar Beneficente São Vicente de Paulo, e dá outras providências.

A Associação Hospitalar Beneficente São Vicente de Paulo 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 á atendido pela 6ª Coordenadoria em Saúde localizada no Município de Passo Fundo.

Considerando que Passo Fundo e o Hospital São Vicente de Paulo 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 A ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE SÃO VICENTE DE PAULO, 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 **ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE SÃO VICENTE DE PAULO**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob no 92.021.062/0001-06, com sede e foro na cidade de Passo Fundo - RS, na Rua Teixeira Soares, 808, neste ato representado pelo seu Administrador Sr. Ilário Jandir De David, 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 do crédito direto em conta corrente da **Conveniada** na agência do Banco do Rio Grande do Sul, conta número 06.002127.0-8, agência n.º 310, ou Banco do Brasil, conta número 2788-X, agência n.º 4090-8.

Parágrafo Único:

As dotações orçamentárias 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 Convenio, sem quaisquer ônus, desde que a parte interessada comunique à outra, por escrito e de modo expresse 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 Convenio em 02 (duas) vias de igual teor e forma, perante as duas testemunhas abaixo assinadas.

Arvorezinha - RS, 13 de Abril de 2018.

Município de Arvorezinha/RS
ROGERIO FELINI FACHINETTO
Prefeito Municipal

Ass. Hosp. Benef. São Vicente de Paulo
ILÁRIO JANDIR DE DAVID
Administrador

Testemunhas:

ANEXO I

TABELA VALORES PREFEITURA:

Atualizada em Agosto de 2017

Tomografias	Exame	Hon/Contr	Total
Abdômen Superior / Pelve	R\$ 360,00	R\$ 30,00	R\$ 390,00
Abdômen Total	R\$ 390,00	R\$ 30,00	R\$ 420,00
Anestesia p/ Tomo			R\$ 600,00
Angiotomografia de Coronárias	R\$ 1.000,00		R\$ 1.000,00
Angiotomografia (tórax ou crânio)	R\$ 500,00	R\$ 320,00	R\$ 820,00
Coluna (Lombar ou Lombo Sacra, Cervical, Dorsal)	R\$ 245,00	R\$ 30,00	R\$ 275,00
Crânio (Encéfalo), Crânio-Encefálico	R\$ 245,00	R\$ 30,00	R\$ 275,00
Enterotomografia	R\$ 550,00	R\$ 280,00	R\$ 820,00
Órbitas	R\$ 245,00	R\$ 30,00	R\$ 275,00
Ossos (Pernas, Joelhos, Tornozelos e outros)	R\$ 360,00	R\$ 30,00	R\$ 390,00
Ouvidos	R\$ 360,00	R\$ 30,00	R\$ 390,00
Pescoço / Laringe / Faringe	R\$ 360,00	R\$ 30,00	R\$ 390,00
Reconstrução Tridimensional			R\$ 150,00
Seios da Face	R\$ 265,00	R\$ 30,00	R\$ 295,00
Sela Turcica	R\$ 245,00	R\$ 30,00	R\$ 275,00
Taxa de Sala – exames c/ Anestesia			R\$ 278,00
Tórax (Pulmões)	R\$ 360,00	R\$ 30,00	R\$ 390,00
Urotomografia	R\$ 420,00	R\$ 150,00	R\$ 570,00
OBS: Para Tomografias de Parte Óssea será cobrada Reconstrução Tridimensional			
OBS.: Caso não seja feito uso de contraste, o mesmo não será cobrado			
	Raio X		Total
Abdômen Simples			R\$ 44,14
Bacia			R\$ 39,94
Braço			R\$ 45,12
Cavum			R\$ 43,87
Clister Opaco – Enema Opaco			R\$ 180,00
Coluna Cervical			R\$ 44,81
Coluna Dorsal			R\$ 47,21
Coluna Lombar			R\$ 50,57
Cotovelo			R\$ 37,27
Crânio			R\$ 47,29
EED (Esôfago, estômago e duodeno)			R\$ 180,00
Hemitórax			R\$ 47,21
Histerosalpingografia			R\$ 250,00
Joelho			R\$ 39,12
Mamografia Digital			R\$ 225,00
Mão			R\$ 37,27

Ombro + Art. Escápulo -Umeral	R\$ 90,56
Perna	R\$ 41,21
Seios da Face	R\$ 45,41
Sela Turca	R\$ 45,41
Transito e Morfologia do Delgado	R\$ 150,00
Tórax	R\$ 37,28
Uretrocistografia (Miccional)	R\$ 200,00
Urografia Venosa / Urografia Excretora	R\$ 180,00
Ultrasonom	Total
Abdômen Superior (Fígado)	R\$ 75,00
Abdômen Total	R\$ 115,00
Apar. Urinário (Rins)	R\$ 75,00
Doppler Ven. / Art. (unilateral)/ Artérias Renais Aorta ABD (= estudo)	R\$ 200,00
Eco – Carótidas	R\$ 215,00
Ecocardio Fetal	R\$ 271,00
Ecocardiograma (Uni-bidimensional c/fluxo a cores)	R\$ 215,00
Ecocardiograma tridimensional c doppler a cores	R\$ 448,00
Ecocardiograma de Stress Farmacológico	R\$ 500,00
Ecocardiograma de Stress Físico	R\$ 500,00
Ecocardiograma Transesofágico	R\$ 448,00
Espirometria	R\$ 85,00
Estudo de 3 ou mais vasos / doppler	R\$ 200,00
Obstétrico	R\$ 95,00
Obstétrico c/ doppler (= estudo)	R\$ 200,00
Orgãos e estruturas superficiais (tireóide, ombro, joelho, etc...)	R\$ 70,00
Pélvica (abd. Inf. Feminino)	R\$ 40,00
Pélvica Transvaginal	R\$ 95,00
Próstata Via Abdominal (abd. Inf. Masculino)	R\$ 75,00
Próstata Via Trans-Retal	R\$ 115,00
Ultra mamas	R\$ 180,00
Ultrassonografia Morfológica Fetal (1º e 2º Trimestre)	R\$ 350,00
Eletro	Total
ECG – Holter 24 Horas	R\$ 140,00
ECG (Eletrocardiograma)	R\$ 25,00
EEG (Eletroencefalograma)	R\$ 160,00
Eletroneuromiografia (Por Segmento)	R\$ 330,00
Eletroneuromiografia (4 membros)	R\$ 430,00
Ergometria (Teste Ergométrico – Teste de Esforço)	R\$ 120,00
Mapa	R\$ 120,00
Potencial Evocado (Visual – Adulto / Auditivo – Criança)	R\$ 330,00
Endoscopia	Total
Anestesia p/ Endoscopia	R\$ 500,00
Anestesia p/ Colonoscopia	R\$ 500,00
Anestesia p/ Endoscopia e Colonoscopia	R\$ 750,00

Endoscopia Digestiva Alta	R\$ 307,00
Colonoscopia	R\$ 452,00
Manometria Ano Retal	R\$ 300,00
Manometria Esofágica	R\$ 300,00
Ph Metria Esofágica	R\$ 300,00
Ph Metria + Manometria Esofágica	R\$ 500,00
Retossigmoidoscopia Flexível	R\$ 287,00
Ressonância Magnética	Total
Anestesia p/ Ressonância	R\$ 780,00
Angioressonância	R\$ 820,00
RM Articular	R\$ 550,00
Abdômen Superior ou Pelve	R\$ 550,00
ATM (Articulação Temporo – Mandibular)	R\$ 550,00
Braço RM	R\$ 550,00
Coração com Stress RM – somente particular	R\$ 1.642,00
Coração sem Stress RM	R\$ 915,00
Colangioressonância – somente particular	R\$ 1.164,00
Cotovelo RM	R\$ 550,00
Crânio (Encéfalo), Crânio-Encefálico	R\$ 550,00
Coluna (Lombar, Cervical, Dorsal) – cada	R\$ 550,00
Coxa RM	R\$ 550,00
Difusão RM	R\$ 370,00
Espectroscopia por RM	R\$ 967,00
Entero RM	R\$ 1.164,00
Fluxo Liquórico RM	R\$ 967,00
Mamas RM	R\$ 600,00
Pelve para Endometriose	R\$ 1.100,00
Perfusão RM	R\$ 967,00
Perna RM	R\$ 550,00
Pescoço	R\$ 550,00
Órbitas RM	R\$ 550,00
Ossos (Joelhos, Tornozelos e outros) – Unilateral	R\$ 550,00
Ouvidos RM	R\$ 550,00
Taxa de Sala – exames c/ Anestesia	R\$ 248,00
Tractografia RM – somente particular	R\$ 967,00
Medicina Nuclear	Total
Asp. Pulmonar (saliva grama)	R\$ 354,00
Cintilografia Cerebral	R\$ 350,00
Cintilografia Cisto. Direta	R\$ 368,00
Cisternocintilo	R\$ 503,00
Cintilografia Dmsa	R\$ 356,00
Cintilografia Dtpa	R\$ 394,00
Cintilografia de Gálio	R\$ 983,00

Cintilografia Hepática	R\$ 402,00
Cintilografia Mama	R\$ 879,00
Cintilografia do Miocárdio	R\$ 1.320,00
Cintilografia Óssea	R\$ 380,00
Cintilografia Paratireóide	R\$ 304,00
Cintilografia Perfusão Cerebral	R\$ 1.463,00
Cintilografia Pesq. Metás. Rastreamento	R\$ 587,00
Cintilografia Pulmonar Perfusão	R\$ 430,00
Cintilografia Pulmonar Inalação	R\$ 315,00
Cintilografia Pool Hemácias	R\$ 376,00
Cintilografia Refluxo	R\$ 349,00
Cintilografia Vias Biliares	R\$ 528,00
Cintilografia Tireóide c/ I131	R\$ 170,00
Cintilografia Testicular	R\$ 295,00
Linfocintilografia	R\$ 376,00
Linfo para marcação de pele	R\$ 500,00
Linfo com gama probe	R\$ 600,00
Densitometria Óssea (Coluna Lombar e Fêmur)	R\$ 130,00
Densitometria Óssea (1 segmento)	R\$ 105,00

Obs.: VALORES REVISADOS EM AGOSTO/2017.