

MINUTA DE CONVÊNIO Nº [REDACTED]/2024

**CONVÊNIO DE MÚTUA COLABORAÇÃO
COM REPASSE DE RECURSOS
FINANCEIROS A TÍTULO DE
COFINANCIAMENTO REFERENTE A
SERVIÇOS HOSPITALARES E
AMBULATORIAIS A SEREM PRESTADOS
PELA FUNDAÇÃO HOSPITALAR SANTA
TEREZINHA DE ERECHIM AO MUNICÍPIO DE
[REDACTED]/RS**

MUNICÍPIO DE [REDACTED], pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ sob o nº [REDACTED], com sede administrativa na Rua/Avenida [REDACTED], [REDACTED], RS, neste ato representado por seu Prefeito Municipal Senhor [REDACTED], doravante denominado de **MUNICÍPIO**, devidamente autorizado pela Lei Municipal nº [REDACTED], e

FUNDAÇÃO HOSPITALAR SANTA TEREZINHA DE ERECHIM - FHSTE, fundação pública de direito privado municipal, inscrita no CNPJ sob o nº 89.421.259/0001-10, com sede administrativa na cidade de Erechim, RS, à Rua Itália, 919, neste ato representado por seu Diretor Executivo Jackson Luis Arpini, doravante denominado de **HOSPITAL**, resolvem celebrar o presente Convênio, mediante as cláusulas e condições seguintes:

O presente Convênio regula-se por suas cláusulas e preceitos de direito público, aplicando-se supletivamente as disposições constantes do artigo 184, da Lei Federal nº 14.133/2021 e alterações posteriores, no que couber; pela legislação municipal autorizativa; pelos princípios da teoria geral dos contratos e as disposições de direito privado.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente Convênio tem por objeto o Cofinanciamento na disponibilização de Serviços Hospitalares e Ambulatoriais pelo Hospital, à população do Município de [REDACTED], de acordo com a capacidade técnico-operacional do estabelecimento/Hospital.

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS ATRIBUIÇÕES DOS PARTÍCIPES

2.1 - Caberá ao Município de [REDACTED]:

- a) A título de cofinanciamento, para cada internação (AIH) em leitos de internação clínicos, cirúrgicos, obstétricos ou pediátricos, o Município de [REDACTED] cofinanciará ao hospital, a importância de R\$ 1.002,10 (um mil e dois reais e dez centavos);

- b) A título de cofinanciamento, para cada internação (AIH) em leitos das Unidades de Terapia Intensiva, o Município de _____ cofinanciará ao hospital a importância de R\$2.004,20 (dois mil e quatro reais e vinte centavos);
- c) A título de cofinanciamento, para cada paciente atendido no Serviço de Terapia Renal Substitutiva (Hemodiálise), o Município de _____ cofinanciará ao hospital a importância de R\$692,05 (seiscentos e noventa e dois reais e cinco centavos);
- d) A título de cofinanciamento, o Município pagará a importância de R\$ 96,14 (noventa e seis reais e quatorze centavos) por atendimento em Pronto Socorro;

Parágrafo Único: O Pronto Socorro da Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim considerando-se exclusivamente as situações de urgência e emergência é referência para todos os municípios da região, neste sentido sempre que necessário o encaminhamento dos pacientes ao Pronto Socorro da Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim, há que se ter o entendimento dos seguintes conceitos, conforme preconizado pelo Conselho Federal de Medicina:

- Define-se por urgência a ocorrência imprevista de agravo à saúde com ou sem risco potencial de vida, cujo portador necessita de assistência médica imediata.
 - Define-se por emergência a constatação médica de condições de agravo à saúde que impliquem em risco iminente de morte ou sofrimento intenso, exigindo, portanto, tratamento médico imediato.
- e) A título de cofinanciamento, para consultas eletivas da Central de Especialidades agendadas nas especialidades disponibilizadas pelo Hospital, o Município cofinanciará ao Hospital a importância de R\$ 166,69 (cento e sessenta e seis reais e sessenta e nove centavos) por cada consulta; Tendo em vista a disponibilidade do profissional médico e “reserva de agenda no consultório” caberá ao município o cofinanciamento inclusive de consultas que tenham sido agendadas sem o comparecimento do paciente e desde que não tenha ocorrido a substituição do paciente para o mesmo dia e horário agendados, substituição esta que deverá atender ao prazo previsto pelo setor de Regulação/ GERCON da Coordenadoria Regional de Saúde. No tocante às consultas eletivas, não há rol taxativo acerca das especialidades atendidas pelo Hospital, podendo ser agregadas ou suprimidas especialidades conforme oferta de empresas/profissionais médicos. Não haverá cofinanciamento para consultas nas especialidades em que a Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim possui credenciamento junto ao Ministério da Saúde como Alta Complexidade, atualmente, nas especialidades de Traumatismo-Ortopedia, Oncologia e Nefrologia.
 - f) Quanto ao cofinanciamento por cirurgia eletiva da Central de Especialidades, o município cofinanciará ao Hospital o valor de 3,1 (três vírgula uma) tabelas do Sistema Único de Saúde por procedimento cirúrgico, realizado por especialidade não credenciada pelo Hospital como “Alta Complexidade”, considerando-se exclusivamente os honorários profissionais elencados na referida tabela e limitado ao valor de R\$1.815,00 (um mil oitocentos e quinze reais).

- g) O Município cofinanciará ao Hospital os valores unitários definidos na tabela do anexo I e anexo II, referente a exames e procedimentos ambulatoriais realizados a pacientes eletivos, através da Central de Especialidades.
- h) O cofinanciamento dos valores proporcional ao número de atendimentos (número de atendimentos do mês multiplicados pelos valores constantes nas alíneas “a”, “b”, “d”, “e” e “f”, da cláusula 2.1.) será efetuado em até cinco dias ininterruptos após a emissão/apresentação da nota fiscal pelo Hospital. A nota fiscal será enviada pelo Hospital por meio eletrônico ao Município em e-mail disponibilizado pelos municípios. O pagamento dos valores referentes ao cofinanciamento dos serviços prestados pelo Hospital deverá ser efetuado pelo Município diretamente ou através da rede bancária.
- i) No caso dos atendimentos previstos na alínea “c”, o cofinanciamento será calculado observando-se o número de pacientes atendidos no mês multiplicado pelo valor constante na referida alínea.
- j) O Hospital emitirá a nota fiscal para cobrança dos atendimentos, sendo de exclusiva responsabilidade do Município o empenho prévio da despesa.
- k) Os valores elencados nas alíneas “a”, “b”, “c”, “d”, “e” e “f” serão aplicados cumulativamente desde que os serviços efetivamente tenham sido prestados aos pacientes, observada a descrição da alínea “e”.

2.2 Caberá ao Hospital:

- a) Disponibilizar sua estrutura física e de pessoal necessárias à prestação dos serviços;
- b) Disponibilizar plantões médico-hospitalares, em caráter presencial e em regime de sobreaviso, 24 (vinte e quatro) horas por dia, 7 (sete) dias por semana conforme necessidade para atender o contratualizado com a Secretaria Estadual de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul;
- c) Realizar os atendimentos médico hospitalares de que os pacientes encaminhados pelo Município necessitem, dentre os quais os de média e alta complexidade nas especialidades que a Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim possui credenciamento ou venha a se credenciar junto à Secretaria Estadual de Saúde ou junto ao Ministério da Saúde;
- d) Arcar com todas as despesas correlatas e necessárias para a boa prestação de serviços, próprios ou contratados junto a terceiros, não se responsabilizando por aqueles não ofertados pelo SUS e/ou não disponíveis no Hospital;
- e) Realizar todos os atendimentos das demandas referenciadas nas áreas de urgência e emergência (pronto socorro), e de média e alta complexidade, observando as diretrizes de fortalecimento da rede de serviços hospitalares;

- f) Assumir inteira responsabilidade pelas obrigações decorrentes do presente instrumento relativas a encargos sociais, trabalhistas e fiscais;
- g) Oferecer via Central de Especialidades consultas, procedimentos cirúrgicos em nível hospitalar e exames e procedimentos em nível ambulatorial conforme credenciamento de especialidades interessadas;

CLÁUSULA TERCEIRA - DOS RECURSOS FINANCEIROS

3.1. As despesas decorrentes do presente Convênio correrão, inicialmente, por conta da seguinte dotação orçamentária:

CLÁUSULA QUARTA - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

4.1. O Hospital mensalmente emitirá o documento fiscal acompanhado de relação completa dos pacientes atendidos e informações pertinentes em cada uma das situações constantes da cláusula segunda do presente Convênio.

CLÁUSULA QUINTA - DA VIGÊNCIA

5.1. O presente Convênio terá vigência de 1º de janeiro de 2024 até 31 de dezembro de 2024, podendo ser renovado por iguais e sucessivos períodos, mediante formalização de Termos Aditivos de Renovação.

CLÁUSULA SEXTA - DA RESCISÃO

6.1. O Convênio poderá ser rescindido:

- a) Unilateralmente, quando o interesse público o exigir;
- b) Amigavelmente, por acordo entre as partes, desde que haja conveniência para a Administração;
- c) Judicialmente nos termos da legislação.

6.2. O Convênio poderá ainda ser rescindido, a qualquer tempo, por qualquer das partes, mediante comunicado por escrito de uma para outra com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, cabendo ao Município somente o cofinanciamento dos atendimentos até então efetuados.

6.3. A ocorrência de qualquer um dos motivos elencados no artigo 137 da Lei Federal 14.133/2021.

CLÁUSULA SÉTIMA - DO PROCEDIMENTO DE ENCAMINHAMENTO DOS PACIENTES

7.1. O Município, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde, efetuará a triagem e encaminhamento dos pacientes que necessitarem de consultas eletivas para atendimento junto ao Hospital, com a efetiva regulação dos serviços pela 11ª CRS.

7.2. A emissão de AIHs para os procedimentos cirúrgicos eletivos deverá obrigatoriamente ser solicitada pelo Município diretamente à 11ª Coordenadoria Regional de Saúde.

7.3. O encaminhamento de pacientes para o Serviço de Terapia Renal Substitutiva (Hemodiálise) adotará as rotinas estabelecidas pela regulação estadual, por meio da 11ª CRS, conforme rotinas já praticadas.

CLÁUSULA OITAVA – DAS DEMAIS DISPOSIÇÕES

8.1. O Hospital, em caso de necessidade de suspensão dos serviços, deverá comunicar o Município informando a causa da interrupção;

8.2. Uma vez o paciente encontrando-se em atendimento junto ao Hospital, eventuais deslocamentos deste para transferência a outras unidades de saúde localizadas fora da cidade de Erechim caberão ao Município;

8.3. A inadimplência do Município autoriza a imediata suspensão da prestação dos serviços conveniados, sem prejuízo da denúncia do Convênio e o ressarcimento dos danos causados ao Hospital. A prestação dos serviços será suspensa temporariamente pelo Hospital, após comunicação escrita, caso verificar-se atraso no pagamento do cofinanciamento, pagamento do cofinanciamento incompleto ou ausência de apresentação de AIH para paciente internado, sendo imediatamente restabelecido assim que o Município sanar os motivos da suspensão.

CLÁUSULA NONA - DO FORO

9.1. Fica eleito o Foro da Comarca de Erechim - RS para dirimir qualquer litígio oriundo do presente Convênio.

E, por estarem acordes as partes firmam o presente Convênio em 02 (duas) vias de igual teor e forma (na presença das testemunhas abaixo subscritas).

Erechim, RS, 19 de janeiro de 2024.

XXXXXXXXXX

Prefeito Municipal

Xxx (Município)

Jackson Luis Arpini

Diretor Executivo

FHSTE

Testemunhas:

ANEXO I

CONVÊNIO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
HOSPITALARES E AMBULATORIAIS A
SEREM PRESTADOS PELA FUNDAÇÃO
HOSPITALAR SANTA TEREZINHA DE
ERECHM AO MUNICÍPIO DE
[REDACTED]/RS

RELAÇÃO DE PROCEDIMENTOS E EXAMES AMBULATORIAIS A SEREM
REALIZADOS A PACIENTES ELETIVOS ATRAVÉS DA CENTRAL DE
ESPECIALIDADES

ESPECIALIDADE	EXAME/PROCEDIMENTO	VALOR UNITÁRIO
Gastroenterologia	Videoendoscopia Diagnóstica	R\$ 270,17
	Videocolonosopia Diagnóstica	R\$ 630,40
	Videoretossigmoidoscopia	R\$ 270,17
	Terapeutico (somado ao diagnóstico) - Polipectomia	R\$ 290,40
Cardiologia	Eletrocardiograma transtorácico com Doppler	R\$ 235,95
	Monitoramento Holter 24 horas	R\$ 172,55
	Teste ergométrico	R\$ 173,15
Imagem	Raios X	R\$ -
	Tomografia	R\$ -
Análises Clínicas	Exames laboratoriais (contemplados tabela SUS)	R\$ -
Ginecologia	Cauterização elétrica de colo uterino e condilomas	R\$ 433,57
	Biópsia de colo uterino, vulva e endométrio	R\$ 302,50
	Punção de mama	R\$ 433,18
	Criocauterização	R\$ 302,50
Buco-Maxilo- Facial	Biópsia de glândula salivar	R\$ 544,50
	Biópsia de osso da face	R\$ 544,50
	Biópsia de tecidos moles da boca	R\$ 411,40
	Tratamento de nevralgia da face	R\$ 508,20
	Frenectomia em recém-nascido (PIC teste da lingüinha)	R\$ 338,80
	Frenectomia	R\$ 459,80
	Retirada de meios de fixação maxilo-mandibular	R\$ 242,00
	Correção de bridas musculares	R\$ 459,80
	Correção de irregularidades de rebordo alveolar	R\$ 459,80

	Remoção de dente retido	R\$	338,80
	Ulotomia/Ulectomia	R\$	217,80
	Tratamento clínico e laserterápico de disfunção temporomandibular e de ATM	R\$	459,80
	Tratamento odontológico em paciente oncológico com laser terapia	R\$	121,00
Vascular	Ecodoppler colorido de 3 ou mais vasos arterial de membros inferiores unilateral	R\$	121,35
	Ecodoppler colorido de 3 ou mais vasos arterial de membros inferiores bilateral	R\$	242,70
	Ecodoppler colorido de 3 ou mais vasos arterial de membros superiores unilateral	R\$	121,35
	Ecodoppler colorido de 3 ou mais vasos arterial de membros superiores bilateral	R\$	242,70
	Ecodoppler colorido de 3 ou mais vasos venoso de membros inferiores (superficial e profundo) unilateral	R\$	121,35
	Ecodoppler colorido de 3 ou mais vasos venoso de membros inferiores (superficial e profundo) bilateral	R\$	242,70
	Ecodoppler colorido de 3 ou mais vasos venoso de membros superiores (superficial e profundo) unilateral	R\$	121,35
	Ecodoppler colorido de 3 ou mais vasos venoso de membros superiores (superficial e profundo) bilateral	R\$	242,70
	Ecodoppler colorido de carótidas e vertebrais	R\$	121,35
	Ecodoppler colorido de artérias esplâncnicas (viscerais)	R\$	121,35
	Ecodoppler colorido de artérias renais	R\$	121,35
	Ecodoppler colorido aorta e ilíacas	R\$	121,35
	Ecodoppler colorido venoso cava e ilíacas	R\$	121,35
Ultrassonografias	Ultrassonografia aparelho urinário feminino	R\$	112,08
	Ultrassonografia doppler obstétrica	R\$	191,18
	Ultrassonografia de órgãos e estruturas	R\$	87,12
	Ultrassonografia músculo-esquelético/articulações	R\$	87,12
	Ultrassonografia obstétrica	R\$	87,12
	Ultrassonografia endovaginal/pélvica	R\$	87,12
	Ultrassonografia de mama	R\$	87,12
	Ultrassonografia abdomen inferior feminino	R\$	94,38
	Ultrassonografia abdomen inferior masculino	R\$	100,43
	Ultrassonografia abdomen superior	R\$	113,74
	Ultrassonografia abdomen total	R\$	157,30
	Ultrassonografia aparelho urinário masculino	R\$	114,71
	Ultrassonografia obstétrica com perfil biofísico fetal	R\$	220,22

	Ultrassonografia obstétrica com TN	R\$	177,87
	Ultrassonografia obstétrica com amniocentese	R\$	114,71
	Ultrassonografia morfológico obstétrico	R\$	332,75
	Ultrassonografia de próstata	R\$	100,43
	Ultrassonografia de tireóide	R\$	87,12
	Ultrassonografia hipocôndrio direito	R\$	113,74
Ressonância Magnética	Ressonância Magnética Crânio	R\$	508,20
	Ressonância Magnética Coluna Cervical	R\$	508,20
	Ressonância Magnética Coluna Torácica	R\$	508,20
	Ressonância Magnética Coluna Lombo Sacra	R\$	508,20
	Ressonância Magnética Pescoço	R\$	508,20
	Ressonância Magnética Plexo Braquial	R\$	508,20
	Ressonância Magnética Tórax	R\$	508,20
	Ressonância Magnética Abdomen Superior	R\$	508,20
	Ressonância Magnética Bacia/Pelve	R\$	508,20
	Ressonância Magnética ATM (bilateral)	R\$	508,20
	Ressonância Magnética Ombro (unilateral)	R\$	508,20
	Ressonância Magnética Cotovelo/Punho (unilateral)	R\$	508,20
	Ressonância Magnética Joelho (unilateral)	R\$	508,20
	Ressonância Magnética Tornozelo/Pé (unilateral)	R\$	508,20
	Ressonância Magnética Espectroscopia	R\$	1.016,40
	Ressonância Magnética Dinâmica	R\$	1.016,40
	Ressonância de Órbitas	R\$	686,07
	Artrografia por RM	R\$	1.016,40
	Angio-Ressonância cerebral venosa arterial	R\$	1.016,40
	Colangio-Ressonância	R\$	1.016,40
	Angio-Ressonância cerebral venosa	R\$	1.016,40
	Angio-Ressonância Abdominal	R\$	1.016,40
	Ressonância de Abdômen superior com Primovist	R\$	1.270,50
Densitometria Óssea	Densitometria Óssea	R\$	105,66

ANEXO II

CONVÊNIO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS
HOSPITALARES E AMBULATORIAIS A
SEREM PRESTADOS PELA FUNDAÇÃO
HOSPITALAR SANTA TEREZINHA DE
ERECHIM AO MUNICÍPIO DE -----/RS

Procedimentos cirúrgicos especializados e exames eletivos.

Especialidade	Procedimento	Coparticipação dos municípios
Cirurgia Ginecológica	Uso de tela de sling em procedimentos de incontinência urinária ou prolapso genital (quando há indicação médica) OBS: material não coberto na tabela do SUS;	R\$ 550,00 (quinhentos e cinquenta reais) Obs: Este preço refere-se apenas à tela de sling. <i>Será acrescido ainda o valor de coparticipação da AIH e do respectivo procedimento cirúrgico eletivo conforme disposto no convênio;</i>
Otorrinolaringologia	Limpeza de ouvido/remoção de cerume	R\$ 33,00 (trinta e três reais). O procedimento será realizado junto à consulta eletiva mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde;
Otorrinolaringologia	Cauterização nasal da epistaxe	R\$ 110,00 (cento e dez reais). O procedimento será realizado junto à consulta eletiva mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde;
Otorrinolaringologia	Biópsia de tumor de boca/orofaringe/nasal	R\$ 121,00 (cento e vinte e um reais) a ser realizado junto à consulta eletiva mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde;
Otorrinolaringologia	Curativo otológico	R\$ 88,00 (oitenta e oito reais) a ser realizado junto à consulta eletiva mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde;
Otorrinolaringologia	Remoção de corpo estranho nasal	R\$ 88,00 (oitenta e oito reais) a ser realizado junto à consulta eletiva mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde;
Otorrinolaringologia	Remoção de corpo estranho de ouvido	R\$ 88,00 (oitenta e oito reais) a ser realizado junto à consulta eletiva mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde;

Otorrinolaringologia	Videotoscopia	R\$ 110,00 (cento e dez reais) a ser realizado junto à consulta eletiva mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde;
Dermatologia	Biópsia de Pele e Partes Moles	R\$522,50 (quinhentos e vinte e dois reais e cinquenta centavos) a ser realizado junto ao ambulatório da FHSTE, mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde;
Dermatologia	Fulguração/cauterização química de lesões cutâneas	R\$302,50 (trezentos e dois reais e cinquenta centavos) a ser realizado junto ao ambulatório da FHSTE, mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde;
Dermatologia	Eletrocauterização de lesão cutânea	R\$481,25 (quatrocentos e oitenta e um reais e vinte e cinco centavos) a ser realizado junto ao ambulatório da FHSTE, mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde;
Dermatologia	Retirada de lesão por shaving - 1 lesão	R\$385,00 (trezentos e oitenta e cinco reais) a ser realizado junto ao ambulatório da FHSTE, mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde;
Dermatologia	Retirada de lesão por shaving - 2 lesões	R\$522,50 (quinhentos e vinte e dois reais e cinquenta centavos) a ser realizado junto ao ambulatório da FHSTE, mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde;
Dermatologia	Retirada de lesão por shaving - mais que 3 lesões	R\$660,00 (seiscentos e sessenta reais) a ser realizado junto ao ambulatório da FHSTE, mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde;
Dermatologia	Incisão e drenagem de abscesso	R\$275,00 (duzentos e setenta e cinco reais) a ser realizado junto ao ambulatório da FHSTE, mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde;
Dermatologia	Infiltração intralesional de corticoesteroide para tratamento de quelóides	R\$412,50 (quatrocentos e doze reais e cinquenta centavos) a ser realizado junto ao ambulatório da FHSTE, mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde;
Dermatologia	Exerese de tumor de pele e anexos/cisto/lipoma Pequeno	R\$618,75 (seiscentos e dezoito reais e setenta e cinco centavos) a ser

		realizado junto ao ambulatório da FHSTE, mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde;
Dermatologia	Exerese de tumor de pele e anexos/cisto/lipoma Médio	R\$756,25 (setecentos e cinquenta e seis reais e vinte e cinco centavos) a ser realizado junto ao ambulatório da FHSTE, mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde;
Dermatologia	Exerese de tumor de pele e anexos/cisto/lipoma Grande	R\$893,75 (oitocentos e noventa e três reais e setenta e cinco centavos) a ser realizado junto ao ambulatório da FHSTE, mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde;
Dermatologia	Esfoliação química	R\$385,00 (trezentos e oitenta e cinco reais) a ser realizado junto ao ambulatório da FHSTE, mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde;
Gastroenterologia/Cirurgia do Aparelho Digestivo	Colangiopancreatografia Retrógrada Via Endoscópica	R\$7.500,00 (sete mil e quinhentos reais) a ser realizada junto ao centro cirúrgico da FHSTE, mediante autorização da Secretaria Municipal de Saúde. * Neste caso o procedimento será feito com paciente internado, porém não será cobrada coparticipação pela internação, apenas o valor do procedimento.