

LEI Nº 3.732, DE 29 DE AGOSTO DE 2018.

Autoriza o Poder Executivo a firmar convênio com a Congregação das Irmãs Servas da Imaculada Conceição da Virgem Maria, entidade mantenedora do Hospital Santa Bárbara e dá outras providências.

Art. 1º Fica autorizado o Poder Executivo a firmar convênio com a Congregação das Irmãs Servas da Imaculada Conceição da Virgem Maria, entidade mantenedora do Hospital Santa Bárbara, para prestação de serviços de Exames de Imagem de Ecografias para pacientes SUS nos termos da minuta do Termo de Convênio em anexo, o qual faz parte da presente Lei.

Parágrafo Único. O convênio terá o prazo de 12 meses a contar da data de sua assinatura, podendo este prazo ser prorrogado por igual período havendo interesse público e disponibilidade financeira.

Art. 2º O Convênio dos serviços de Exames de Ecografias se dará conforme especificações da relação da Tabela de Exames e valores abaixo, tendo como teto o valor de R\$ 3.500,00 (três mil e quinhentos reais) por mês:

Tabela de Exames		
Item	Descrição	Valor
01	Abdominal Inferior	R\$80,00
02	Abdominal Superior	R\$80,00
03	Abdominal Total	R\$120,00
04	Aparelho Urinário e Próstata	R\$80,00
05	Fígado e Vias Biliares	R\$80,00
06	Obstétrica Gemelar	R\$100,00
07	Obstétrica	R\$80,00
08	Pélvica Transvaginal	R\$80,00
09	Pélvica	R\$80,00
10	Próstata	R\$80,00
11	Próstata + bolsa escrotal	R\$80,00
12	Rins e vias urinárias	R\$80,00
13	Bolsa escrotal	R\$80,00
14	Mamária	R\$80,00

§ 1º O Hospital Santa Bárbara deverá executar os serviços conforme quantidades expostas na Tabela de Exames.

§ 2º O local de execução dos serviços será de responsabilidade do Hospital Santa Bárbara.

Art. 3º O Hospital Santa Bárbara somente atenderá os pacientes mediante apresentação do documento de encaminhamento emitido pela Secretaria Municipal da Saúde devidamente preenchido, assinado e autorizado pela mesma (carimbo da Unidade de saúde solicitante e rubrica do servidor).

Parágrafo único. Uma vez autorizado, o agendamento do serviço ficará sob a responsabilidade exclusiva do Hospital Santa Bárbara.

Art. 4º O Hospital Santa Bárbara deverá manter-se habilitado junto aos respectivos órgãos de fiscalização da sua categoria, sob pena de rescisão contratual.

Art. 5º O Hospital Santa Bárbara responderá por todos os serviços prestados no atendimento ao paciente encaminhado pela Secretaria Municipal da Saúde, isentando integralmente o Município de todo e qualquer ato em que o paciente sentir-se lesado, devendo atender com urbanidade e educação todos os pacientes encaminhados aos cuidados do Hospital Santa Bárbara.

Art. 6º No atendimento aos pacientes, o Hospital Santa Bárbara deverá usar somente materiais descartáveis e instrumentais devidamente esterilizados.

Art. 7º O Hospital Santa Bárbara será responsável por todos os encargos fiscais, previdenciários e trabalhistas de seus funcionários e das pessoas subordinadas a ele e envolvidas no atendimento relacionado a este Convênio, isentando integralmente o Município.

Art. 8º Os funcionários do Hospital Santa Bárbara serão diretamente subordinados a ele.

Art. 9º Os uniformes e objetos de uso necessários à prestação dos serviços referentes ao objeto do presente termo de Convênio são de responsabilidade do Hospital Santa Bárbara.

Art. 10. O Hospital Santa Bárbara será responsável por todas as obrigações sociais de proteção aos seus profissionais, bem como por todas as despesas necessárias para a execução dos serviços conveniados, incluindo despesas com deslocamentos, estadia, alimentação, salários, encargos sociais, previdenciários, comerciais, trabalhistas, equipamentos de proteção individual e quaisquer outros que se fizerem necessários ao cumprimento das obrigações decorrentes deste convênio, isentando integralmente o Município.

Art. 11. O pagamento dos serviços será efetuado 10 (dez) dias após a emissão da Nota Fiscal, a qual deverá conter atestado de conformidade assinado pelo técnico responsável da Secretaria Municipal de Saúde e, ainda, constar em local de fácil visualização a indicação do nº da Nota de empenho.

Art. 12. Para o efetivo pagamento, o Hospital Santa Bárbara deverá apresentar mensalmente à Secretaria Municipal de Saúde, até o 5º dia útil do mês subsequente à prestação de contas dos serviços, relatório contendo a relação dos pacientes que utilizaram os serviços, indicando o exame ou

consulta, devidamente carimbado e assinado, acompanhado de cópia do documento que originou a autorização.

Art. 13. A despesa com a realização dos serviços objeto do presente Convênio correrá pela seguinte dotação orçamentária do município: 10.01/40/ASPS.

Art. 14. Esta lei entra em vigor na data de sua publicação.
Gabinete do Prefeito Municipal, Encruzilhada do Sul, 29 de agosto de 2018.

Artigas Teixeira da Silveira,
Prefeito Municipal.

REGISTRE-SE E PUBLIQUE-SE

Álvaro Damé Rodrigues,
Vice-Prefeito Respondendo pela Secretaria Municipal da Administração.

Pedro Soares de Freitas,
Secretário Municipal de Saúde e Meio Ambiente.

TERMO DE CONVÊNIO

Convênio que entre si estabelecem o Município de Encruzilhada do Sul, através de sua Secretaria Municipal de Saúde e a Congregação das Irmãs Servas da Imaculada Conceição da Virgem Maria, mantenedora do Hospital Santa Bárbara, nos termos da Lei Municipal nº 3.732/2018.

O Município de Encruzilhada do Sul, através de sua Secretaria Municipal de Saúde, representada neste ato pelo seu Prefeito Municipal, Artigas Teixeira da Silveira, CPF 062 113 050 87, RG 7005475558, casado, residente e domiciliado nesta cidade, a Rua Bento Gonçalves, nº 906, de um lado, de outro lado, a Congregação das Irmãs Servas da Imaculada Conceição da Virgem Maria, mantenedora do Hospital Santa Bárbara, representada neste ato pela Irmã Nair Gabiatti, CPF 061.997.800-78, RG 8008940531, solteira, residente e domiciliada neste município, firmam o presente Convênio, mediante adoção das Cláusulas seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA

Fica autorizado o Poder Executivo a firmar convênio com a Congregação das Irmãs Servas da Imaculada Conceição da Virgem Maria, entidade mantenedora do Hospital Santa Bárbara, para prestação de serviços de Exames de Imagem de Ecografias para pacientes SUS nos termos da minuta do Termo de Convênio em anexo, o qual faz parte da presente Lei.

PARÁGRAFO ÚNICO

O convênio terá o prazo de 12 meses a contar da data de sua assinatura, podendo este prazo ser prorrogado por igual período havendo interesse público e disponibilidade financeira.

CLÁUSULA SEGUNDA

O Convênio dos serviços de Exames de Ecografias se dará conforme especificações da relação da Tabela de Exames e valores abaixo, tendo como teto o valor de R\$ 3.500,00 (três mil e quinhentos reais) por mês:

Tabela de Exames		
Item	Descrição	Valor
01	Abdominal Inferior	R\$80,00
02	Abdominal Superior	R\$80,00
03	Abdominal Total	R\$120,00
04	Aparelho Urinário e Próstata	R\$80,00
05	Fígado e Vias Biliares	R\$80,00
06	Obstétrica Gemelar	R\$100,00
07	Obstétrica	R\$80,00
08	Pélvica Transvaginal	R\$80,00
09	Pélvica	R\$80,00
10	Próstata	R\$80,00
11	Próstata + bolsa escrotal	R\$80,00
12	Rins e vias urinárias	R\$80,00
13	Bolsa escrotal	R\$80,00
14	Mamária	R\$80,00

PARÁGRAFO PRIMEIRO

O Hospital Santa Bárbara deverá executar os serviços conforme quantidades expostas na Tabela de Exames.

PARÁGRAFO SEGUNDO

O local de execução dos serviços será de responsabilidade do Hospital Santa Bárbara.

CLÁUSULA TERCEIRA

O Hospital Santa Bárbara somente atenderá os pacientes mediante apresentação do documento de encaminhamento emitido pela Secretaria Municipal da Saúde devidamente preenchido, assinado e autorizado pela mesma (carimbo da Unidade de saúde solicitante e rubrica do servidor).

PARÁGRAFO ÚNICO

Uma vez autorizado, o agendamento do serviço ficará sob a responsabilidade exclusiva do Hospital Santa Bárbara.

CLÁUSULA QUARTA

O Hospital Santa Bárbara deverá manter-se habilitado junto aos respectivos órgãos de fiscalização da sua categoria, sob pena de rescisão contratual.

CLÁUSULA QUINTA

O Hospital Santa Bárbara responderá por todos os serviços prestados no atendimento ao paciente encaminhado pela Secretaria Municipal da Saúde, isentando integralmente o Município de todo e qualquer ato em que o paciente sentir-se lesado, devendo atender com urbanidade e educação todos os pacientes encaminhados aos cuidados do Hospital Santa Bárbara.

CLÁUSULA SEXTA

No atendimento aos pacientes, o Hospital Santa Bárbara deverá usar somente materiais descartáveis e instrumentais devidamente esterilizados.

CLÁUSULA SÉTIMA

O Hospital Santa Bárbara será responsável por todos os encargos fiscais, previdenciários e trabalhistas de seus funcionários e das pessoas subordinadas a ele e envolvidas no atendimento relacionado a este Convênio, isentando integralmente o Município.

CLÁUSULA OITAVA

Os funcionários do Hospital Santa Bárbara serão diretamente subordinados a ele.

CLÁUSULA NONA

Os uniformes e objetos de uso necessários à prestação dos serviços referentes ao objeto do presente termo de Convênio são de responsabilidade do Hospital Santa Bárbara.

CLÁUSULA DÉCIMA

O Hospital Santa Bárbara será responsável por todas as obrigações sociais de proteção aos seus profissionais, bem como por todas as despesas necessárias para a execução dos serviços conveniados, incluindo despesas com deslocamentos, estadia, alimentação, salários, encargos sociais, previdenciários, comerciais, trabalhistas, equipamentos de proteção individual e quaisquer outros que se fizerem necessários ao cumprimento das obrigações decorrentes deste convênio, isentando integralmente o Município.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA

O pagamento dos serviços será efetuado 10 (dez) dias após a emissão da Nota Fiscal, a qual deverá conter atestado de conformidade assinado pelo técnico responsável da Secretaria Municipal de Saúde e, ainda, constar em local de fácil visualização a indicação do nº da Nota de empenho.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA

Para o efetivo pagamento, o Hospital Santa Bárbara deverá apresentar mensalmente à Secretaria Municipal de Saúde, até o 5º dia útil do mês subsequente à prestação de contas dos serviços, relatório contendo a relação dos pacientes que utilizaram os serviços, indicando o exame ou consulta, devidamente carimbado e assinado, acompanhado de cópia do documento que originou a autorização.

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA

A despesa com a realização dos serviços objeto do presente Convênio correrá pela seguinte dotação orçamentária do município: 10.01/40/ASPS.

E, por estarem de pleno acordo com as cláusulas e condições anteriores, firmam o presente, em três (03) vias de igual teor, perante as testemunhas a seguir.

Gabinete do Prefeito Municipal, em Encruzilhada do Sul, 29 de agosto de 2018.

Artigas Teixeira da Silveira,
Prefeito Municipal.

Irmã Nair Gabbiati,
Hospital Santa Bárbara.

Testemunhas:

1. _____

2. _____