

**LEI MUNICIPAL Nº 1.191/2010, DE 09 DE AGOSTO DE 2010.**

**“AUTORIZA O PODER EXECUTIVO A FIRMAR CONVÊNIO COM O HOSPITAL PADRE ESTANISLAU POLLON LTDA E DÁ OUTRAS PROVIDÊNCIAS”.**

**O PREFEITO DE FAXINALZINHO – RS.**, no uso de suas atribuições legais que lhe são conferidas por lei,

**faz saber**, que a Câmara Municipal de Vereadores, aprovou e eu sanciono e promulgo a seguinte Lei:

**Art. 1º** - Fica plenamente autorizado o Poder Executivo a firmar convênio com o **HOSPITAL PADRE ESTANISLAU POLLON LTDA**, localizado no Município de Barão de Cotegipe, nos termos da minuta em anexo, que fica fazendo parte integrante do presente, como se aqui estivesse transcrito.

**Art. 2º**- As despesas decorrentes desta Lei, correrão por conta de dotação orçamentária própria.

**Art. 3º** – Revogadas às disposições em contrário, esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

**GABINETE DO PREFEITO DE FAXINALZINHO AOS NOVE DIAS DO MÊS DE AGOSTO DE 2010.**

**IRINEU BERTANI**  
Prefeito

## TERMO DE CONVENIO

**CONVENENTE: HOSPITAL PADRE ESTANISLAU POLLON LTDA.,** sociedade empresária limitada, com sede à Rua Itararé, nº. 67, Município de Barão de Cotegipe, RS, inscrito no CNPJ sob nº. 11.715.511/0001-06, neste ato representado por sua Administradora **Mariza Magnabosco**, Brasileira, Solteira, portadora do CPF sob nº. 370.198.640-15 e CI – nº. 6027582037, residente e domiciliada na cidade de Barão de Cotegipe – RS, a seguir denominada simplesmente **CONVENENTE**.

**CONVENIADO: PREFEITURA MUNICIPAL DE FAXINALZINHO,** CNPJ sob nº 92.453.851/0001-08, situada a Avenida Lido Armando Oltramari, n. 1225 – CEP 99655-000 neste ato representada pelo seu Prefeito Municipal **Sr Irineu Bertani**, brasileiro, portador do CPF/MF sob nº104.296.200-63, residente e domiciliado na cidade de Faxinalzinho, devidamente autorizado pela Lei nº 1.191 de 09 agosto 2010, doravante denominado simplesmente **CONVENIADO**.

### OBJETO DO CONVÊNIO:

O presente convênio tem por objetivo a execução, pelo **CONVENENTE**, de serviços Médico-Hospitalares a serem prestados à pacientes em Tratamento na Unidade de Internação Psiquiátrica ( Unidade de Dependência Química ), desde que, usuários do Sistema Único de Saúde – SUS e com encaminhamento devidamente autorizado pelo **CONVENIADO**, de acordo com critérios de acesso estipulados pelo **CONVENENTE**.

Os serviços contratados compreendem as áreas em que o **CONVENENTE** possui capacidade técnica resolutive para atendimento ao paciente.

O **CONVENIADO**, requisitará a internação, observando as rotinas próprias do Sistema Único de Saúde- SUS e do **CONVENENTE**, quanto a Avaliação, Encaminhamento e Transferência para fins de Internação. Uma vez confirmadas as condições gerais de internação do paciente, o **CONVENIADO** emitirá a respectiva AIH ( Autorização de Internação Hospitalar – SUS/MS), pagando a título de ajuda de custos, ao **CONVENENTE**, nas condições estipuladas para os municípios o valor de R\$ **310,00** (Trezentos e dez reais ) por internação autorizada; R\$ 90,00 (Noventa Reais) para as consultas e avaliações iniciais do paciente para internação e R\$ 130,00 (Cento e trinta reais) por consulta para as avaliações judiciais.

## **CLÁUSULAS E CONDIÇÕES:**

**CLÁUSULA PRIMEIRA:** O **CONVENIADO**, através da Secretaria Municipal de Saúde, ou de um serviço específico de Controle, Avaliação e Auditoria, fará a triagem dos pacientes a serem encaminhados para internação junto ao **CONVENENTE**, observando-se os critérios de acesso.

**CLÁUSULA SEGUNDA:** O **CONVENENTE**, após disponibilizar a vaga de internação mediante contato prévio do **CONVENIADO**, fará o atendimento Médico hospitalar, colocando à disposição dos pacientes todos os serviços próprios ou contratados junto a terceiros. Não se responsabilizará entretanto, por eventuais exames ou serviços não ofertados no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS ou não disponíveis no Hospital.

**CLÁUSULA TERCEIRA:** Os Serviços ora Conveniados serão prestados diretamente por profissionais pertencentes ao quadro funcional do **CONVENENTE** ou a estes terceirizados. Em relação aos profissionais médicos, o atendimento só poderá ser prestado por contratados, por membros do Corpo Clínico credenciados pelo Sistema Único de Saúde – SUS, ou por profissionais autônomos que eventualmente prestem serviços ao **CONVENENTE**.

**CLÁUSULA QUARTA:** A Unidade de Internação Psiquiátrica, objeto do presente convênio, tem na sua totalidade 15 leitos, dos quais hoje, 13 leitos são disponibilizados ao SUS ( Sistema Único de Saúde), os demais leitos serão utilizados para pacientes Particulares e outros Convênios.

**CLÁUSULA QUINTA :** Para ter acesso a Unidade de Internação Psiquiátrica o **CONVENIADO** deve observar e cumprir os seguintes critérios.

- 1) Disponibilidade de vaga;
- 2) Limite Máximo de leitos do SUS;
- 3) Encaminhamento Médico;
- 4) Presença de familiar e documentação do paciente
- 5) Protocolo de Exames

**CLÁUSULA SEXTA:** O valor a ser pago pelo **CONVENIADO** ao **CONVENENTE** será apurado multiplicando-se o número de internações autorizadas mensalmente, (considerando-se as AIHs emitidas) por R\$ 310,00 ( Trezentos e dez reais ), o número de avaliações iniciais por R\$ 90,00 ( Noventa Reais) e o número de avaliações judiciais por R\$ 130,00 (Cento e trinta reais), conforme valores constantes no Objeto do Convênio.

§ **PRIMEIRO:** Não estão incluídas despesas de acompanhantes, despesas extras e serviços não credenciados pelo SUS, que deverão ser pagas pelo responsável no ato da alta Hospitalar.

§ **SEGUNDO:** Os valores acima serão reajustados mediante prévio acordo entre as partes.

**CLÁUSULA SÉTIMA:** O pagamento será efetuado pelo **CONVENIADO** ao **CONVENENTE** diretamente ou através da rede bancária, mediante emissão/apresentação de nota fiscal e aviso de cobrança, até o décimo quinto dia subsequente ao mês vencido.

**CLÁUSULA OITAVA:** O presente convênio visa a participação dos municípios no âmbito da AMAU e/ou da 11ª CRS – Coordenadoria Regional de Saúde, no custeio do atendimento aos pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS, considerando-se a condição do **CONVENENTE** de Hospital de Referência Regional para a Psiquiatria.

**CLÁUSULA NONA:** O presente convênio é celebrado para vigência a partir da data de sua assinatura, até a data de 31/12/2010, podendo ser renovado por sucessivos períodos até 31/12/2012.

**CLÁUSULA DÉCIMA:** Este instrumento poderá ser rescindido por iniciativa de qualquer das partes, mediante notificação por escrito, com prazo mínimo de antecedência de trinta dias.

**CLÁUSULA DECIMA PRIMEIRA:** O descumprimento pelas partes de qualquer das condições aqui estabelecidas, importará na rescisão imediata do presente instrumento.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA:** As despesas decorrentes deste convênio ocorrerão por conta da seguinte rubrica orçamentária do **CONVENIADO**:

09 – SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
01 – SECRETARIA E SERVIÇOS DE SAÚDE  
2.006 – MANUTENÇÃO SERVIÇOS DE SAÚDE  
33903950.0000 – Serviços Médicos- Hospit., Odont. Laboratoriais

**CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA:** As partes de comum acordo elegem o foro da Comarca de Erechim, para dirimir Eventuais questões emergentes deste convênio.

Assim, justos e acertados assinam o presente Termo de Convênio em quatro vias de igual teor e forma para o mesmo fim, na presença de duas testemunhas.

Faxinalzinho, 12 de agosto de 2010.

Prefeitura Municipal de Faxinalzinho  
Prefeito Municipal

Mariza Magnabosco  
Hospital Padre Estanislau Pollon Ltda.  
Administradora

Testemunhas:

1. \_\_\_\_\_

