



ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE GRAVATAL
RUA ENG. ANNES GUALBERTO, Nº 121 – CENTRO – CEP 88.735-000
FONES: (48) 3648-80.00 / FAX: (48) 3648-80.01 - E-MAIL – www.gravatal.sc.gov.br
CNPJ: 82.926.569/0001-47

CONVÊNIO N.º 007/2017

CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM
O MUNICIPAL DE GRAVATAL/FUNDO
MUNICIPAL DE SAÚDE, E A
ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE SANTA
TERESINHA - SBST/HST.

O **MUNICÍPIO DE GRAVATAL**, Estado de Santa Catarina, com sede a Rua Engenheiro Annes Gualberto, 121, Centro, Gravatal – SC, inscrito no CNPJ sob n.º 82.926.569/0001-47, neste ato representado pelo Prefeito Municipal, Sr. Edvaldo Bez de Oliveira, inscrito no CPF nº 579.792.609-10, e o **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE GRAVATAL**, neste ato representado pela Gestora do Fundo a Srª Francismari Rossi Lessa, inscrita no CPF sob nº 021.651.709-58, doravante simplesmente denominada de **CONVENIENTE** e, de outro lado, a **ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE SANTA TERESINHA**, entidade Civil de direito privado, sem fins lucrativos, de caráter filantrópico, inscrita no CNPJ sob o nº 86.437.845/0001-64, com sede na Rua Jacob Uliano, 1.370, Centro, Município de Braço do Norte/SC, neste ato representado por seu Presidente, Sr. Camilo Alberton, inscrito no CPF sob n.º 029.473.829-00, doravante denominado **CONVENIADO**, firmam nos termos da autorização contida na **LEI ORDINÁRIA MUNICIPAL N.º 1.851/2017** convênio para cooperação de prestação de serviços conforme as cláusulas seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1 Constitui objeto do presente convênio, a cooperação entre as partes convenientes para a realização de exames e procedimentos médico-hospitalares pelo HOSPITAL para pacientes encaminhados pelo MUNICÍPIO DE GRAVATAL.

1.2 A realização dos exames e procedimentos objeto deste convênio estará condicionada única e exclusivamente à apresentação da solicitação médica e a autorização firmada pela Secretária de Saúde do Município ou funcionários por esta, expressamente, designados.

CLÁUSULA SEGUNDA – DOS VALORES:

2.1 Os exames e procedimentos que constituem o objeto do presente CONVÊNIO, vem relacionados na Tabela de Preços e Serviços (ANEXO I - Procedimento e ANEXO II - Complementação), que depois de firmado pelas partes, passa a integrar o presente instrumento, sente estes pagos por produção.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO FATURAMENTO, APRESENTAÇÃO E PAGAMENTO

3.1 O HOSPITAL SANTA TERESINHA deverá efetuar a apuração, faturamento e apresentação, ao MUNICÍPIO, dos exames realizados em conformidade com as guias apresentadas e autorizadas pela Secretária Municipal de Saúde, a qual se



ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE GRAVATAL
RUA ENG. ANNES GUALBERTO, Nº 121 – CENTRO – CEP 88.735-000
FONES: (48) 3648-80.00 / FAX: (48) 3648-80.01 - E-MAIL – www.gravatal.sc.gov.br
CNPJ: 82.926.569/0001-47

responsabiliza pela informação ao Hospital do nome do(s) funcionários(as) responsáveis pelas autorizações.

3.2 Fica estabelecido que os pagamentos serão efetuados pelo MUNICÍPIO ao HOSPITAL SANTA TERESINHA, mediante a apresentação da respectiva Nota Fiscal de Prestação de Serviços, a cada período 30 (trinta) dias, contados da data de apresentação da respectiva fatura, mediante depósito em conta corrente nº 152436-4, Agência 3420-7 do Banco do Brasil, de titularidade do HOSPITAL.

3.3 Na hipótese de atraso no pagamento de qualquer das Notas Fiscais, por um dia que seja, poderá o HOSPITAL SANTA TERESINHA, independentemente de qualquer aviso prévio, suspender a realização dos serviços objetos do presente instrumento, ainda que anteriormente agendados, condicionando-se a continuidade da prestação de serviços ao integral pagamento das faturas pendentes, cujo valor será acrescido de juros de 1% (um por cento) e corrigido monetariamente pelos índices do IGPM/FGV.

3.4 Fica ajustado que juntamente com a Nota Fiscal, o HOSPITAL SANTA TERESINHA apresentará ao MUNICÍPIO um relatório contendo o nome do paciente e a data de realização do(s) atendimento(s).

CLÁUSULA QUARTA - DA OBRIGAÇÃO DO MUNICÍPIO:

São obrigações do MUNICÍPIO:

a) Efetuar o pagamento dos serviços realizados na forma prevista nas Cláusulas Segunda e Terceira deste CONVÊNIO.

b) Efetuar, através de sua Secretaria Municipal de Saúde, o agendamento dos horários para a realização dos atendimentos, de acordo com a disponibilidade do HOSPITAL;

c) Orientar e exigir quando for o caso, que o paciente siga rigorosamente as recomendações de preparo para o exame/procedimento;

d) Orientar e exigir que o paciente se apresente NA SEDE do HOSPITAL, para a realização do exame ou procedimento, na data e horário determinados e de posse da guia de autorização emitida pelo Município, assim como documentos de identidade com foto e, quando exigido, o acompanhamento de um familiar/responsável;

e) Orientar o paciente de que quando da realização de exames ou procedimento invasivo, deverá ler e firmar o termo de consentimento que lhe será apresentado;

f) Disponibilizar quando necessário, o transporte (ida e volta) aos pacientes encaminhados para realização dos exames.

CLÁUSULA QUINTA - DAS OBRIGAÇÕES DO HOSPITAL

O HOSPITAL deverá:

a) Fornecer suporte técnico adequado e necessário para a consecução do objeto do presente CONVÊNIO;

b) Emitir relatório e Nota Fiscal de Prestação de Serviços relativa aos atendimentos realizados na forma deste CONVÊNIO;

(12)

S

d

A

gr:

(12)



c) Orientar os pacientes acerca do preparo para a realização do procedimento respectivo;

d) Efetuar o agendamento dos exames e procedimentos;

e) Disponibilizar, sempre que solicitado e exclusivamente ao médico auditor do MUNICÍPIO, para a realização de auditoria “*in loco*”, todos os documentos relativos ao atendimento médico hospitalar prestado aos pacientes encaminhados na forma deste CONVENIO.

CLÁUSULA SEXTA – DA ENTREGA DOS RESULTADOS

6. O HOSPITAL somente entregará os respectivos resultados dos exames realizados (imagens e laudos) ao paciente, ou à pessoa por este expressamente autorizada a proceder a sua retirada.

CLÁUSULA SÉTIMA - DO CONTROLE DO CONVÊNIO

7. As partes acordam que o controle do convênio será realizado conjuntamente, mediante confronto dos relatórios de exames agendados e realizados pelo HOSPITAL e das guias de encaminhamento emitidas pelo MUNICÍPIO.

CLÁUSULA OITAVA - DO PRAZO E DA VIGÊNCIA

8. O presente convênio tem vigência a partir de sua assinatura com duração por tempo determinado, encerrando-se em 31 de dezembro de 2017, podendo ser prorrogado, mediante Termo Aditivo.

9. CLÁUSULA NONA - DOS RECURSOS

Os Recursos para atender o presente convênio, provêm do orçamento da Secretaria de Saúde/ Fundo Municipal de Saúde do Município de GRAVATAL.

CLÁUSULA DÉCIMA – DA RESCISÃO

10. O presente convênio poderá ser rescindido nas hipóteses previstas no artigo 79 da Lei n.º 8.666/93.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS ALTERAÇÕES

11. Os termos do presente convênio poderão ser alterados pelas partes, mediante emissão de Termo Aditivo.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DO FORO

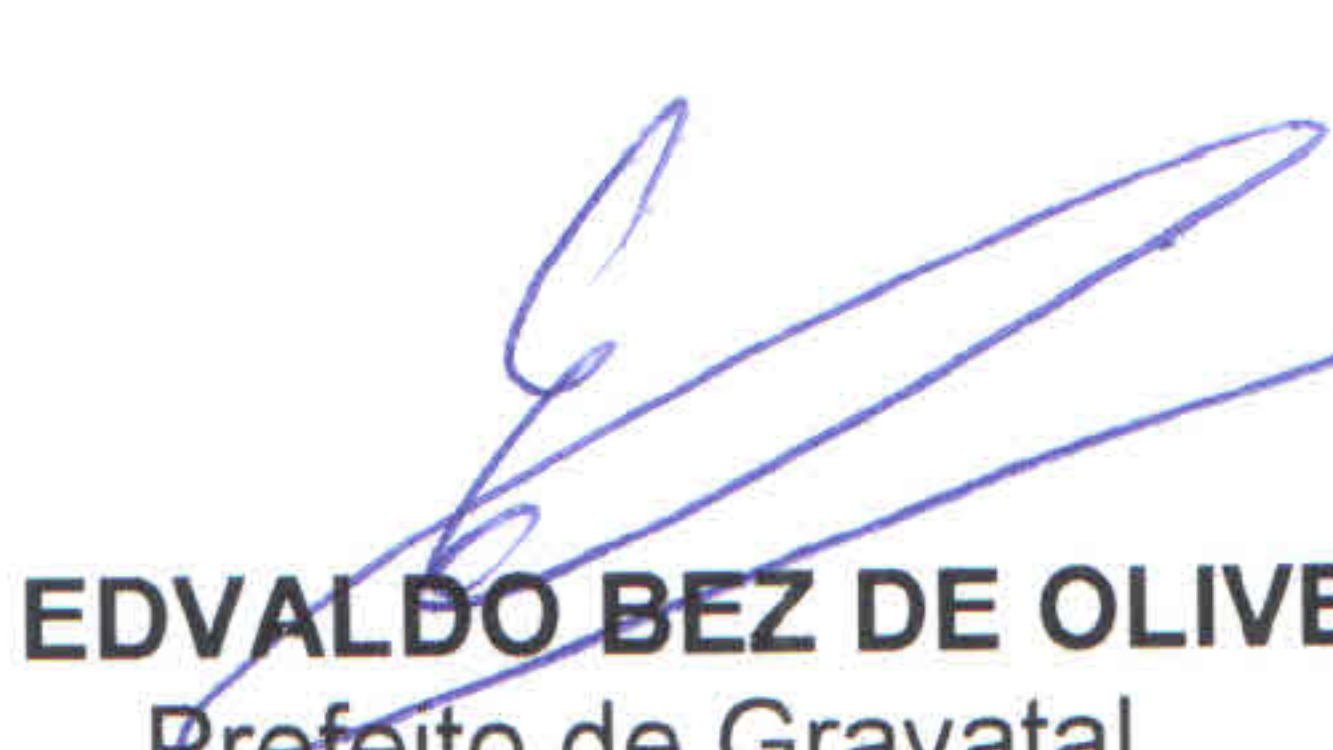
12. Os partícipes elegem o foro da comarca de Armazém, estado de Santa Catarina, para dirimir quaisquer dúvidas ou litígios que surgirem na execução do presente Termo de Convênio, com expressa renúncia de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.



ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE GRAVATAL
RUA ENG. ANNES GUALBERTO, Nº 121 – CENTRO – CEP 88.735-000
FONES: (48) 3648-80.00 / FAX: (48) 3648-80.01 - E-MAIL – www.gravatal.sc.gov.br
CNPJ: 82.926.569/0001-47

E, por estarem, justos e acórdãos, os partícipes firmam o presente Termo de Convênio, em 04 (quatro) vias de igual teor e forma na presença de duas testemunhas, a tudo cientes.


Gravatal (SC), 10 de Novembro de 2017


EDVALDO BEZ DE OLIVEIRA
Prefeito de Gravatal

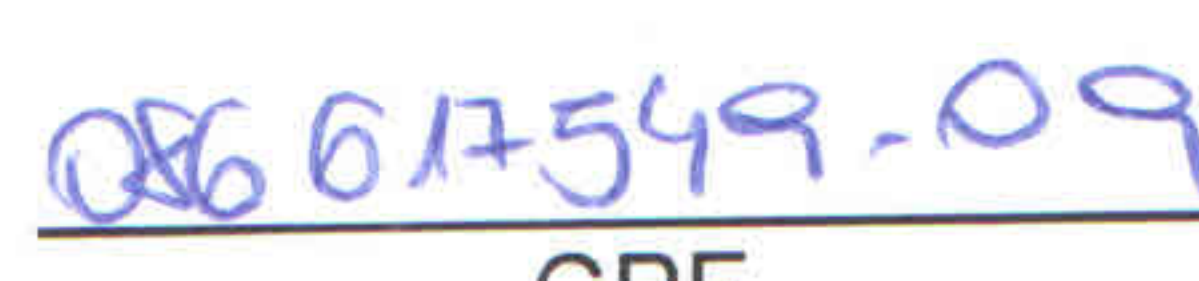

FRANCISMARI ROSSI LESSA
Gestora do FMS Gravatal


CAMILO ALBERTON
Presidente da Associação

Testemunhas:



NOME COMPLETO



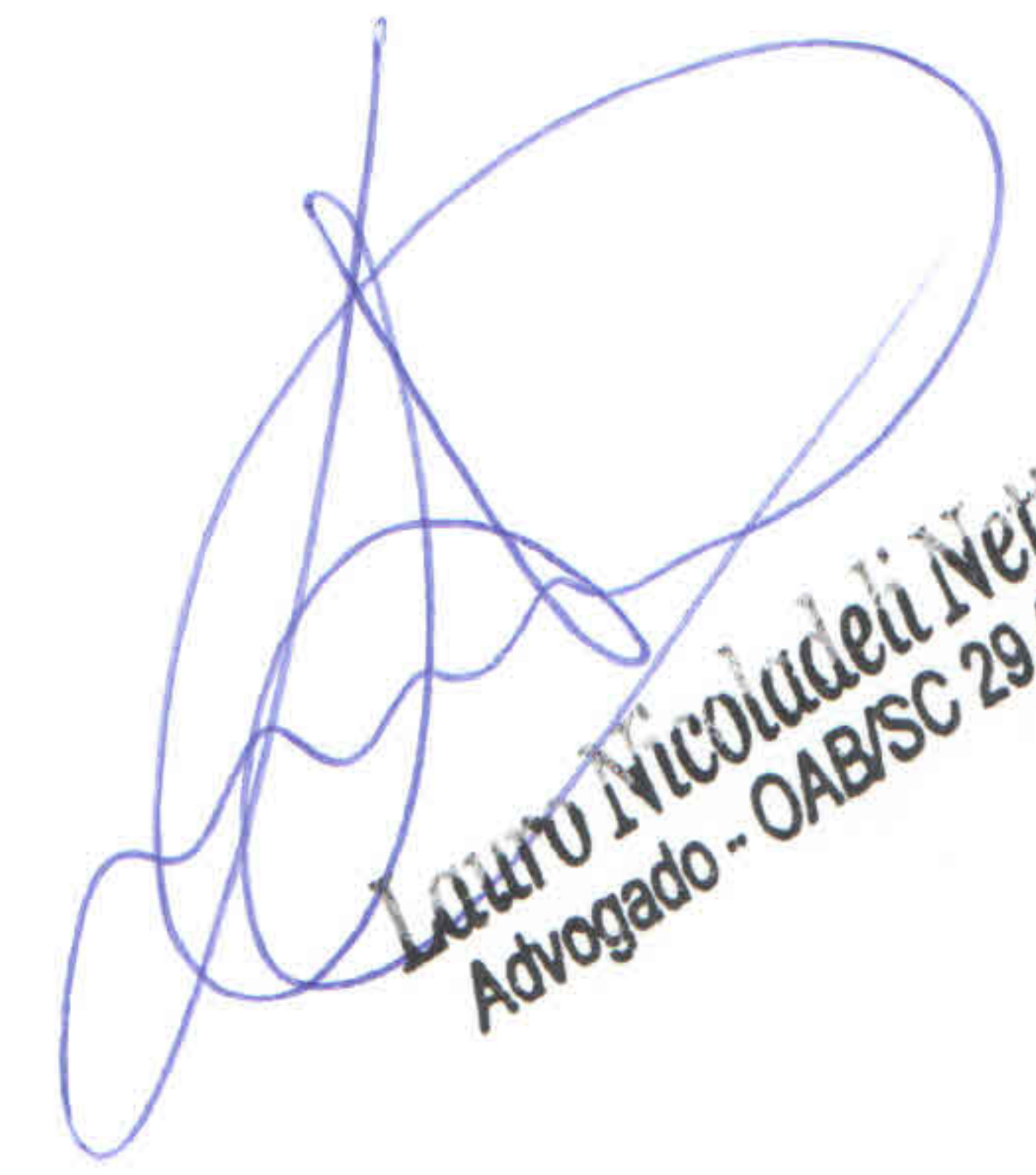
CPF



NOME COMPLETO



CPF


Lauro Nicolau de Neto
Advogado - OAB/SC 29.040

CÓDIGO SUS	ANEXO I - PROCEDIMENTO	TOTAL
404010032	ADENOAMIGDALECTOMIA*	R\$ 970,49
404010016	ADENOIDECTOMIA*	R\$ 936,85
404010482	SEPTOPLASTIA*	R\$ 1.134,36
404010024	AMIGDALECTOMIA*	R\$ 934,22
406020566	VARIZES BILATERAIS *	R\$ 1.541,76
406020574	VARIZES UNILATERAL*	R\$ 1.562,16
407030034	COLECISTECTOMIA POR VÍDEO*	R\$ 5.184,00
409070157	BARTHOLINECTOMIA*	R\$ 767,54
401020088	CISTO SACROCOCCIGENO*	R\$ 567,72
407030026	COLECISTECTOMIA*	R\$ 1.219,77
409070050	COLPOPERINEOPLASTIA*	R\$ 972,43
409060020	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR C/ AMPUTAÇÃO DE COLO*	R\$ 949,20
409060038	CONIZAÇÃO*	R\$ 991,66
409060046	CURETAGEM UTERINA*	R\$ 591,42
401020100	EXERESE LESÃO PELE*	R\$ 730,11
408060123	EXPLORAÇÃO ARTICULAR C/ OU S/ SINOVECTOMIA*	R\$ 683,66
405050372	FACOEMULSIFICAÇÃO C/ IMPLANTE DE LENTE DOBRÁVEL*	R\$ 1.617,20
405050119	FACOEMULSIFICAÇÃO C/ IMPLANTE DE LENTE RÍGIDA*	R\$ 1.517,20
408060140	FASCIECTOMIA*	R\$ 622,95
407020276	FISTULECTOMIA/FISTULOTOMIA ANAL*	R\$ 678,12
407020284	HEMORRIODECTOMIA*	R\$ 787,94
407040064	HERNIA EPIGÁSTRICA*	R\$ 1.059,87
407040099	HERNIA INGUINAL BILATERAL*	R\$ 1.186,02
407040102	HERNIA INGUINAL UNILATERAL*	R\$ 1.205,51
407040080	HERNIOPLASTIA INCISIONAL*	R\$ 1.299,92
407040110	HERNIOPLASTIA RECIDIVANTE*	R\$ 1.076,43
407040129	HERNIOPLASTIA UMBILICAL*	R\$ 959,98
409060119	HISTERECTOMIA COM ANEXOS*	R\$ 1.414,70
409060100	HISTERECTOMIA POR VIA VAGINAL*	R\$ 1.008,08
409060127	HISTERECTOMIA SUBTOTAL*	R\$ 1.069,43
409060135	HISTERECTOMIA TOTAL*	R\$ 1.158,03
409060186	LAQUEADURA TUBÁRIA*	R\$ 887,02
409060216	OOFORRECTOMIA/ OOFOROPLASTIA UNI OU BILATERAL*	R\$ 1.105,86
409040134	ORQUIDOPEXIA UNILATERAL*	R\$ 932,07
410010073	PLÁSTICA MAMÁRIA FEMININA NÃO ESTÉTICA*	R\$ 1.110,17
409050083	POSTECTOMIA*	R\$ 719,12
408050179	RECONSTRUÇÃO LIGAMENTAR DO JOELHO CRUZADO A/P*	R\$ 3.474,76
408050160	RECONTRUÇÃO LIGAMENTAR DO JOELHO CRUZADO ANTERIOR*	R\$ 3.474,76
408010142	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR*	R\$ 695,75
408060212	RESSECÇÃO DE CISTO SINOVIAL*	R\$ 515,49
408060310	RESSECÇÃO SIMPLES DE TUMOR INTRA ÓSSEO/ DE PARTES MOLES*	R\$ 816,03
408060352	RETIRADA DE FIO OU PINO INTRA-ÓSSEO*	R\$ 551,66
408060379	RETIRADA PLACA E/OU PARAFUSOS*	R\$ 625,16
408060441	TENÓLISE*	R\$ 629,40
408020300	TENOSINOVECTOMIA EM MEMBRO SUPERIOR*	R\$ 594,89
409040215	TTO CIRURGICO DE HIDROCELE*	R\$ 756,97
408020563	TTO CIRURGICO DE PSEUDOARTROSE*	R\$ 796,36
408050896	TTO CIRURGICO DE ROTURA MENISCO COM MENINSCECTOMIA *	R\$ 1.032,26



408050888	TTO CIRURGICO DE ROTURA MENISCO COM SUTURA MENISCAL*	R\$ 1.478,89
409040231	TTO CIRURGICO DE VARICOCELE*	R\$ 757,56
408020326	TTO CIRURGICO DEDO EM GATILHO*	R\$ 641,15
408050659	TTO CIRURGICO HALUX VALGUS*	R\$ 755,81
403020123	TTO CIRURGICO STC - TÚNEO CARPO*	R\$ 747,62
409010561	URETEROLITOTOMIA*	R\$ 1.726,11
409040240	VASECTOMIA*	R\$ 806,47
414020413	TTO ODONTOLÓGICO DE PACIENTES ESPECIAIS - ANESTESISTA E HOSPITAL*	R\$ 1.300,00
205020186	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSVAGINAL	R\$ 62,76
205020038	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR	R\$ 62,76
205020046	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL	R\$ 125,00
205020034	ULTRASSONOGRRAFIA DO APARELHO URINÁRIO	R\$ 62,76
205020062	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTICULAÇÃO (POR ARTICULAÇÃO)	R\$ 62,76
205020097	ULTRASSONOGRRAFIA MAMARIA BILATERAL	R\$ 62,76
205020100	ULTRASSONOGRRAFIA DE PROSTATA ABDOMINAL	R\$ 62,76
205020070	ULTRASSONOGRRAFIA DE TESTÍCULO E BOLSA ESCROTAL	R\$ 62,76
205010040	ULTRASSONOGRRAFIA COM TRANSLUCÊNCIA NUCAL	R\$ 100,00
205010059	ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICA SIMPLES DO 2º TRIMESTRE	R\$ 210,00
205010059	ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICA DE 1º TRIMESTRE	R\$ 250,00
205010059	ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICA COM DOPPLER	R\$ 280,00
205020127	ULTRASSONOGRRAFIA DA TIREÓIDE COM DOPPLER	R\$ 130,00
205010040	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA TRANSVAGINAL COM DOPPLER	R\$ 150,00
205010040	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA COM DOPPLER	R\$ 150,00
205010040	ULTRASSONOGRRAFIA MEMBROS INFERIORES C/ DOPPLER (POR MEMBRO)	R\$ 210,00
205010040	ULTRASSONOGRRAFIA CARÓTIDAS C/ DOPPLER	R\$ 210,00
205020135	ULTRASSONOGRRAFIA DE TÓRAX	R\$ 62,76
205020046	ULTRASSONOGRRAFIA DE PAREDE ABDOMINAL	R\$ 76,68
205020160	ULTRASSONOGRRAFIA OBSTÉTRICA ABDOMINAL	R\$ 62,76
205020178	ULTRASSONOGRRAFIA TRANSFORTANELA	R\$ 62,76
205020160	ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA	R\$ 62,76
	RADIOGRAFIA (POR RX)	R\$ 20,00
206010010	TOMOGRRAFIA DE COLUNA CERVICAL	R\$ 86,76
206010028	TOMOGRRAFIA DE COLUNA LOMBO SACRA	R\$ 101,10
206010036	TOMOGRRAFIA DE COLUNA TORÁCICA	R\$ 86,76
206010044	TOMOGRRAFIA DE FACE/SEIOS DA FACE/ARTICULAÇÕES	R\$ 86,75
206010052	TOMOGRRAFIA DE PESCOÇO	R\$ 86,75
206010079	TOMOGRRAFIA DE SELA TÚRSICA OU CRÂNIO	R\$ 97,44
206020015	TOMOGRRAFIA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR OU INFERIOR (POR ARTICULAÇÃO)	R\$ 86,75
206020023	TOMOGRRAFIA DE SEGMENTOS APENDICULARES	R\$ 86,75
206020031	TOMOGRRAFIA DE TORAX OU HEMITÓRAX (POR PLANO)	R\$ 136,41
206030010	TOMOGRRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 138,63
206030010/ 206030037	TOMOGRRAFIA DE ABDOME TOTAL	R\$ 277,26
206030037	TOMOGRRAFIA DE PELVE/BACIA	R\$ 138,63
211020036	ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 30,00
211020044	HOLTER 24 HORAS	R\$ 145,00
211020052	MAPA 24 HORAS	R\$ 145,00
205010032	ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO	R\$ 150,00
209040041	NASOFIBROLARINGOSCOPIA	R\$ 200,00

209010037	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	R\$ 189,16
209010029	COLONOSCOPIA	R\$ 342,66
204030188	MAMOGRAFIA BILATERAL	R\$ 45,00
211040061	TOCOCARDIOGRAFIA ANTEPARTO	R\$ 35,00
204030030	MAMOGRAFIA UNILATERAL	R\$ 22,50

*Cálculo realizado de acordo com a rotina do procedimento. Caso ocorra uma intercorrência clínica ou o médico assistente solicite algum exame laboratorial ou de imagem (exceto anatomopatológico), será acrescido ao valor. Para fins de comprovação será apresentado laudo do exame realizado ou justificativa médica relatando a intercorrência (Ex. retorno ao centro cirúrgico, exames laboratoriais, exames de imagem, hemotransfusões, permanência à maior).

ANEXO II – COMPLEMENTAÇÃO

EXAMES	QUANTIDADE PPI (Mensal – cota do Estado)	Média Valor PPI	Complementação (pelo Município)	Valor total
Ultra-Sonografia	35,69	R\$ 20,44	R\$ 38,50	R\$ 65,00
Colonoscopia	1	R\$ 112,66	R\$ 230,00	R\$ 342,66
Endoscopia Digestiva	5,35	R\$ 48,16	R\$ 141,00	R\$ 189,16
Raio -X	196,32	R\$ 8,03	R\$ 11,57	R\$ 20,00