



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL
LEI Nº 1.234**

De 27 de dezembro de 2024

Autoriza o Poder Executivo a firmar Convênio com o Município de Garibaldi/RS para Contratualização com o Hospital Beneficente São Pedro, para integração no Sistema Único de Saúde – SUS.

ROBERTO MARTIM SCHAEFFER, Prefeito Municipal de Boa Vista do Sul, Estado do Rio Grande do Sul, no uso de suas atribuições legais,

FAÇO SABER, em cumprimento ao disposto no Art. 69, Inciso VI da Lei Orgânica do Município, que a Câmara de Vereadores aprovou e eu sanciono e promulgo a seguinte Lei:

Art. 1º Fica o Poder Executivo autorizado a firmar Convênio com o Município de Garibaldi/RS para nova Contratualização com o Hospital Beneficente São Pedro, com vista a estabelecer as bases da relação entre as partes e integração do Hospital no Sistema Único de Saúde – SUS, definindo a sua inserção na rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde que deles necessitem.

Parágrafo primeiro – O Convênio e a Contratualização vigorarão pelo prazo de 12 (doze) meses, a contar de 02 de janeiro de 2025, podendo ser prorrogados com anuência do Conselho Municipal de Saúde, por até 5 (cinco) anos, na forma do art. 106 da Lei Federal nº 14.133/2021.

Parágrafo segundo - É parte integrante desta Lei a minuta do Convênio e Anexo I, além do Termo de Contratualização e Anexos I, II, III e IV que o acompanham.

Art. 2º As despesas decorrentes da execução desta Lei correrão a conta das dotações orçamentárias próprias.



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL**

Art. 3º Ficam revogadas as Leis Municipais nºs 1.153/2023 e 1.174/2023 a contar de 2 de janeiro de 2025.

Art. 4º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação e seus efeitos a contar de 02 de janeiro de 2025.

Gabinete do Prefeito Municipal de Boa Vista do Sul, aos vinte e sete dias do mês de dezembro do ano de dois mil e vinte e quatro.


Roberto Martim Schaeffer,
Prefeito Municipal.

Registre-se. Publique-se.
Em 27/12/2024



Solange da Costa Pedrosa
Secretária Municipal de Administração e Planejamento.



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL
TERMO DE CONVÊNIO**

xxx/2024

O **MUNICÍPIO DE BOA VISTA DO SUL/RS**, pessoa jurídica de direito público interno, com sede administrativa na Rua Emancipação, nº 2470, inscrito no CNPJ sob nº. 01.602.022/0001-94, representado pelo Prefeito Sr. ROBERTO MARTIM SCHAEFFER e o **MUNICÍPIO DE GARIBALDI/RS**, pessoa jurídica de direito público interno, com sede administrativa na Rua Júlio de Castilhos, nº. 254, inscrito no CNPJ sob nº. 88.594.999/0001-95, representado pelo Prefeito, Sr. SÉRGIO CHESINI, vêm por meio desta, tendo em vista o que dispõe a Constituição Federal, a Lei Federal nº 14.133/2021, e posteriores alterações, a Lei Federal nº 8.080/90, o Decreto Federal nº 7.508/2011, Portaria GM/MS nº 002/2017, Lei n.º do Município de Boa Vista do Sul e Lei n.º 5.809, de 03 de dezembro de 2024, do Município de Garibaldi/RS, e demais disposições legais e regulamentares aplicáveis, RESOLVEM celebrar o presente Convênio, mediante as cláusulas e condições a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1. O presente Convênio tem por objeto integrar o MUNICÍPIO DE BOA VISTA DO SUL, o MUNICÍPIO DE GARIBALDI e o HOSPITAL BENEFICENTE SÃO PEDRO ao Sistema Único de Saúde - SUS e definir a inserção do Hospital na rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, na forma de serviços médicos hospitalares e outros, em nível de internação, ambulatório, exames, cirurgias e procedimentos, urgências e emergências dentro das especificações da Contratualização.

1.2. Os serviços ora conveniados estão referidos a uma base territorial populacional, conforme Plano de Regionalização da Secretaria Estadual da Saúde, PDR, e serão ofertados conforme indicações técnicas de planejamento da saúde, compatibilizando-se demanda e disponibilidade de recursos financeiros do SUS, conforme Termo de Contratualização.

1.3. O presente convênio tem por definição garantir o atendimento médico hospitalar e ambulatorial a ser prestado pelo HOSPITAL BENEFICENTE SÃO PEDRO ao MUNICÍPIO DE BOA VISTA DO SUL, com o qual o MUNICÍPIO DE GARIBALDI manterá Contratualização.

1.4. Os serviços contratualizados entre o MUNICÍPIO DE GARIBALDI e o HOSPITAL BENEFICENTE SÃO PEDRO, com a anuência do Município de Boa Vista do Sul, compreendem a utilização, pelos usuários do SUS, da capacidade instalada do HOSPITAL, incluídos seus serviços médico-hospitalares, observando-se a Lei Federal Complementar n.º 187, de 16 de dezembro de



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL**

2021, assim como Decretos e Portarias do Ministério da Saúde que regulamentam o processo de certificação das entidades beneficentes de assistência social, com especial observância do art. 9º, inciso II, da referida Lei, devendo o HOSPITAL comprovar a prestação de seus serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento).

1.5. O HOSPITAL realizará os atendimentos aos pacientes encaminhados pelo Município de BOA VISTA DO SUL, nos termos da Contratualização, pata tanto será firmado o presente Convênio.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

2.1. Os serviços conveniados serão prestados pelo HOSPITAL BENEFICENTE SÃO PEDRO de acordo com as obrigações assumidas na Contratualização firmada entre este e o MUNICÍPIO DE GARIBALDI, com a anuência do Município de Boa Vista do Sul.

2.2. Os serviços serão executados pelo HOSPITAL BENEFICENTE SÃO PEDRO na Travessa 31 de Outubro, nº. 07, com o Alvará Sanitário vigente, expedido pela Divisão de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde, e em suas filiais.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO VALOR MENSAL, DO PAGAMENTO E DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

3.1. O MUNICÍPIO DE BOA VISTA DO SUL repassará ao MUNICÍPIO DE GARIBALDI os valores abaixo estipulados, que posteriormente serão repassados ao CONTRATADO:

3.1.1. O valor mensal de R\$ 45.880,00 (quarenta e cinco mil oitocentos e oitenta reais), de forma PRÉ-FIXADA e referente a incentivos, assim subdividido:

I) R\$ 19.800,00 (dezenove mil e oitocentos reais) a título de Incentivo à Qualificação Médico-hospitalar;

II) R\$ 11.100,00 (onze mil e cem reais) a título de Incentivo à Qualificação Hospitalar;

III) R\$ 1.080,00 (mil e oitenta reais) para o custeio operacional e realização de exames laboratoriais em pacientes internados e em regime de Plantão 24 horas, bem como para custeio operacional da Agência Transfusional/Banco de Sangue para usuários do Sistema Único de Saúde – SUS em situações de urgência e transoperatórios com necessidade de transfusões sanguíneas, considerando os custos com material para os exames pré-transfusionais e insumos utilizados;



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL**

IV) R\$ 13.900,00 (treze mil e novecentos reais) a título de Incentivo ao Custeio e Manutenção de 6 (seis) leitos de Unidade de Terapia Intensiva – UTI Geral Tipo II, via Sistema Único de Saúde – SUS.

3.1.2. O valor mensal estimado de R\$ 105.000,00 (cento e cinco mil reais), de forma PÓS-FIXADA, para suplementação da tabela SUS e custeio da produção pós-fixada ambulatorial e hospitalar. O valor a ser repassado ao CONTRATADO será por produção, o qual deverá observar os valores unitários estabelecidos no Anexo I desta contratualização;

3.1.3. O valor mensal estimado de R\$ 2.000,00 (dois mil reais) para o custeio de exames não disponíveis no Hospital em sua capacidade instalada aos pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS mediante apresentação de 03 orçamentos e autorização prévia da Secretaria Municipal da Saúde. O CONTRATANTE repassará ao CONTRATADO o valor correspondente mediante apresentação da nota fiscal do serviço realizado por terceiro;

3.1.4. O valor anual estimado de R\$ 20.000,00 (vinte mil reais) para custeio de transferência de pacientes para outros centros de maior complexidade, via regulação SUS, e que necessitem de transporte em UTI Móvel. O CONTRATANTE repassará ao CONTRATADO o valor correspondente da remoção, que será pago mediante apresentação de nota fiscal do serviço realizado por terceiro;

3.1.5. O valor mensal estimado de R\$ 1.000,00 (mil reais) para custeio de exames laboratoriais do Protocolo IAM. O valor a ser repassado ao CONTRATADO será por produção, com custo unitário de R\$ 113,00 (cento e treze reais) para BNP e D-DIMEROS; e R\$ 63,00 (sessenta e três reais) para GASOMETRIA ARTERIAL;

3.1.6. O valor mensal estimado de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais) para custeio de eventuais materiais especiais (OPME) não disponíveis na Tabela SIGTAP e necessários para intervenções cirúrgicas, mediante apresentação de 03 orçamentos e autorização prévia da Secretaria Municipal da Saúde. O valor a ser repassado ao CONTRATADO será por produção e será pago mediante a apresentação da nota fiscal.

3.2. Os valores previstos na Cláusula Terceira são provenientes de recursos da seguinte dotação orçamentária:



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL**

PARÁGRAFO ÚNICO - O pagamento será efetuado mensalmente, após a apresentação da relação/relatório dos atendimentos efetivamente prestados pelo Hospital São Pedro, especificando os serviços para cada paciente munícipe e respectiva nota fiscal.

CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES DOS PARTÍCIPES

4.1. São obrigações do MUNICÍPIO DE GARIBALDI:

I – contratualizar com o HOSPITAL BENEFICENTE SÃO PEDRO prevendo a inserção do MUNICÍPIO DE BOA VISTA DO SUL na rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, visando garantir a atenção médico ambulatorial hospitalar;

II – ter consignado no Orçamento do corrente exercício e futuros ou, em prévia lei que autorize sua inclusão, o recurso a ser repassado pelo MUNICÍPIO DE BOA VISTA DO SUL, decorrente do presente Convênio.

III – seguir os termos deste Convênio e da Contratualização firmada entre os Municípios e o Hospital São Pedro;

4.2. São obrigações do MUNICÍPIO DE BOA VISTA DO SUL:

I – repassar ao MUNICÍPIO DE GARIBALDI os recursos previstos na Cláusula Terceira;

II – ter consignado no Plano Plurianual os recursos para atender às despesas decorrentes deste Convênio neste e nos exercícios futuros que, anualmente, constarão do Orçamento;

III – seguir os termos deste Convênio e da Contratualização firmada entre os Municípios e o Hospital São Pedro;

CLÁUSULA QUINTA – DO PRAZO

5.1. O prazo de vigência do convênio será de 12 (doze) meses, a contar de 02 de janeiro de 2025, podendo ser prorrogado por iguais e sucessivos períodos até o máximo de 60 (sessenta) meses na forma do art. 106, da Lei Federal n.º 14.133/2021.

CLÁUSULA SEXTA – DO REAJUSTE

6.1. No prazo de vigência do convênio, poderá haver reajuste nos valores constantes na Contratualização firmada entre MUNICÍPIO DE GARIBALDI e HOSPITAL BENEFICENTE SÃO



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL**

PEDRO, com anuência do Município de Boa vista do Sul, em percentuais a serem definidos pelas partes, em conjunto com os demais Municípios partícipes no Termo de Contratualização.

CLÁUSULA SÉTIMA - DAS ALTERAÇÕES

7.1. As modificações aos termos deste convênio, se necessárias, serão objeto de Termo Aditivo, devidamente assinado pelos convenientes.

CLÁUSULA OITAVA – DA DENÚNCIA

8.1. Fica assegurado aos convenientes denunciar o presente Termo, por conveniência e oportunidade administrativa, dando-se, para tanto, notificação com pelo menos 30 (trinta) dias de antecedência.

CLÁUSULA NONA – DA FISCALIZAÇÃO

9.1. A Fiscalização será desempenhada pelo Conselho Municipal de Saúde e pelo servidor.....nos termos do artigo da Lei Federal nº 14.133/2021, para acompanhar e fiscalizar a execução do presente contrato.

CLÁUSULA DÉCIMA – DO FORO

10.1. Fica eleito o foro da Comarca de Garibaldi/RS, excluído qualquer outro, por mais privilegiado que seja, para dirimir as dúvidas eventualmente suscitadas e decorrentes do presente convênio.

10.2. E, por estarem justas e avençadas, firmam este convênio, em quatro vias de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas ao final subscritas, para que o mesmo produza todos os jurídicos e legais efeitos.

Boa Vista do Sul, de de 2024.

Roberto Martim Schaeffer
Prefeito Municipal de Boa Vista do Sul

Sérgio Chesini
Prefeito Municipal de Garibaldi



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL**

Aprovo nos termos da
Lei Federal nº 8.666/93

Carina Carminatti Milchareck
OAB/RS 98.592
Assessora Jurídica

Testemunhas:

Nome:

CPF:

Nome:

CPF:



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL
ANEXO I
PLANO DE TRABALHO

1 – FINALIDADE

A finalidade de um plano de trabalho é definir os objetivos, as atividades, os recursos e os prazos de um projeto ou de uma tarefa. Um plano de trabalho ajuda a organizar e a gerenciar o trabalho de forma eficiente e eficaz, facilitando a comunicação e a colaboração entre os envolvidos. Nesse caso, o presente plano define as metas quantitativas e qualitativas que devem ser cumpridas pelo Hospital Beneficente São Pedro e os Municípios de Boa Vista do Sul e Garibaldi referente aos recursos de Média e Alta Complexidade repassados pelo Fundo Municipal de Saúde.

2 – DAS METAS QUANTITATIVAS

As metas quantitativas dizem respeito a quantidade de serviço que o Hospital pactua com os contratualizantes. Abaixo listamos os quantitativos estimados e programados para atendimento de Boa Vista do Sul e municípios vizinhos que mantem vínculo contratual vigente com o Hospital São Pedro:

AMBULATORIAL	FÍSICO MÊS	MÉDIA	FINANCEIR O MÊS	FÍSICO ANO	FINANCEIRO ANO
0202 - Diag. em Laboratório	453	R\$ 6,56	R\$ 2.971,68	5.436	R\$ 35.660,16
0204 - Diag. Em Radiologia	550	R\$ 8,48	R\$ 4.664,00	6.600	R\$ 55.968,00
0205 - Diag. Por Ultrassonografia	350	R\$ 28,00	R\$ 9.800,00	4.200	R\$ 117.600,00
0205 - Ecocardio	5	R\$ 39,94	R\$ 199,70	60	R\$ 2.396,40
0204030030 - Mamografia Unilateral	1	R\$ 45,00	R\$ 45,00	12	R\$ 540,00
Observação	225	R\$ 12,47	R\$ 2.805,75	2.700	R\$ 33.669,00
Atendimento em atenção especializada	301	R\$ 11,00	R\$ 3.311,00	3.612	R\$ 39.732,00
Consulta médica em atenção especializada	401	R\$ 10,00	R\$ 4.010,00	4.812	R\$ 48.120,00
0301060100- Atendimento Ortopédico com imobilização provisória	6	R\$ 13,00	R\$ 78,00	72	R\$ 936,00
0306 — Hemoterapia	1	R\$ 8,08	R\$ 8,08	12	R\$ 96,96
0303-Trat. Clín. Traumato Ortopedia	1	R\$ 41,63	R\$ 41,63	12	R\$ 499,56
04 - Cirurgia em geral	47	R\$ 22,62	R\$ 1.063,14	564	R\$ 12.757,68
Colonoscopia	7	R\$ 112,66	R\$ 788,62	84	R\$ 9.463,44
Consulta Enfermagem	300	R\$ 6,30	R\$ 1.890,00	3600	R\$ 22.680,00
Endoscopia	13	R\$ 48,16	R\$ 626,08	156	R\$ 7.512,96



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL

0301100012- Administração de medicamento	324	R\$ 0,63	R\$ 204,12	3.888	R\$ 2.449,44
0401010015- CURATIVO TIPO II	79	R\$ 32,40	R\$ 2.559,60	948	R\$ 30.715,20
Tomografia	30	R\$ 113,84	R\$ 3.415,20	360	R\$ 40.982,40
Mamografia Bilateral MAC	158	R\$ 45,00	R\$ 7.110,00	1.896	R\$ 85.320,00
Eletroencefalograma	10	R\$ 25,00	R\$ 250,00	120	R\$ 3.000,00
Estudo Urodinâmico	5	R\$ 7,62	R\$ 38,10	60	R\$ 457,20
TOTAL	3.267	-	R\$ 45.879,70	39.204	R\$ 550.556,40

3 – DAS METAS QUALITATIVAS

Se as metas quantitativas medem o volume de serviços realizados, as metas qualitativas, por sua vez medem a qualidade desse serviço, através dos indicadores abaixo:

a) Taxa de infecções hospitalares. Pontuação: 05 pontos.

Meta: Manter o percentual de Infecções abaixo de 2,14 %.

Método de Avaliação: Relatório apresentado pelo CCIH (Conselho de Controle de infecção Hospitalar), com as informações sobre as áreas onde ocorrem as infecções, com as taxas correspondentes.

b) Comissão de Revisão de Óbitos materno, letal e infantil. Pontuação: 05 pontos.

Meta: Manter a comissão de revisão de óbitos: materno, letal e infantil.

Método de avaliação: Apresentação do relatório com nomes e data de nascimento de pacientes que foram a óbito (M, F e I); apresentação de ata de reunião realizada pela comissão e lista de presença.

c) Taxa de cesárias no SUS. Pontuação: 05 pontos.

Meta: Manter a média trimestral do percentual de cesáreas em relação ao total de partos igual ou menor a: 1º trimestre da vigência do contrato: 49%, 2º trimestre da vigência do contrato: 47%, 3º trimestre da vigência do contrato: 45% e 4º trimestre da vigência do contrato: 43%. Com perspectiva a atingir a meta estabelecida pela Portaria SES/RS nº 371/2008 de 34%.

Método de avaliação: Relatório contendo relação discriminada e número de Cesáreas SUS e relação discriminada e número de partos SUS ocorridos no período.

d) Gestante de risco habitual. Pontuação: 2,5 pontos.

Meta: Atendimento de 100% de gestantes de risco habitual provenientes das, unidades básicas de saúde, para avaliação e tratamento de intercorrências na gestação que não puderam ser resolvidas



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA MUNICIPAL DE BOA VISTA DO SUL**

na atenção básica e secundária, e necessitam atenção terciária, nos princípios de humanização do SUS, mediante laudo médico da rede.

Método de avaliação: Relatório das gestantes atendidas.

e) **Atendimento ambulatorial, consultas eletivos, de urgências e emergência. Pontuação: 05 pontos.**

Meta: Executar 100% do valor físico e financeiro previsto na tabela de metas

Método de Avaliação: Relatório de produção do hospital X apresentação de dados no SIA.

f) **Política Nacional de Humanização do SUS. Pontuação 2,5 pontos**

Meta: Desenvolver atividades humanizadoras conforme a política humanizadora do SUS.

Método de avaliação: Apresentação do plano de trabalho e atividades desenvolvidas no período.

g) **Teste rápido de HIV em Gestantes. Pontuação 05 pontos**

Meta: Realização de Teste rápido para 100% das gestantes atendidas pelo serviço de Obstetrícia.

Método de avaliação: Apresentação do relatório contendo nome das gestantes que realizaram o exame, com município de referência da mesma.

h) **Notificação e encaminhamento para o Secretaria de Saúde do Município de origem do paciente, em especial dos bebês, com diagnóstico de deficiência auditivo, físico, mental. Pontuação 5 pontos**

Meta: 100% dos pacientes identificados.

Método de avaliação: Apresentação do relatório contendo nomes pacientes atendidos no período, com referido diagnóstico da deficiência e município de origem.

i) **Atendimentos dos pacientes crônicos que apresentam internações redicivantes. Pontuação 2,5 pontos**

Meta: 100% das notificações dos pacientes após sua alta hospitalar.

Método de avaliação: Apresentação do relatório contendo nome, endereço e telefone dos pacientes crônicos atendidos.

j) **Educação Permanente. Pontuação 2,5 pontos**

Meta: Possibilitar a qualificação dos funcionários de cada setor do hospital.

Prazo: 50% dos funcionários no 1º semestre, 50% dos funcionários restantes no 2º semestre.

Método de avaliação: Apresentar para a comissão de contratualização o cronograma das capacitações, bem como a comprovação dos participantes.

4 – DA AVALIAÇÃO

A avaliação será realizada pela comissão de acompanhamento do contrato, que periodicamente irá se reunir.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE GARIBALDI

CONTRATUALIZAÇÃO

O **MUNICÍPIO DE GARIBALDI**, pessoa jurídica de direito público interno, com sede administrativa nesta cidade, na Rua Júlio de Castilhos, nº 254, inscrito no CNPJ sob nº 88.594.999/0001-95, neste ato representado pelo Prefeito Municipal de Garibaldi Sérgio Chesini, brasileiro, casado, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas sob o nº 134.452.780-91, doravante denominado **CONTRATANTE**; e o **HOSPITAL BENEFICENTE SÃO PEDRO**, pessoa jurídica de direito privado, com sede na Travessa 31 de Outubro, nº 07, Garibaldi/RS, inscrito no CNPJ sob nº 90.052.804/001-27, CNES 2257645, representado pelo seu Presidente Adorino Carlos Martinazzo, brasileiro, casado, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas sob o nº 193.075.860-04, doravante denominado **CONTRATADO**; tendo em vista o que dispõe a Lei Federal nº 8.080/1990, o Decreto Federal nº 7.508/2011, as Portarias GM/MS nº 1.034/2010, GM/MS nº 3.410/2013, GM/MS nº 142/2014, e a Portaria de Consolidação nº 02/2017 do Ministério da Saúde, resolvem celebrar o presente CONTRATO, autorizado pela Lei Municipal nº 5.809, de 03 de dezembro de 2024, e que reger-se-á pelas normas gerais da Lei Federal nº 14.133/2021, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente instrumento contratual tem por objeto a integração do **CONTRATADO** ao SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS, definindo a sua inserção na rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde, na forma de prestação de serviços médicos hospitalares e ambulatoriais em nível de internação, procedimentos, consultas, ambulatório e exames, em caráter eletivo e mais urgência e emergência, dentro dos limites fixados, bem como estabelecer as bases da relação entre **CONTRATANTE** e **CONTRATADO**.

§ 1º. Os serviços médicos, hospitalares, de diagnóstico laboratorial e de imagem contratados encontram-se discriminados no Plano Operativo previamente definido entre as partes (Anexo II), na Ficha de Programação Orçamentária e na Ficha de Cadastro de Estabelecimento de Saúde, que integram este instrumento, para todos os efeitos legais, devendo estar à disposição da Secretaria Municipal de Saúde de Garibaldi (doravante denominada SECRETARIA).

§ 2º. Também são objetos desta contratualização:

- a) Repasses de recursos federais destinados ao **CONTRATADO** referente a produção Ambulatorial e Hospitalar de Média e Alta Complexidade – MAC/FAEC, Incentivos Hospitalares, Habilitação e Qualificação de leitos de UTI Adulto - Tipo II, Habilitação de Porta de Entrada - Hospital Geral, Habilitação em Terapia Nutricional e/ou outra habilitação superveniente, condicionados ao regular repasse do valor pela União ao Fundo Municipal de Saúde de Garibaldi, não havendo recursos próprios do Município na integralização dos mesmos;



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE GARIBALDI

- b) Repasse de recursos federais destinados ao **CONTRATADO** para a assistência financeira complementar da União para o cumprimento dos pisos salariais nacionais de enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nos termos do Título IX-A da Portaria de Consolidação GM/MS nº 6, de 28 de setembro de 2017. A transferência ao **CONTRATADO** fica condicionada à publicação de respectiva Portaria Ministerial e regular repasse do valor pela União ao Fundo Municipal de Saúde de Garibaldi, não havendo recursos próprios do Município na integralização dos mesmos;
- c) Repasses de incentivos estaduais destinados ao **CONTRATADO**, originários do Programa de Incentivos Hospitalares – ASSISTIR, instituído pelo Decreto Estadual nº 56.015/2021 e regulamentado pelas Portarias Estaduais nº 537/2021 e 227/2024. A transferência ao **CONTRATADO** fica condicionada ao regular repasse do valor pelo Estado do Rio Grande do Sul ao Fundo Municipal de Saúde de Garibaldi, não havendo recursos próprios do Município na integralização dos mesmos;
- d) Demais repasses federais e estaduais creditados ao Fundo Municipal de Saúde de Garibaldi, decorrentes de emendas parlamentares e/ou demais repasses excepcionais e temporários, destinados ao **CONTRATADO**, na forma prevista em Portaria específica que venha a ser publicada;
- e) Prestação de serviço de **Lavagem e desinfecção de roupas** utilizadas junto as Unidades Básicas de Saúde e Pronto Atendimento Médico 24 horas do Município de Garibaldi, conforme normatização vigente, em um quantitativo estimado de 350 quilos mensais, entre lençóis, fronhas, toalhas de rosto (secagem do material), campos (com sangue) comum e fenestrado e cobertores, entre outros. O recolhimento, transporte e destinação das roupas ficará a cargo do Município;
- f) Prestação de **exames, procedimentos e consultas não disponíveis no Hospital em sua capacidade instalada** aos pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS mediante apresentação de 03 orçamentos e autorização prévia da Secretaria Municipal da Saúde, excetuado nos casos de urgência/emergência e internados. O **CONTRATANTE** repassará ao **CONTRATADO** o valor correspondente mediante apresentação da nota fiscal do serviço realizado por terceiro;
- g) Transporte avançado intermunicipal envolvendo a transferência de pacientes para outros centros de maior complexidade, via regulação SUS, e que necessitem de transporte em UTI Móvel, quando o município não possuir em vigência Contrato específico para esta finalidade. O **CONTRATANTE** repassará ao **CONTRATADO** o valor correspondente da remoção, que será pago mediante apresentação de nota fiscal do serviço realizado por terceiro;
- h) **Incentivo Municipal à Qualificação Hospitalar**, para fins de aprimorar os atendimentos eletivos e de urgência/emergência aos pacientes do SUS;
- i) **Incentivo Municipal à Qualificação Médico-Hospitalar** a fim de garantir atendimentos nas especialidades em situações de urgência e emergência;
- j) **Incentivo Municipal aos Médicos Internistas**, condicionado à permanência e à disposição de profissional internista nas dependências do Hospital para atendimentos aos pacientes internados pelo SUS, inclusive em intercorrências de pacientes sob sua responsabilidade;
- k) **Incentivo Municipal ao custeio operacional dos exames laboratoriais em pacientes internados e em regime de Plantão 24 horas, bem como da Agência Transfusional** para os pacientes atendidos pelo Sistema Único de Saúde. O recurso



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE GARIBALDI

repassado será utilizado para suprir os gastos com o material necessário e insumos utilizados;

- l) **Incentivo Municipal ao custeio e manutenção de leitos de UTI Adulto – Tipo II**, a fim de garantir a manutenção dos leitos de Unidade de Terapia Intensiva.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA REGIONALIZAÇÃO

Os serviços ora contratados estão referidos a uma base populacional, conforme Plano de Regionalização da Secretaria Estadual da Saúde, e serão ofertados conforme indicações técnicas de planejamento em saúde, compatibilizando demanda e disponibilidade de recursos financeiros do SUS.

§ 1. Deverão ser observadas as referências da atenção especializada pactuadas por Resoluções da Comissão Intergestores Bipartite – CIB/RS, especialmente a Resolução nº 050/2022 e suas alterações, ou outra que a venha substituir.

§ 2. O **CONTRATADO** é referência para atendimentos eletivos e de urgência/emergência a pacientes dos MUNICÍPIOS de GARIBALDI, BOA VISTA DO SUL e CORONEL PILAR, e para atendimentos eletivos a pacientes dos MUNICÍPIOS de MONTE BELO DO SUL e SANTA TEREZA. Para os referidos municípios os serviços ambulatoriais e hospitalares serão executados nas condições e valores estabelecidos neste instrumento contratual. Para tanto, serão ratificadas por meio de convênios entre o Município de Garibaldi e os demais Municípios as obrigações de cada ente já estabelecidas neste instrumento.

§ 3. Para os demais municípios ao qual a instituição hospitalar seja referência pactuada pelo Programa ASSISTIR, os serviços ambulatoriais e hospitalares serão executados nos termos do que dispõem as Portarias estaduais relativas ao Programa, mediante repasse estadual.

§ 4. Os atendimentos de pacientes de outros municípios, em decorrência de referência pactuada ou contrato paralelo, não gerarão ônus aos municípios partícipes desta contratualização.

§ 5. Os valores unitários de procedimentos, consultas e exames definidos neste contrato não se aplicam aos atendimentos realizados por meio do Programa ASSISTIR.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

Os serviços citados neste instrumento serão executados pelo **CONTRATADO** na Travessa 31 de Outubro, nº 07, com Alvará Sanitário sob nº 430860788-861-000016-1-9, expedido pela Divisão de Vigilância Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde, e/ou em suas filiais, tendo como seu responsável técnico o profissional médico Sr. Rodrigo Vieira Jacobi, registrado no Conselho Regional de Medicina sob nº 30.762.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE GARIBALDI

§ 1º. A eventual mudança de endereço do **CONTRATADO** será imediatamente comunicada ao **CONTRATANTE**, que analisará a conveniência de manter os serviços ora contratados em outro endereço, podendo, ainda, rever as condições do Contrato e, até mesmo, rescindi-lo de forma justificada se entender conveniente ao interesse público.

§ 2º. A mudança de Diretor Técnico, e/ou do responsável pelos serviços auxiliares de diagnósticos e de terapia, deverá ser comunicada ao **CONTRATANTE**.

§ 3º. Os serviços ora contratados serão executados por profissionais do **CONTRATADO** e por profissionais autorizados por este, constantes no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES.

§ 4º. Os serviços contratados compreendem a utilização, pelos usuários do SUS, da capacidade instalada do **CONTRATADO**, incluídos seus serviços médico-hospitalares, devendo ser observado o disposto na Lei Complementar Federal nº 187, de 16 de dezembro de 2021, especialmente seus Artigos 9 e 10, quanto ao percentual mínimo de 60% (sessenta por cento) de prestação de serviços ao SUS. Ademais, deverão ser considerados todos os Decretos e Portarias do Ministério da Saúde, em vigência, que regulamentam o processo de certificação das entidades beneficentes.

CLÁUSULA QUARTA – DAS CONDIÇÕES GERAIS DA PRESTAÇÃO DOS SERVIÇOS

Na execução da presente Contratualização, os partícipes deverão observar as seguintes condições gerais:

I) O acesso ao SUS se faz pelas Unidades Básicas de Saúde e Pronto Atendimento Médico - PAM, ressalvadas as situações de urgência e emergência (SAMU e BOMBEIROS) e demanda espontânea plenamente justificada (casos excepcionais), sob pena de glosa do atendimento prestado;

II) No que se refere à demanda referenciada pelo SAMU, Corpo de Bombeiros e a demanda espontânea, o **CONTRATADO** fará o primeiro atendimento, incluindo o diagnóstico e a estabilização. A sequência do atendimento, se estiver relacionado às especialidades do Hospital, será concluída. Caso contrário, o paciente será regulado para o município de origem ou Central de Regulação para encaminhamento à rede de referência do SUS;

III) O encaminhamento e atendimento do usuário será de acordo com as regras estabelecidas para a referência e contrarreferência municipal, ressalvadas as situações de urgência e emergência;

IV) Em relação à transferência de pacientes para outros serviços de referência, deverão ser observadas as regras definidas pela Central de Regulação Regional e Estadual;

V) A gratuidade absoluta, em relação ao usuário do SUS, das ações e dos serviços de saúde executados no âmbito deste Contrato;

VI) A prescrição de medicamentos deve observar a Política Nacional de Medicamentos;

VII) O atendimento humanizado, de acordo com a Política Nacional de Humanização do SUS;



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE GARIBALDI

VIII) A observância integral dos protocolos técnicos de atendimento e regulação estabelecidos pelo Ministério da Saúde e respectivos gestores do SUS;

IX) O estabelecimento de metas e indicadores de qualidade para todas as atividades de saúde decorrentes deste Contrato;

X) O **CONTRATADO** colocará à disposição do SUS a sua capacidade instalada necessária para o atendimento do volume assistencial definido no Plano Operativo Anual;

XI) A garantia da contraprestação integral pelos serviços prestados, desde que atendidas às normas do Sistema Único de Saúde – SUS.

§ 1. O encaminhamento dos pacientes para realização dos procedimentos eletivos, para os quais os MUNICÍPIOS suplementarão recursos, será realizado da seguinte forma:

- I) O paciente deverá ser encaminhado através da rede pública, acompanhado do documento de referência e contra referência, à Secretaria Municipal da Saúde que, em conjunto com sua equipe técnica de regulação, fará a avaliação da solicitação.
- II) Após a aprovação da solicitação, o paciente será encaminhado para a realização do procedimento cirúrgico com o médico da especialidade solicitada ou de procedimento ambulatorial em nível hospitalar, dentre os médicos anuentes que prestam serviços nas dependências do **CONTRATADO**.
- III) A necessidade de cirurgião auxiliar nas cirurgias eletivas deverá ser previamente autorizada pela equipe da Secretaria Municipal da Saúde, sob pena de glosa de cobrança.
- IV) A utilização de material especial (OPME) nas cirurgias eletivas deverá ser previamente autorizada pela equipe da Secretaria Municipal da Saúde, mediante solicitação médica que justifique sua necessidade, assim como 3 orçamentos, sob pena de glosa de cobrança. Será ressarcido o valor constante na Nota Fiscal do material.
- V) O paciente será encaminhado ao **CONTRATADO** pela SECRETARIA para realização da cirurgia eletiva, com a devida AIH (Autorização de Internação Hospitalar) e para os procedimentos ambulatoriais em nível hospitalar será entregue documento com a devida autorização.
- VI) O paciente tem direito a uma reconsulta gratuita nas consultas eletivas autorizadas pela Secretaria de Saúde dentro do prazo de 30 dias do atendimento.
- VII) Estão inclusas nas cirurgias eletivas e procedimentos ambulatoriais: consulta pré-anestésica, pré-cirúrgica e pós-cirúrgica nas especialidades. Se necessário, 02 consultas pós-cirúrgicas na área de Traumatologia/Ortopedia. Quando a consulta médica especializada pré-operatória contraindicar a realização do procedimento, ou o mesmo não for realizado, será pago o valor da consulta médica.

§ 2. Os atendimentos de urgência e emergência, para os quais os MUNICÍPIOS suplementarão recursos, deverão obedecer aos seguintes critérios:

- I) A necessidade de cirurgião auxiliar em procedimentos cirúrgicos de urgência/emergência, deverá ser plenamente justificada pela equipe que realizou o procedimento, sob pena de glosa de cobrança.
- II) O sobreaviso médico deverá ser feito nas especialidades de Cirurgia Geral, Traumatologia e Ortopedia, Ginecologia e Obstetrícia, Anestesiologia e Pediatria.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE GARIBALDI

Os médicos de sobreaviso deverão ser contatados pelo **CONTRATADO** a fim de atender a população em caráter de sobreaviso 24 horas por dia, 7 dias por semana.

- III) A contratação do transporte especializado de UTI MÓVEL, quando o **CONTRATANTE** não dispuser de contrato específico para esta finalidade, ficará sob responsabilidade exclusiva do **CONTRATADO** e este serviço é exclusivo para pacientes do Sistema Único de Saúde.
- IV) Estão inclusas nas cirurgias de urgência, partos e procedimentos ambulatoriais: consulta pré-anestésica, pré-cirúrgica e pós-cirúrgica nas especialidades. Se necessário, 02 consultas pós-cirúrgicas na área de Traumatologia/Ortopedia.
- V) A necessidade de material especial (OPME) nas cirurgias de urgência deverá ser devidamente justificada, sob pena de glosa de cobrança.

CLÁUSULA QUINTA – DOS ENCARGOS COMUNS

São encargos comuns das partes signatárias deste instrumento:

- I) Contribuir para a elaboração e implantação de protocolos técnicos de atendimento e de encaminhamento para as ações de saúde;
- II) Alimentar os sistemas de informação de saúde, disponibilizados pelas diferentes esferas de gestão do SUS;
- III) Anualmente aprovar o Plano Operativo Anual e contribuir para o cumprimento das metas qualitativas e quantitativas;
- IV) Zelar pelo adequado funcionamento da Comissão de Acompanhamento do Contrato - CAC, através da indicação de seus representantes e do fornecimento de informações requisitadas nos prazos estabelecidos;
- V) Promover educação permanente de recursos humanos, com auxílio à qualificação de profissionais da rede básica;
- VI) Aprimoramento da atenção à saúde;
- VII) A elaboração de protocolos para atendimentos dos pacientes em conjunto com a SECRETARIA, objetivando o atendimento global tanto a nível ambulatorial e hospitalar, aumentando a resolutividade e evitando reinternações de causas sensíveis à atenção básica.

CLÁUSULA SEXTA – DOS ENCARGOS ESPECÍFICOS

6.1. Compete ao CONTRATADO:

- I) Atingir todas as obrigações pactuadas nesta contratualização, sob pena de deixar de receber os recursos correspondentes aos incentivos e suplementação;
- II) Cumprir as determinações da Lei Federal nº 187, de 16 de dezembro de 2021, assim como Decretos e Portarias do Ministério da Saúde que regulamentam o processo de certificação das entidades beneficentes, comprovando a prestação de seus serviços ao SUS no percentual mínimo de 60% (sessenta por cento) através de Relatório Mensal Global dos



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE GARIBALDI

atendimentos prestados pelo HOSPITAL (SUS, Particular, Planos de Saúde e Convênios) encaminhado ao Sistema Municipal de Controle, Avaliação e Auditoria do SUS de Garibaldi;

III) Manter afixado, em local visível aos seus usuários, identificação de sua condição de estabelecimento integrante da rede do SUS e da gratuidade aos usuários do SUS dos serviços prestados nessa condição;

IV) Aplicar os recursos financeiros provenientes desta Contratualização integralmente no hospital;

V) Contribuir para a investigação de eventuais denúncias de cobrança indevida feita a paciente ou seu representante, por qualquer atividade prestada pelo **CONTRATADO**, em razão da execução do objeto do presente instrumento. Para tanto, deverá disponibilizar a todos os usuários do Sistema Único de Saúde os formulários constantes do Anexo IV.

- a) É obrigatório o preenchimento da Declaração de próprio punho para a totalidade dos pacientes SUS ou seu representante;
- b) No caso de cobrança, o **CONTRATADO** notificará o profissional para que preste os devidos esclarecimentos;
- c) Confirmada a cobrança, o **CONTRATADO** providenciará o ressarcimento nos moldes do "Contrato de Cessão de Crédito e de Direitos, com pagamento por sub-rogação convencional", conforme modelo anexo.

VI) Integrar-se aos sistemas de regulação da Secretaria Municipal e Estadual da Saúde, assim como aos sistemas de informação do Ministério da Saúde;

VII) É responsabilidade do **CONTRATADO**, através de seu corpo clínico, a definição da transferência do paciente internado a outro da rede pública de saúde, obrigando-se a estabelecer contato com a Central de Regulação de Leitos Regional e/ou Estadual, cabendo ao município de origem providenciar meio necessário para o transporte do paciente;

VIII) Apresentar ao Sistema Municipal de Controle, Avaliação e Auditoria do SUS de Garibaldi o relatório referente aos custos decorrentes dos atendimentos prestados;

IX) Responsabilizar-se pela utilização do pessoal de apoio, tais como enfermagem, administração, limpeza, etc., necessário à execução dos serviços previstos no presente Contrato, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderá ser transferido ao **CONTRATANTE** ou ao Estado e União;

X) O **CONTRATADO** se compromete a contratar médicos internistas que garantirão o acompanhamento aos pacientes nas internações clínicas, prestando atendimento humanizado e informando aos familiares as condições clínicas e a situação dos pacientes, observados os princípios éticos da legislação vigente.

- a) O **CONTRATADO** deverá formalizar Termo de Compromisso com cada profissional médico internista, onde este comprometer-se-á a comparecer diariamente para realizar o acompanhamento ao paciente, além de atender as intercorrências, quando lhe for solicitado.

XI) Os serviços ora contratados poderão ser prestados por profissionais de saúde que tenham vínculo de emprego com o **CONTRATADO**; integrantes de pessoas jurídicas que mantenham contrato de prestação de serviços; profissionais autônomos que, eventualmente ou



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE GARIBALDI

permanentemente, utilizem suas as dependências, equiparando-se a eles as empresas, grupos, sociedades ou conglomerados de profissionais que exerçam a atividade da área da saúde e que estejam registrados no CNES da instituição;

XII) Manter registro atualizado no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde – CNES, no Sistema de Informações Ambulatoriais – SIA, no Sistema de Informação Hospitalar – SIH, no sistema de Comunicação de Informação Hospitalar e Ambulatorial – CIHA, e outros sistemas de informação que venham a ser implementados no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS;

XIII) Submeter-se a avaliações sistemáticas de acordo com o Programa Nacional de Avaliação de Serviços de Saúde – PNASS, encaminhando plano de ação corretivo e promovendo as adequações quando necessário;

XIV) Submeter-se à regulação instituída pelo Gestor;

XV) Entregar ao usuário ou ao seu responsável, no ato da saída do estabelecimento, **Boletim de Atendimento/Internação e Alta** a ser elaborado por consenso entre as partes, documento de histórico do atendimento prestado ou resumo de alta, onde conste, também, a inscrição **“Esta conta foi paga com recursos públicos provenientes de seus impostos e contribuições sociais”**;

XVI) Obriga-se a apresentar, sempre que solicitado, relatórios de atividades que demonstrem, quantitativa e qualitativamente, o atendimento do objeto;

XVII) Manter contrato de trabalho que assegure direitos trabalhistas, sociais e previdenciários aos seus trabalhadores e prestadores de serviços;

XVIII) Efetuar diretamente o pagamento aos profissionais, prestadores e/ou serviços terceirizados que sejam necessários à execução dos serviços contratados, cujo ônus e obrigação em nenhuma hipótese poderão ser transferidos ao **CONTRATANTE**;

XIX) Garantir o acesso dos Conselhos de Saúde quanto aos serviços contratados, no exercício de seu poder de fiscalização;

XX) Cumprir as diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH;

XXI) Os serviços ora contratados deverão ser prestados preferencialmente nas dependências do **CONTRATADO**;

XXII) O **CONTRATADO** deverá assegurar a presença de acompanhante em tempo integral aos pacientes menores, as gestantes, aos idosos, pessoas com deficiências, internados ou em observação, conforme Lei nº 10.741/2003 e Lei nº 8.069/1990 e demais legislações específicas e normativas do Sistema Único de Saúde;

XXIII) Os atendimentos de urgência e emergência, encaminhados pelo Posto de Atendimento Médico 24 horas – PAM e Unidades Básicas de Saúde dos municípios partícipes desta contratualização, deverão ser realizadas pelo **CONTRATADO**, conforme prioridade estabelecida pelo médico plantonista da instituição;

XXIV) Garantir os serviços médico-hospitalares, nas especialidades de Obstetrícia, Pediatria, Clínica Geral, Cirurgia Geral, Ortopedia e Anestesia, nos atendimentos de urgência/emergência 24 horas.

6.2. Compete ao **CONTRATANTE**:

I) Transferir, ao **CONTRATADO**, os recursos previstos nesta contratualização e no Anexo III;



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE GARIBALDI

- II) Regular, controlar, avaliar, auditar e fiscalizar as ações e os serviços contratados.
- III) Estabelecer mecanismos de controle da oferta e demanda de ações e serviços de saúde;
- IV) Auditar, glosar e/ou aprovar os relatórios elaborados pelo **CONTRATADO**, bem como a produção ambulatorial e hospitalar apresentada.

CLÁUSULA SÉTIMA – DO PLANO OPERATIVO ANUAL

O Plano Operativo Anual, que é parte integrante deste Contrato e condição de sua eficácia, será pactuado entre **CONTRATANTE** e **CONTRATADO**, bem como deverá ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde. O referido Plano deverá conter:

- I) Todas as ações e serviços objeto deste Contrato;
- II) A estrutura tecnológica e a capacidade instalada;
- III) Definição das metas de qualidade;
- IV) Descrição das atividades de aprimoramento e aperfeiçoamento da gestão hospitalar, em especial aquelas referentes:

- a) Ao Sistema de Apropriação de Custos;
- b) A prática de atenção humanizada aos usuários, de acordo com os critérios definidos SUS;
- c) Ao trabalho de equipe multidisciplinar;
- d) Ao incremento de ações de garantia de acesso, mediante o complexo regulador de atenção à saúde;
- e) Ao funcionamento adequado dos comitês de avaliação de mortalidade por grupo de risco, principalmente no que se refere à mortalidade materna e neonatal (comissão de óbito); e
- f) A implantação de mecanismos eficazes de referência e contra referência, mediante protocolos de encaminhamento.

V) Os serviços do Plano Operativo estão referidos a uma base territorial populacional, conforme Plano Diretor de Regionalização da Secretaria, e serão executados com base nas indicações técnicas do planejamento da saúde, mediante compatibilização das necessidades da demanda e da disponibilidade de recursos financeiros;

VI) O plano operativo terá validade de 01 (um) ano, devendo ser repactuado anualmente.

CLÁUSULA OITAVA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

Considerando o cofinanciamento tripartite da atenção hospitalar e dos serviços de saúde contratualizados, os recursos financeiros do presente contrato seguirão o abaixo especificado, bem como o detalhamento constante no Anexo III.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE GARIBALDI

8.1. O valor total anual de **RECURSO FEDERAL**, proveniente do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde de Garibaldi, importa em **R\$ 5.459.179,59** (cinco milhões quatrocentos e cinquenta e nove mil cento e setenta e nove reais e cinquenta e nove centavos), sendo:

8.1.1. O valor total anual de **R\$ 5.309.179,59** (cinco milhões trezentos e nove mil cento e setenta e nove reais e cinquenta e nove centavos), correspondente a parcelas mensais **PRÉ-FIXADAS** no valor de **R\$ 442.431,63** (quatrocentos e quarenta e dois mil quatrocentos e trinta e um reais e sessenta e três centavos), assim subdividido:

- I) **R\$ 87.420,72** (oitenta e sete mil quatrocentos e vinte reais e setenta e dois centavos) referente a média complexidade hospitalar, produção e internações hospitalares – SIH;
- II) **R\$ 59.846,95** (cinquenta e nove mil oitocentos e quarenta e seis reais e noventa e cinco centavos) referente a média complexidade ambulatorial, produção e atendimentos ambulatoriais – SIA;
- III) **R\$ 43.993,77** (quarenta e três mil novecentos e noventa e três reais e setenta e sete centavos) referente ao Incentivo de Adesão à Contratualização – IAC / Programa de Reestruturação de Hospitais Filantrópicos;
- IV) **R\$ 98.550,00** (noventa e oito mil quinhentos e cinquenta reais) referente a Habilitação de Unidade de Terapia Intensiva – UTI Adulto Tipo II;
- V) **R\$ 43.975,20** (quarenta e três mil novecentos e setenta e cinco reais e vinte centavos) referente a Qualificação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva – UTI Adulto Tipo II;
- VI) **R\$ 100.000,00** (cem mil reais) referente a Habilitação de Porta de Entrada - Hospital Geral; e
- VII) **R\$ 8.644,99** (oito mil seiscentos e quarenta e quatro reais e noventa e nove centavos) referente a Habilitação em Terapia Nutricional.

8.1.2. O valor estimado anual de **R\$ R\$ 150.000,00** (cento e cinquenta mil reais), correspondente a parcelas **PÓS-FIXADAS** no valor de **R\$ 12.500,00** (doze mil e quinhentos reais), referente a Procedimentos Estratégicos do Fundo de Ações Estratégicas e Compensação – FAEC. O valor apenas será repassado ao **CONTRATADO** após produção, aprovação, processamento e respectiva transferência financeira do Ministério da Saúde.

8.2. O valor total anual de **RECURSO ESTADUAL**, proveniente do Fundo Estadual de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde de Garibaldi, importa em **R\$ 6.087.087,96** (seis milhões oitenta e sete mil oitenta e sete reais e noventa e seis centavos), correspondente a parcelas mensais no valor de **R\$ 507.257,33** (quinhentos e sete mil duzentos e cinquenta e sete reais e trinta e três centavos), assim subdividido:

- I) **R\$ 73.059,00** (setenta e três mil e cinquenta e nove reais) referente Programa de Incentivos Hospitalares ASSISTIR para o Ambulatório de Especialidades – Cirurgia Vascular;



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE GARIBALDI

II) **R\$ 73.059,00** (setenta e três mil e cinquenta e nove reais) referente Programa de Incentivos Hospitalares ASSISTIR para o Ambulatório de Especialidades – Urologia;

III) **R\$ 73.059,00** (setenta e três mil e cinquenta e nove reais) referente Programa de Incentivos Hospitalares ASSISTIR para o Ambulatório de Especialidades – Reumatologia;

IV) **R\$ 73.059,00** (setenta e três mil e cinquenta e nove reais) referente Programa de Incentivos Hospitalares ASSISTIR para o Ambulatório de Especialidades – Endocrinologia;

V) **R\$ 73.059,00** (setenta e três mil e cinquenta e nove reais) referente Programa de Incentivos Hospitalares ASSISTIR para o Ambulatório de Especialidades – Cardiologia;

VI) **R\$ 73.059,00** (setenta e três mil e cinquenta e nove reais) referente Programa de Incentivos Hospitalares ASSISTIR para a Porta de Entrada - Rede de Atenção às Urgências e Emergências;

VII) **R\$ 37.573,20** (trinta e sete mil quinhentos e setenta e três reais e vinte centavos) referente Programa de Incentivos Hospitalares ASSISTIR para a Unidade de Terapia Intensiva – UTI Adulto Tipo II;

VIII) **R\$ 31.330,13** (trinta e um mil trezentos e trinta reais e treze centavos) referente Programa de Incentivos Hospitalares ASSISTIR para a Maternidade de Risco Habitual;

8.3. O valor total anual de **RECURSO MUNICIPAL** importa em **R\$ 10.462.188,00** (dez milhões quatrocentos e sessenta e dois mil e cento e oitenta e oito reais), sendo:

8.3.1. O valor total anual de **R\$ 1.619.400,00** (um milhão seiscentos e dezenove mil e quatrocentos reais) correspondente a parcelas mensais **PRÉ-FIXADAS** no valor de **R\$ 134.950,00** (cento e trinta e quatro mil novecentos e cinquenta reais) referente a incentivos municipais, assim subdividido:

I) **R\$ 55.000,00** (cinquenta e cinco mil reais) a título de Incentivo ao Custeio e Manutenção de 6 (seis) leitos de Unidade de Terapia Intensiva – UTI Geral Tipo II, via Sistema Único de Saúde – SUS;

II) **R\$ 18.500,00** (dezoito mil e quinhentos reais) a título de Incentivo à Qualificação Médico-hospitalar;

III) **R\$ 32.000,00** (trinta e dois mil reais) a título de Incentivo à Qualificação Hospitalar;

IV) **R\$ 22.000,00** (vinte e dois mil reais) a título de disponibilização de profissionais internistas, condicionado à permanência e disposição de médicos internistas nas dependências do Hospital;

V) **R\$ 7.450,00** (sete mil quatrocentos e cinquenta reais) para o custeio operacional e realização de exames laboratoriais em pacientes internados e em regime de Plantão 24 horas, bem como para custeio operacional da Agência Transfusional/Banco de Sangue para usuários do Sistema Único de Saúde – SUS em situações de urgência e transoperatórios com necessidade de transfusões



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE GARIBALDI

sanguíneas, considerando os custos com material para os exames pré-transfusionais e insumos utilizados.

- 8.3.2.** O valor total anual de **R\$ 60.000,00** (sessenta mil reais), correspondente a parcelas mensais PRÉ-FIXADAS no valor de **R\$ 5.000,00** (cinco mil reais), para custeio da lavagem e desinfecção de roupas utilizadas junto as Unidades Básicas de Saúde e Pronto Atendimento Médico 24 horas;
- 8.3.3.** O valor total anual de **R\$ 3.480.000,00** (três milhões quatrocentos e oitenta mil reais), correspondente a parcelas mensais PÓS-FIXADAS no valor estimado de **R\$ 290.000,00** (duzentos e noventa mil reais), para custeio da produção pós-fixada ambulatorial e hospitalar de urgência/emergência e internado. O valor a ser repassado ao **CONTRATADO** será por produção, o qual deverá observar os valores unitários estabelecidos no Anexo I desta contratualização;
- 8.3.4.** O valor total anual de **R\$ 1.920.000,00** (um milhão novecentos e vinte mil reais), correspondente a parcelas mensais PÓS-FIXADAS no valor estimado de **R\$ 160.000,00** (cento e sessenta mil reais), para realização de procedimentos cirúrgicos e ambulatoriais eletivos. O valor a ser repassado ao **CONTRATADO** será por produção, o qual deverá observar os valores unitários estabelecidos no Anexo I desta contratualização;
- 8.3.5.** O valor total anual de **R\$ 1.729.788,00** (um milhão setecentos e vinte e nove mil e setecentos e oitenta e oito reais), correspondente a parcelas mensais PÓS-FIXADAS no valor estimado de **R\$ 144.149,00** (cento e quarenta e quatro mil cento e quarenta e nove reais), para realização de exames eletivos. O valor a ser repassado ao **CONTRATADO** será por produção, o qual deverá observar os valores unitários estabelecidos no Anexo I desta contratualização;
- 8.3.6.** O valor total anual de **R\$ 672.000,00** (seiscentos e setenta e dois mil reais), correspondente a parcelas mensais PÓS-FIXADAS no valor estimado de **R\$ 56.000,00** (cinquenta e seis mil reais), para suplementação de consultas ambulatoriais eletivas. O valor a ser repassado ao **CONTRATADO** será por produção, o qual deverá observar os valores unitários estabelecidos no Anexo I desta contratualização;
- 8.3.7.** O valor total anual de **R\$ 307.800,00** (trezentos e sete mil e oitocentos reais), correspondente a parcelas mensais PÓS-FIXADAS no valor estimado de **R\$ 25.650,00** (vinte e cinco mil seiscentos e cinquenta reais), para suplementação de sessões de fisioterapia ambulatorial e domiciliar eletiva e fonoterapia domiciliar. O valor a ser repassado ao **CONTRATADO** será por produção, o qual deverá observar os valores unitários estabelecidos no Anexo I desta contratualização;
- 8.3.8.** O valor total anual de **R\$ 384.000,00** (trezentos e oitenta e quatro mil reais), correspondente a parcelas mensais PÓS-FIXADAS no valor estimado de **R\$ 32.000,00** (trinta e dois mil reais), para realização de exames laboratoriais



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE GARIBALDI

(exceto TSH/T4L/PSA e Protocolo IAM) mais complementação de 60% da produção apresentada. O valor a ser repassado ao **CONTRATADO** será por produção;

8.3.9. O valor total anual de **R\$ 61.200,00** (sessenta e um mil e duzentos reais), correspondente a parcelas mensais PÓS-FIXADAS no valor estimado de **R\$ 5.100,00** (cinco mil e cem reais), para custeio de exames laboratoriais do Protocolo IAM. O valor a ser repassado ao **CONTRATADO** será por produção, com custo unitário de R\$ 113,00 (cento e treze reais) para BNP e D-DIMEROS; e R\$ 63,00 (sessenta e três reais) para GASOMETRIA ARTERIAL;

8.3.10. O valor total anual de **R\$ 30.000,00** (trinta mil reais), correspondente a parcelas mensais PÓS-FIXADAS no valor estimado de **R\$ 2.500,00** (dois mil e quinhentos reais), para o custeio de exames, procedimentos e consultas não disponíveis no Hospital em sua capacidade instalada aos pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS mediante apresentação de 03 orçamentos e autorização prévia da Secretaria Municipal da Saúde, excetuado nos casos de urgência/emergência e internados. O **CONTRATANTE** repassará ao **CONTRATADO** o valor correspondente mediante apresentação da nota fiscal do serviço realizado por terceiro.

8.3.11. O valor total anual de **R\$ 18.000,00** (dezoito mil reais), correspondente a parcelas mensais PÓS-FIXADAS no valor estimado de **R\$ 1.500,00** (mil e quinhentos reais), para custeio de transferência de pacientes para outros centros de maior complexidade, via regulação SUS, e que necessitem de transporte em UTI Móvel, quando o município não possuir em vigência Contrato específico para esta finalidade. O **CONTRATANTE** repassará ao **CONTRATADO** o valor correspondente da remoção, que será pago mediante apresentação de nota fiscal do serviço realizado por terceiro;

8.3.12. O valor total anual de **R\$ 180.000,00** (cento e oitenta mil reais), correspondente a parcelas mensais PÓS-FIXADAS no valor de até **R\$ 15.000,00** (quinze mil reais), para custeio de eventuais materiais especiais (OPME) não disponíveis na Tabela SIGTAP e necessários para intervenções cirúrgicas, mediante apresentação de 03 orçamentos e autorização prévia da Secretaria Municipal da Saúde. O valor a ser repassado ao **CONTRATADO** será por produção e será pago mediante a apresentação da nota fiscal.

8.4. Os demais recursos provenientes de eventuais repasses federais, estaduais e/ou de emendas parlamentares serão previstos nesta contratualização.

8.5. Também serão previstos neste instrumento eventuais aplicações de recursos adicionais, excepcionais e temporários, por parte do Município, com objetivo de redução de filas.

CLÁUSULA NONA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE GARIBALDI

9.1. As despesas dos serviços realizados decorrentes deste Contrato correrão à conta dos recursos financeiros provenientes do Teto Federal de Assistência do Ministério da Saúde, com a seguinte dotação orçamentária: federal no montante anual de **R\$ 5.459.179,59** (cinco milhões quatrocentos e cinquenta e nove mil cento e setenta e nove reais e cinquenta e nove centavos); estadual no montante anual de **R\$ 6.087.087,96** (seis milhões oitenta e sete mil oitenta e sete reais e noventa e seis centavos); e municipal no montante anual de **R\$ 10.462.188,00** (dez milhões quatrocentos e sessenta e dois mil e cento e oitenta e oito reais), correspondentes às seguintes dotações orçamentárias:

ÓRGÃO: 10 - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE

U.O. : 01 - FUNDO MUNICIPAL DA SAÚDE - RECURSO PRÓPRIO

10.302.0104.2054 - MANUT. DA SAÚDE MÉDIA/ALTA COMPLEXIDADE

3.3.9.0.39 - OUTROS SERV. TERCEIROS PESSOA JURÍDICA (1084)

U.O. : 02 - FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE - RECURSO FEDERAL

10.302.0104.2054 - MANUT. DA SAÚDE MÉDIA/ALTA COMPLEXIDADE

3.3.9.0.39 - OUTROS SERV. TERCEIROS PESSOA JURÍDICA (1052)

3.3.9.0.39 - OUTROS SERV. TERCEIROS PESSOA JURÍDICA (1078)

U.O. : 03 - FUNDO MUNICIPAL DA SAÚDE - RECURSO ESTADUAL

10.302.0104.0022 - APOIO A ENTIDADES DE SAÚDE

3.3.5.0.43 - SUBVENÇÕES SOCIAIS (1093)

9.2. Caso houver necessidade, poderão ser utilizadas outras rubricas/dotações de despesa.

CLÁUSULA DÉCIMA – DOS MUNICÍPIOS DE BOA VISTA DO SUL E CORONEL PILAR

10.1. O MUNICÍPIO DE BOA VISTA DO SUL repassará ao MUNICÍPIO DE GARIBALDI os valores abaixo estipulados, que posteriormente serão repassados ao CONTRATADO.

10.1.1. O valor mensal de **R\$ 45.880,00** (quarenta e cinco mil oitocentos e oitenta reais), de forma PRÉ-FIXADA e referente a incentivos, assim subdividido:

I) **R\$ 19.800,00** (dezenove mil e oitocentos reais) a título de Incentivo à Qualificação Médico-hospitalar;

II) **R\$ 11.100,00** (onze mil e cem reais) a título de Incentivo à Qualificação Hospitalar;

III) **R\$ 1.080,00** (mil e oitenta reais) para o custeio operacional e realização de exames laboratoriais em pacientes internados e em regime de Plantão 24 horas, bem como para custeio operacional da Agência Transfusional/Banco de Sangue para usuários do Sistema Único de Saúde – SUS em situações de urgência e transoperatórios com necessidade de transfusões sanguíneas, considerando os custos com material para os exames pré-transfusionais e insumos utilizados;



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE GARIBALDI

IV) **R\$ 13.900,00** (treze mil e novecentos reais) a título de Incentivo ao Custeio e Manutenção de 6 (seis) leitos de Unidade de Terapia Intensiva – UTI Geral Tipo II, via Sistema Único de Saúde – SUS.

10.1.2. O valor mensal estimado de **R\$ 105.000,00** (cento e cinco mil reais), de forma PÓS-FIXADA, para suplementação da tabela SUS e custeio da produção pós-fixada ambulatorial e hospitalar. O valor a ser repassado ao **CONTRATADO** será por produção, o qual deverá observar os valores unitários estabelecidos no Anexo I desta contratualização;

10.1.3. O valor mensal estimado de **R\$ 2.000,00** (dois mil reais) para o custeio de exames, procedimentos e consultas não disponíveis no Hospital em sua capacidade instalada aos pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS mediante apresentação de 03 orçamentos e autorização prévia da Secretaria Municipal da Saúde, excetuado nos casos de urgência/emergência e internados. O **CONTRATANTE** repassará ao **CONTRATADO** o valor correspondente mediante apresentação da nota fiscal do serviço realizado por terceiro;

10.1.4. O valor anual estimado de **R\$ 20.000,00** (vinte mil reais) para custeio de transferência de pacientes para outros centros de maior complexidade, via regulação SUS, e que necessitem de transporte em UTI Móvel. O **CONTRATANTE** repassará ao **CONTRATADO** o valor correspondente da remoção, que será pago mediante apresentação de nota fiscal do serviço realizado por terceiro;

10.1.5. O valor mensal estimado de **R\$ 1.000,00** (mil reais) para custeio de exames laboratoriais do Protocolo IAM. O valor a ser repassado ao **CONTRATADO** será por produção, com custo unitário de R\$ 113,00 (cento e treze reais) para BNP e D-DIMEROS; e R\$ 63,00 (sessenta e três reais) para GASOMETRIA ARTERIAL;

10.1.6. O valor mensal estimado de **R\$ 5.000,00** (cinco mil reais) para custeio de eventuais materiais especiais (OPME) não disponíveis na Tabela SIGTAP e necessários para intervenções cirúrgicas, mediante apresentação de 03 orçamentos e autorização prévia da Secretaria Municipal da Saúde. O valor a ser repassado ao **CONTRATADO** será por produção e será pago mediante a apresentação da nota fiscal.

10.2. O **MUNICÍPIO DE CORONEL PILAR** repassará ao **MUNICÍPIO DE GARIBALDI** os valores abaixo estipulados, que posteriormente serão repassados ao **CONTRATADO**.

10.2.1. O valor mensal de **R\$ 34.880,00** (trinta e quatro mil oitocentos e oitenta reais), de forma PRÉ-FIXADA e referente a incentivos, assim subdividido:

I) **R\$ 16.100,00** (dezesseis mil e cem reais) a título de Incentivo à Qualificação Médico-hospitalar;

II) **R\$ 9.600,00** (nove mil e seiscentos reais) a título de Incentivo à Qualificação Hospitalar;



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE GARIBALDI

III) **R\$ 1.080,00** (mil e oitenta reais) para o custeio operacional e realização de exames laboratoriais em pacientes internados e em regime de Plantão 24 horas, bem como para custeio operacional da Agência Transfusional/Banco de Sangue para usuários do Sistema Único de Saúde – SUS em situações de urgência e transoperatórios com necessidade de transfusões sanguíneas, considerando os custos com material para os exames pré-transfusionais e insumos utilizados;

IV) **R\$ 8.100,00** (oito mil e cem reais) a título de Incentivo ao Custeio e Manutenção de 6 (seis) leitos de Unidade de Terapia Intensiva – UTI Geral Tipo II, via Sistema Único de Saúde – SUS.

10.2.2. O valor mensal estimado de **R\$ 80.000,00** (oitenta mil reais), de forma PÓS-FIXADA, para suplementação da tabela SUS e custeio da produção pós-fixada ambulatorial e hospitalar. O valor a ser repassado ao **CONTRATADO** será por produção, o qual deverá observar os valores unitários estabelecidos no Anexo I desta contratualização;

10.2.3. O valor mensal estimado de **R\$ 2.000,00** (dois mil reais) para o custeio de exames, procedimentos e consultas não disponíveis no Hospital em sua capacidade instalada aos pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS mediante apresentação de 03 orçamentos e autorização prévia da Secretaria Municipal da Saúde, excetuado nos casos de urgência/emergência e internados. O **CONTRATANTE** repassará ao **CONTRATADO** o valor correspondente mediante apresentação da nota fiscal do serviço realizado por terceiro;

10.2.4. O valor anual estimado de **R\$ 20.000,00** (vinte mil reais) para custeio de transferência de pacientes para outros centros de maior complexidade, via regulação SUS, e que necessitem de transporte em UTI Móvel. O **CONTRATANTE** repassará ao **CONTRATADO** o valor correspondente da remoção, que será pago mediante apresentação de nota fiscal do serviço realizado por terceiro;

10.2.5. O valor mensal estimado de **R\$ 1.080,00** (mil e oitenta reais) para custeio de exames laboratoriais do Protocolo IAM. O valor a ser repassado ao **CONTRATADO** será por produção, com custo unitário de R\$ 113,00 (cento e treze reais) para BNP e D-DIMEROS; e R\$ 63,00 (sessenta e três reais) para GASOMETRIA ARTERIAL;

10.2.6. O valor mensal estimado de **R\$ 5.000,00** (cinco mil reais) para custeio de eventuais materiais especiais (OPME) não disponíveis na Tabela SIGTAP e necessários para intervenções cirúrgicas, mediante apresentação de 03 orçamentos e autorização prévia da Secretaria Municipal da Saúde. O valor a ser repassado ao **CONTRATADO** será por produção e será pago mediante a apresentação da nota fiscal.

10.3. Para os Municípios de Coronel Pilar e Boa Vista do Sul, após aprovação dos serviços por cada município, o valor será depositado em favor do Município de Garibaldi para posterior repasse à instituição.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE GARIBALDI

10.4. Os Municípios de Boa Vista do Sul e Coronel Pilar deverão encaminhar seus pacientes diretamente ao **CONTRATADO**, quando da internação e atendimento ambulatorial após o horário de expediente de suas Unidades Básicas de Saúde, em seus respectivos municípios, compreendido atualmente entre as 17h00min e 07h00min horas de segunda-feira à sexta-feira, nos sábados, domingos e feriados 24 horas. O referido horário poderá ser alterado pelos Municípios e será informado ao **CONTRATADO**.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DOS MUNICÍPIOS DE MONTE BELO DO SUL E SANTA TEREZA

11.1. O **MUNICÍPIO DE MONTE BELO DO SUL** repassará ao **MUNICÍPIO DE GARIBALDI** os valores abaixo estipulados, que posteriormente serão repassados ao **CONTRATADO**.

11.1.1. O valor mensal de **R\$ 13.700,00** (treze mil e setecentos reais), de forma **PRÉ-FIXADA**, a título de Incentivo à Qualificação Hospitalar;

11.1.2. O valor mensal estimado de **R\$ 62.500,00** (sessenta e dois mil e quinhentos reais), de forma **PÓS-FIXADA**, para suplementação da tabela SUS e custeio da produção pós-fixada ambulatorial e hospitalar. O valor a ser repassado ao **CONTRATADO** será por produção, o qual deverá observar os valores unitários estabelecidos no Anexo I desta contratualização;

11.1.3. O valor mensal estimado de **R\$ 10.000,00** (dez mil reais) para o custeio de exames, procedimentos e consultas não disponíveis no Hospital em sua capacidade instalada aos pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS mediante apresentação de 03 orçamentos e autorização prévia da Secretaria Municipal da Saúde, excetuado nos casos de urgência/emergência e internados. O **CONTRATANTE** repassará ao **CONTRATADO** o valor correspondente mediante apresentação da nota fiscal do serviço realizado por terceiro;

11.1.4. O valor mensal estimado de **R\$ 10.000,00** (dez mil reais) para custeio de eventuais materiais especiais (OPME) não disponíveis na Tabela SIGTAP e necessários para intervenções cirúrgicas, mediante apresentação de 03 orçamentos e autorização prévia da Secretaria Municipal da Saúde. O valor a ser repassado ao **CONTRATADO** será por produção e será pago mediante a apresentação da nota fiscal.

11.2. O **MUNICÍPIO DE SANTA TEREZA** repassará ao **MUNICÍPIO DE GARIBALDI** os valores abaixo estipulados, que posteriormente serão repassados ao **CONTRATADO**.

11.2.1. O valor mensal de **R\$ 10.500,00** (dez mil e quinhentos reais), de forma **PRÉ-FIXADA**, a título de Incentivo à Qualificação Hospitalar;



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE GARIBALDI

11.2.2. O valor mensal estimado de **R\$ 62.892,00** (sessenta e dois mil oitocentos e noventa e dois reais), de forma PÓS-FIXADA, para suplementação da tabela SUS e custeio da produção pós-fixada ambulatorial e hospitalar. O valor a ser repassado ao **CONTRATADO** será por produção, o qual deverá observar os valores unitários estabelecidos no Anexo I desta contratualização;

11.2.3. O valor mensal estimado de **R\$ 5.000,00** (cinco mil reais) para o custeio de exames, procedimentos e consultas não disponíveis no Hospital em sua capacidade instalada aos pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS mediante apresentação de 03 orçamentos e autorização prévia da Secretaria Municipal da Saúde, excetuado nos casos de urgência/emergência e internados. O **CONTRATANTE** repassará ao **CONTRATADO** o valor correspondente mediante apresentação da nota fiscal do serviço realizado por terceiro;

11.2.4. O valor mensal estimado de **R\$ 5.000,00** (cinco mil reais) para custeio de eventuais materiais especiais (OPME) não disponíveis na Tabela SIGTAP e necessários para intervenções cirúrgicas, mediante apresentação de 03 orçamentos e autorização prévia da Secretaria Municipal da Saúde. O valor a ser repassado ao **CONTRATADO** será por produção e será pago mediante a apresentação da nota fiscal.

11.3. Para os Municípios de Monte Belo do Sul e Santa Tereza, após processamento e aprovação dos serviços realizados, o valor resultante mensal será depositado em favor do Município de Garibaldi para posterior repasse à instituição hospitalar.

CLAUSULA DECIMA SEGUNDA - DOS INSTRUMENTOS DE CONTROLE

12.1. A contratualização contará com uma **Comissão de Acompanhamento do Contrato – CAC**.

12.2. A Comissão será constituída por 2 (dois) representantes do hospital; por 2 (dois) representantes do Gestor Municipal de Saúde de Garibaldi; 2 (dois) membros do Conselho Municipal de Saúde de Garibaldi – sendo 1 (um) conselheiro representante dos usuários e outro dos prestadores de serviço; 1 (um) representante do Município de Boa Vista do Sul; 1 (um) representante do Município de Coronel Pilar; 1 (um) representante do Município de Monte Belo do Sul; 1 (um) representante do Município de Santa Tereza e 1 (um) representante da 5ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado;

12.3. A Comissão de Acompanhamento será criada pela SECRETARIA, até 15 (quinze) dias após a assinatura deste Contrato, cabendo ao **CONTRATADO** e demais integrantes, neste prazo, indicar à SECRETARIA os seus representantes.

12.4. A Comissão de Acompanhamento reunir-se-á preferencialmente a cada três meses, em horário e dia determinados pela SECRETARIA, podendo ocorrer de forma presencial ou virtual;



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE GARIBALDI

12.5. A atribuição da Comissão de Acompanhamento será a de acompanhar a execução do presente Contrato, principalmente no tocante aos seus custos, cumprimento das metas qualitativas e quantitativas estabelecidas no Plano Operativo e avaliação da qualidade do atendimento à saúde dos usuários do SUS.

12.6. O **CONTRATADO** fica obrigado a fornecer à Comissão de Acompanhamento todos os documentos e informações necessárias ao cumprimento de suas finalidades.

12.7. O controle exercido por esta Comissão de Acompanhamento não impede, nem substitui, as atividades próprias do Sistema Nacional de Auditoria (Federal, Estadual e Municipal).

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DOS INSTRUMENTOS INFORMATIVOS

Os instrumentos informativos poderão ser estabelecidos pela Comissão de Acompanhamento do Contrato de comum acordo entre partes, devendo ser apresentado:

- a) Comprovantes dos procedimentos constando o tipo de serviço/usuário/quantidade/valor referente aos serviços efetivamente prestados;
- b) Produção Ambulatorial através do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e Produção Hospitalar através do Sistema de Informação Hospitalar (SIH).

CLÁUSULA DÉCIMA QUARTA – DAS ALTERAÇÕES

14.1. Todas as alterações necessárias nesta Contratualização serão sempre efetuadas de comum acordo, em Termo Aditivo, observando as disposições legais e ouvido o Conselho Municipal de Saúde.

14.2. Os valores previstos neste Contrato serão alterados, de acordo com definições traçadas no Plano Operativo Anual, bem como de acordo com as demais possibilidades aqui previstas.

CLÁUSULA DÉCIMA QUINTA – DA RESCISÃO

15.1. A presente Contratualização poderá ser rescindida total ou parcialmente pelos partícipes quando ocorrer o descumprimento de suas cláusulas ou condições ou pela inobservância da legislação vigente.

15.2. O Conselho Municipal de Saúde deverá manifestar-se sobre a rescisão deste Contrato, devendo avaliar os prejuízos que esse fato poderá acarretar à população.

CLÁUSULA DÉCIMA SEXTA – DAS PENALIDADES E MULTAS



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE GARIBALDI

Fica o **CONTRATADO**, por infração de quaisquer cláusulas ou condições deste contrato, sujeito às sanções administrativas previstas na Lei Federal nº 14.133/2021, assegurado o direito à defesa e ao contraditório.

CLÁUSULA DÉCIMA SÉTIMA – DA VIGÊNCIA E REAJUSTE

O presente Contrato vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, a contar de 02 de janeiro de 2025, podendo ser prorrogado, com anuência do Conselho Municipal de Saúde, por até 05 anos na forma do Artigo 106 da Lei Federal nº 14.133/2021.

17.1. Quando da prorrogação do contrato, por igual período, os valores poderão ser reajustados até o percentual acumulado do IPCA, divulgado pelo IBGE, referente aos últimos 12 (doze) meses apurados.

17.2. Sempre que houver reajuste na tabela SUS, os valores que fazem parte do teto federal devem ser devidamente ajustados, conforme Portaria publicada.

CLÁUSULA DÉCIMA OITAVA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

18.1. O **CONTRATADO** deverá manter, durante a execução do contrato, as mesmas condições de habilitação e qualificação apresentadas na assinatura desta Contratualização.

18.2. É vedado ao **CONTRATADO** a cobrança de serviços médicos, hospitalares ou outros complementares da assistência devida ao paciente.

18.3. O **CONTRATADO** disponibilizará o acesso da Secretaria Municipal da Saúde de Garibaldi aos documentos necessários à coleta de dados sobre notificação de acidentes/doenças de trabalho e de trajeto, morte materna, morte fetal, morte infantil e doenças que necessitam de notificação compulsória.

18.4. Qualquer tolerância ou concessão do **CONTRATANTE** para com o **CONTRATADO**, quando não manifestada por escrito, não terá validade e não poderá ser inovada para alterar os compromissos e as disposições assumidas neste instrumento contratual.

18.5. Nas parcelas PÓS-FIXADAS admitir-se-á a realização de valor financeiro superior as estimativas mensais, desde que respeitadas as previsões anuais estipuladas nesta contratualização.

18.6. No decorrer da vigência deste instrumento contratual, havendo saldo, poderá haver a realocação de recursos entre as parcelas PÓS-FIXADAS, desde que respeitado o limite global de recurso municipal da Cláusula Nona.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE GARIBALDI



Documento assinado digitalmente
ELIANE CAMPIOL
Data: 18/12/2024 14:14:26-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Eliane Campiol
Secretária Municipal de Saúde,
Trabalho e Ação Social
Município de Santa Tereza

ROSANGELA
CASAGRANDE:0151809
9092

Assinado de forma digital por
ROSANGELA
CASAGRANDE:01518099092
Dados: 2024.12.19 14:39:40 -03'00'

Rosangela Casagrande
Secretária Municipal de Saúde e
Assistência Social
Município de Monte Belo do Sul

Testemunhas:



Documento assinado digitalmente
RENAN RADAVELLI
Data: 16/12/2024 10:34:54-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Testemunha 1



Documento assinado digitalmente
RAFAEL ROMAN ROS BIONDO
Data: 16/12/2024 11:07:45-0300
Verifique em <https://validar.it.gov.br>

Testemunha 2

ANEXO I

DESCRIÇÃO	VALOR UNITÁRIO
CONSULTAS NA URGÊNCIA	
03.01.06.006-1 - ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA (plantonista)	R\$ 90,00
03.01.06.006-1 - ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA (especialidades, exceto pediatria)	R\$ 146,00
03.01.06.006-1 - ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA (pediatria)	R\$ 270,00
03.01.01.004-8 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) (psicólogo, nutricionista, fonoaudiólogo)	R\$ 60,00
03.01.06.006-1 - ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA (PRAVIVIS, 1º atendimento)	R\$ 294,00
CONSULTAS ELETIVAS	
03.01.01.007-2 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	R\$ 140,00
03.01.01.004-8 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) (psicólogo, nutricionista, fonoaudiólogo)	R\$ 60,00
PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA (ELETIVO OU URGÊNCIA)	
02.11.05.004-0 - ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGILIA E SONO ESPONTANEO C/ OU S/ FOTOESTIMULO (EEG)	R\$ 130,00
02.04 - DIAGNÓSTIO POR RADIOLOGIA (Boa Vista do Sul, Coronel Pilar e Garibaldi)	R\$ 13,00
02.04 - DIAGNÓSTIO POR RADIOLOGIA (Monte Belo do Sul e Santa Tereza)	R\$ 28,00
02.05 - DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRRAFIA (Boa Vista do Sul, Coronel Pilar e Garibaldi)	R\$ 81,00
02.05 - DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRRAFIA (Monte Belo do Sul e Santa Tereza)	R\$ 105,00
02.05 - DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRRAFIA COM DOPPLER (Boa Vista do Sul, Coronel Pilar e Garibaldi)	R\$ 160,00
02.05 - DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRRAFIA COM DOPPLER (Monte Belo do Sul e Santa Tereza)	R\$ 184,00
02.05 - DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICA	R\$ 175,00
02.11.02.003-6 - ELETROCARDIOGRAMA (ECG)	R\$ 24,00
02.11.07.004-1 - AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA)	R\$ 76,00
02.11.07.021-1 - LOGOaudiometria (LDV-IRF-LRF)	R\$ 76,00
02.11.07.020-3 - IMITANCIOMETRIA	R\$ 76,00
02.04.06.002-8 - DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMBARES E/OU FEMUR)	R\$ 106,00
02.11.02.004-4 - MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	R\$ 147,00
02.11.02.005-2 - MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (M.A.P.A)	R\$ 147,00
02.11.09.001-8 - AVALIACAO URODINAMICA COMPLETA	R\$ 147,00
02.05.01.003-2 - ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	R\$ 164,00
02.05.01.001-6 - ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE	R\$ 576,00
02.11.02.006-0 - TESTE DE ESFORCO / TESTE ERGOMETRICO	R\$ 226,00
02.06 - DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA	R\$ 327,00
02.06 - DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA COM CONTRASTE	R\$ 449,00
02.06 - DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA (ANGIOTOMOGRAFIA)	R\$ 576,00
02.07 - DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	R\$ 565,00
02.07 - DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COM CONTRASTE	R\$ 660,00
02.07 - DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COM QUANTITATIVO DE FERRO E GORDURA HEPÁTICA	R\$ 808,00
02.09.01.003-7 - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	R\$ 590,00
02.09.02.001-6 - CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA E/OU URETROSCOPIA	R\$ 607,00
02.11.04.004-5 - HISTEROSCOPIA (DIAGNOSTICA)	R\$ 607,00
02.11.04.002-9 - COLPOSCOPIA	R\$ 607,00
02.09.01.002-9 - COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	R\$ 750,00
02.01.01.006-2 - BIOPSIA DE BEXIGA	R\$ 97,00
02.01.01.058-5 - PUNCAO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA	R\$ 403,00
02.01.01.056-9 - BIOPSIA/EXERESE DE NODULO DE MAMA	R\$ 541,00
02.01.01.047-0 - BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE - PAAF	R\$ 484,00
02.01.01.041-0 - BIOPSIA DE PROSTATA VIA TRANSRETAL	R\$ 541,00
02.04.03.018-8 - MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	R\$ 47,00
ECOCARDIOGRAFIA FETAL	R\$ 274,00
02.11.05.008-3 - ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG) POR MEMBRO	R\$ 300,00
02.11.08.005-5 - ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR	R\$ 160,00
PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS (BPA)	
ELETIVOS, VINCULADOS A CONSULTA ESPECIALIZADA	
04.04.01.031-8 - RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO / FARINGE / LARINGE / NARIZ / CAVIDADE AUDITIVA E NASAL	R\$ 97,00

04.04.01.027-0 - REMOCAO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO UNI / BILATERAL	R\$ 97,00
04.04.01.034-2 - TAMPONAMENTO / CAUTERIZAÇÃO NASAL ANTERIOR E/OU POSTERIOR	R\$ 97,00
02.09.04.004-1 - VIDEOLARINGOSCOPIA	R\$ 179,00
04.05.05.025-9 - RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CORNEA / DA CAMARA ANTERIOR DO OLHO	R\$ 97,00
04.07.02.012-8 - DILATAÇÃO DIGITAL / INSTRUMENTAL DO ANUS E/OU RETO	R\$ 97,00
ELETIVOS OU DE URGÊNCIA	
04.01.01 - EXCISAO/EXERESE/BÍOPSIA TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBACEO / LIPOMA / LESAO (1 LESÃO)	R\$ 296,00
04.01.01 - EXCISAO/EXERESE/BÍOPSIA TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBACEO / LIPOMA / LESAO (2 OU 3 LESÕES)	R\$ 469,00
04.01.01 - EXCISAO/EXERESE/BÍOPSIA TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBACEO / LIPOMA / LESAO (4 OU MAIS LESÕES)	R\$ 606,00
04.01.01 - SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA (PEQUENA)	R\$ 296,00
04.01.01 - SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA (MÉDIA)	R\$ 469,00
04.01.01 - SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA (GRANDE)	R\$ 606,00
03.01.04.015-0 - RETIRADA DO DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)	R\$ 173,00
04.01.01.011-2 - RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTANEO	R\$ 296,00
LAVAGEM OCULAR	R\$ 296,00
03.01.06.010-0 - ATENDIMENTO ORTOPÉDICO COM IMOBILIZAÇÃO PROVISÓRIA (TALA GESSADA OU METÁLICA DE DEDOS)	R\$ 296,00
04.01.01.010-4 - INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO (PEQUENAS)	R\$ 296,00
04.08.06.004-2 - AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE DEDO	R\$ 296,00
04.08 - REDUÇÃO INCRUENTA (DEDOS)	R\$ 296,00
04.04.01.034-2 - TAMPONAMENTO / CAUTERIZAÇÃO NASAL ANTERIOR E/OU POSTERIOR	R\$ 296,00
04.04.01.036-9 - TIMPANOTOMIA P/ TUBO DE VENTILACAO	R\$ 296,00
04.01.01.008-2 - FRENECTOMIA/FRENOTOMIA.	R\$ 296,00
04.01.02.017-7 - CIRURGIA DE UNHA (CANOTPLASTIA)	R\$ 296,00
03.03.09.003-0 - INFILTRACAO DE SUBSTANCIAS (MEMBRO)	R\$ 296,00
04.01.01.009-0 - FULGURACAO / CAUTERIZACAO QUIMICA DE LESOES CUTANEAS (MULTIPLAS LESÕES)	R\$ 469,00
04.04.01.044-0 - ANTROSTOMIA DE MAXILA INTRANASAL	R\$ 469,00
04.05.05.036-4 - TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO	R\$ 469,00
04.01.01.004-0 - ELETROCOAGULACAO DE LESAO CUTANEA (MULTIPLAS LESÕES)	R\$ 469,00
03.01.06.010-0 - ATENDIMENTO ORTOPÉDICO COM IMOBILIZAÇÃO PROVISÓRIA (TALA GESSADA OU METÁLICA DE MEMBROS)	R\$ 469,00
03.01.04.014-1 - INSERÇÃO DO DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)	R\$ 469,00
04.09.05.006-7 - PLASTICA DE FREIO BALANO-PREPUCLAL	R\$ 469,00
04.09.05.008-3 - POSTECTOMIA	R\$ 469,00
04.01.01.010-4 - INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO	R\$ 469,00
04.10.01.003-0 - EXERESE DE MAMA SUPRANUMERARIA	R\$ 469,00
04.09.06.009-7 - EXERESE DE POLIPO DE UTERO	R\$ 469,00
04.09.07.012-2 - DRENAGEM DE GLANDULA DE BARTHOLIN / SKENE	R\$ 469,00
03.09.06.001-0 - INSTALAÇÃO DE CATETER MONO / DUPLO LUMEN POR PUNÇÃO	R\$ 469,00
04.08.05.009-8 - INSTALACAO DE TRACAO ESQUELETICA DO MEMBRO INFERIOR / SUPERIOR	R\$ 492,00
04.17.01.004-4 - ANESTESIA GERAL	R\$ 492,00
04.17.01.005-2 - ANESTESIA REGIONAL	R\$ 492,00
04.17.01.006-0 - SEDACAO	R\$ 606,00
04.04.01.037-7 - TRAQUEOSTOMIA / INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL	R\$ 609,00
04.09.01.015-4 - EXTRACAO ENDOSCOPICA DE CORPO ESTRANHO / CALCULO EM URETER	R\$ 643,00
04.07.04.019-6 - PARACENTESE ABDOMINAL	R\$ 643,00
04.12.05.017-0 - TORACOCENTESE/DRENAGEM DE PLEURA	R\$ 643,00
02.01.01.063-1 - PUNÇÃO LOMBAR	R\$ 955,00
03.03.09.003-0 - INFILTRACAO DE SUBSTANCIAS (COLUNA)	R\$ 956,00
04.08 - REDUÇÃO INCRUENTA (MEMBROS)	R\$ 1.150,00
04.07.02.039-0 - RETIRADA DE CORPO ESTRANHO / PÓLIPOS DO RETO / COLO SIG-MÓIDE / DO TUBO DIGESTIVO	R\$ 1.150,00
ATENDIMENTOS FISIOTERAPÊUTICOS E FONOTERAPÊUTICOS	
03.02 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO ELETIVO DOMICILIAR (por sessão)	R\$ 59,00
03.02 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO ELETIVO AMBULATORIAL (por sessão)	R\$ 52,00
03.01.07.011-3 - TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL DOMICILIAR (por sessão)	R\$ 69,00
PROCEDIMENTOS HOSPITALARES (AIH)	
03.02 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO INTERNADO (limitado a 350 sessão)	R\$ 52,00
03.01.01.017-0 - CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO (especialidades)	R\$ 146,00
03.01.01.017-0 - CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO (psicólogo, nutricionista, fonoaudiólogo)	R\$ 60,00
04 - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS ELETIVOS (1º PROCEDIMENTO 100%)	R\$ 2.700,00

04 – PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS ELETIVOS (2º PROCEDIMENTO 80%)	R\$ 2.160,00
04 – PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS ELETIVOS (3º PROCEDIMENTO EM DIANTE 60%)	R\$ 1.620,00
ADICIONAL PARA CIRURGIÃO AUXILIAR	R\$ 380,00
ADICIONAL PARA CIRURGIÃO AUXILIAR TRAUMATO ORTOPEDIA	R\$ 575,00
ADICIONAL PARA USO DE APARELHO DE VÍDEO (02.09.01.006-1 – VIDEOLAPAROSCOPIA)	R\$ 309,00
04 – PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA/INTERNADO	R\$ 2.418,00
ADICIONAL PARA CIRURGIÃO AUXILIAR	R\$ 694,00
03.10.01.003-9 - PARTO NORMAL	R\$ 2.200,00
04.11.01.003-4 - PARTO CESARIANO	R\$ 2.639,00
04.09.06.018-6 - LAQUEADURA TUBARIA	R\$ 1.963,63
04.11.01.004-2 - PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBARIA	R\$ 4.390,00
ADICIONAL PARA SEGUNDO PEDIATRA EM PARTO GEMELAR	R\$ 631,00
04.09.04.024-0 - VASECTOMIA	R\$ 664,00
04.08.06.036-0 - RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO / PINO INTRA-ÓSSEO / PLACA E/OU PARAFUSOS	R\$ 1.042,00
CUSTEIO DE INTERNAÇÕES CLINICAS	R\$ 165,00

ANEXO II

PLANO OPERATIVO PARA CONTRATUALIZAÇÃO HOSPITAL BENEFICENTE SÃO PEDRO GARIBALDI/RS

1.^a PARTE METAS QUALITATIVAS

05 pontos	1. Taxa de infecções hospitalares			
	Meta	Manter o percentual de Infecções abaixo de 2,14 %.		
	Método de Avaliação	Relatório apresentado pelo CCIH (Conselho de Controle de Infecção Hospitalar), com as informações sobre as áreas onde ocorrem as infecções, com as taxas correspondentes.		
	Justificativa		Atingiu ()	Não atingiu ()

05 pontos	2. Comissão de Revisão de Óbitos materno, fetal e infantil.			
	Meta	Manter a comissão de revisão de óbitos: materno, fetal e infantil.		
	Método de Avaliação	Apresentação do relatório com nomes e data de nascimento de pacientes que foram a óbito (M, F e I); apresentação de ata de reunião realizada pela comissão e lista de presença.		
	Justificativa		Atingiu ()	Não atingiu ()

05 pontos	3. Taxa de cesáreas no SUS.			
	Meta	Manter a média trimestral do percentual de cesáreas em relação ao total de partos igual ou menor a: 1º trimestre da vigência do contrato: 49%, 2º trimestre da vigência do contrato: 47%, 3º trimestre da vigência do contrato: 45% e 4º trimestre da vigência do contrato: 43%. Com perspectiva a atingir a meta estabelecida pela Portaria SES/RS nº 371/2008 de 34%.		
	Método de Avaliação	Relatório contendo relação discriminada e número de Cesáreas SUS e relação discriminada e número de partos SUS ocorridos no período.		
	Justificativa		Atingiu ()	Não atingiu ()

4. Gestante de risco habitual.				
2,5 pontos	Meta	Atendimento de 100% de gestantes de risco habitual provenientes das unidades básicas de saúde, para avaliação e tratamento de intercorrências na gestação que não puderam ser resolvidas na atenção básica e secundária, e necessitam atenção terciária, nos princípios de humanização do SUS, mediante laudo médico da rede.		
	Método de Avaliação	Relatório das gestantes atendidas.		
	Justificativa		Atingiu ()	Não atingiu ()

5. Atendimento ambulatorial, consultas eletivas, de urgências e emergência.				
05 pontos	Meta	Executar 100% do valor físico e financeiro previsto na tabela de metas quantitativas.		
	Método de Avaliação	Relatório de produção do hospital X apresentação de dados no SIA.		
	Justificativa		Atingiu ()	Não atingiu ()

6. Política Nacional de Humanização do SUS.				
2,5 pontos	Meta	Desenvolver atividades humanizadoras conforme a política humanizadora do SUS.		
	Método de Avaliação	Apresentação do plano de trabalho e atividades desenvolvidas no período.		
	Justificativa		Atingiu ()	Não atingiu ()

7. Teste rápido de HIV em Gestantes.				
05 pontos	Meta	Realização de teste rápido para 100% das gestantes atendidas pelo serviço de Obstetria.		
	Método de Avaliação	Apresentação do relatório contendo nome das gestantes que realizaram o exame, com município de referência da mesma.		
	Justificativa		Atingiu ()	Não atingiu ()

5 pontos	8. Notificação e encaminhamento para a Secretaria de Saúde do Município de origem do paciente, em especial dos bebês, com diagnóstico de deficiência auditiva, física (estomia), mental, autismo ou déficit sensorio motor, ou suspeita, a Central de Regulação da Reabilitação.			
	Meta	100% dos pacientes identificados.		
	Método de Avaliação	Apresentação do relatório contendo nomes pacientes atendidos no período, com referido diagnóstico da deficiência e município de origem.		
	Justificativa		Atingiu ()	Não atingiu ()

2,5 pontos	9. Atendimentos dos pacientes crônicos que apresentam internações recidivantes.			
	Meta	100% das notificações dos pacientes após sua alta hospitalar.		
	Método de Avaliação	Apresentação do relatório contendo nome, endereço e telefone dos pacientes crônicos atendidos.		
	Justificativa		Atingiu ()	Não atingiu ()

2,5 pontos	10. Educação Permanente.			
	Meta	Possibilitar a qualificação dos funcionários de cada setor do hospital. 50% dos funcionários no 1º semestre e 50% dos funcionários restantes no 2º semestre.		
	Método de Avaliação	Apresentar para a comissão de contratualização o cronograma das capacitações, bem como a comprovação dos participantes.		
	Justificativa		Atingiu ()	Não atingiu ()

2.^a PARTE

METAS QUANTITATIVAS

HOSPITALAR

	TETO FISICO MENSAL (AIH)		TETO FINANCEIRO MENSAL R\$	
	META	REALIZADO	META	REALIZADO
FAEC				
MAC	184		R\$ 87.420,72	
UTI ADULTO	-		R\$ 98.550,00	
TOTAL GERAL	184		R\$ 185.970,72	

AMBULATORIAL

Procedimento	FÍSICO		FINANCEIRO	
	Teto	Realizado	Teto	Realizado
02.02 – Diagnóstico em laboratório clínico (TSH/T4L/PSA)	1.298		R\$ 16.000,00	
02.04 – Diagnóstico por radiologia	600		R\$ 4.512,00	
02.04.03 – Diagnóstico por mamografia	158		R\$ 7.110,00	
02.05 – Diagnóstico por ultrassonografia	326		R\$ 7.889,20	
02.05.01 – Diagnóstico por ecocardiografia	10		R\$ 678,60	
02.05.01 – Diagnóstico por tomografia	20		R\$ 1.948,80	
02.06 – Diagnóstico por ressonância magnética	5		R\$ 1.343,75	
02.07 – Diagnóstico por ressonância magnética	11		R\$ 529,76	
02.09.01.003-7 - Esofagogastroduodenoscopia	10		R\$ 1.126,60	
02.09.01.002-9 - Colonoscopia (coloscopia)	5		R\$ 90,00	
02.09.02.001-6 - Cistoscopia e/ou ureteroscopia e/ou uretroscopia	2		R\$ 22,68	
02.09.02.001-6 - Cistoscopia e/ou ureteroscopia e/ou uretroscopia	2		R\$ 15,24	
02.11.05 – Diagnóstico por eletroencefalografia	700		R\$ 7.000,00	
02.11.09.001-8 - Avaliação urodinâmica completa	50		R\$ 315,00	
03.01.01.007-2 – Consulta médica em atenção especializada				
03.01.01.004-8 – Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico)	250		R\$ 3.117,50	
03.01.06.002-9 – Atendimento de urgência com observação até 24 horas em atenção especializada	415		R\$ 4.565,00	
03.01.06.006-1 – Atendimento de urgência em atenção especializada	20		R\$ 260,00	
03.01.06.010-0 – Atendimento ortopédico com imobilização provisória	691		R\$ 435,33	
03.01.10.001-2 – Administração de medicamentos na atenção especializada	150		R\$ 700,50	
03.02 – Atendimento fisioterapêutico	50		R\$ 1.158,00	
04.01.01.005-8 – Excisão de lesão e/ou sutura de ferimento da pele anexos e mucosa	8		R\$ 94,72	
04.01.01.010-4 – Incisão e drenagem de abscesso	20		R\$ 648,00	
04.01.01.001-5 – Curativo grau II c/ ou s/ debridamento	7		R\$ 95,41	
04.07.02.039-0 - Retirada de corpo estranho / pólipos do reto / colo sigmóide	5		R\$ 190,40	
04.08 – Redução incruenta	4.813		R\$ 59.846,95	
TOTAL				

CONCLUSÃO

O valor pré-fixado dos recursos serão repassados mensalmente, distribuídos da seguinte forma:

- I. 40% (quarenta por cento) ao cumprimento das metas qualitativas;
e
- II. 60% (sessenta por cento) ao cumprimento das metas quantitativas.

O repasse dos recursos referentes às Metas Qualitativas e Quantitativas será efetuado nos seguintes percentuais:

1. = ou > 90% ou mais das metas pactuadas, repasse 100% do valor da parcela;
2. 80% a < 90% das metas pactuadas, repasse de 90% do valor da parcela;
3. 70% a < 80% das metas pactuadas, repasse 80% do valor da parcela;
4. 50% a < 70% das metas pactuadas, repasse de 70% do valor da parcela.

CONCLUSÃO DA AVALIAÇÃO DAS METAS:

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue or grey ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There is no handwriting or other markings on the paper.

ANEXO III – PROGRAMAÇÃO FINANCEIRA

FONTE		DESCRIÇÃO	MENSAL	ANUAL
FEDERAL	FINANCIAMENTO HOSPITALAR			
		Média Complexidade	R\$ 87.420,72	R\$ 1.049.048,64
		Habilitação leitos UTI Adulto - Tipo II (6 leitos)	R\$ 98.550,00	R\$ 1.182.600,00
		Qualificação leitos UTI Adulto – Tipo II (5 leitos)	R\$ 43.975,20	R\$ 527.702,40
		Porta de Entrada – Hospital Geral	R\$ 100.000,00	R\$ 1.200.000,00
		Habilitação em Terapia Nutricional	R\$ 8.644,99	R\$ 103.739,91
		SUBTOTAL	R\$ 338.590,91	R\$ 4.063.090,95
		FINANCIAMENTO AMBULATORIAL		
		Média Complexidade	R\$ 59.846,95	R\$ 718.163,40
		SUBTOTAL	R\$ 59.846,95	R\$ 718.163,40
	INCENTIVO FINANCEIRO			
		Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde – INTEGRASUS	R\$ 2.085,77	R\$ 25.029,24
		Programa de Reestruturação dos Hospitais Filantrópicos / Incentivo de Adesão à Contratualização – IAC	R\$ 41.908,00	R\$ 502.896,00
		SUBTOTAL	R\$ 43.993,77	R\$ 527.925,24
		TOTAL PRÉ-FIXADO FEDERAL	R\$ 442.431,63	R\$ 5.309.179,59
ESTADUAL	PROGRAMA DE INCENTIVOS HOSPITALARES – ASSISTIR			
		Porta de Entrada - RUE	R\$ 73.059,00	R\$ 876.708,00
		Ambulatório de Especialidades - Cirurgia Vascular	R\$ 73.059,00	R\$ 876.708,00
		Ambulatório de Especialidades - Reumatologia	R\$ 73.059,00	R\$ 876.708,00
		Ambulatório de Especialidades - Urologia	R\$ 73.059,00	R\$ 876.708,00
		Ambulatório de Especialidades - Endocrinologia	R\$ 73.059,00	R\$ 876.708,00
		Ambulatório de Especialidades - Cardiologia	R\$ 37.573,20	R\$ 450.878,40
		UTI e UCI	R\$ 31.330,13	R\$ 375.961,56
		Maternidade de Risco Habitual	R\$ 507.257,33	R\$ 6.087.087,96
		TOTAL PRÉ-FIXADO ESTADUAL	R\$ 507.257,33	R\$ 6.087.087,96

PRÉ-FIXADO

MUNICIPAL	INCENTIVOS MUNICIPAIS		
		MENSAL	ANUAL
	Qualificação Hospitalar	R\$ 32.000,00	R\$ 384.000,00
	Qualificação Médico-Hospitalar	R\$ 18.500,00	R\$ 222.000,00
	Incentivo UTI	R\$ 55.000,00	R\$ 660.000,00
	Médicos Internistas	R\$ 22.000,00	R\$ 264.000,00
	Incentivo Exames Laboratoriais Internados e Agência Transfusional	R\$ 7.450,00	R\$ 89.400,00
	Lavagem de roupas	R\$ 5.000,00	R\$ 60.000,00
	Convênios com Municípios da Contratualização - Incentivos	R\$ 104.960,00	R\$ 1.259.520,00
	TOTAL PRÉ-FIXADO MUNICIPAL	R\$ 244.910,00	R\$ 2.938.920,00

POS-FIXADO	FONTE	DESCRÇÃO		
			MENSAL	ANUAL
FEDERAL		FUNDO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS E COMPENSAÇÃO - FAEC		
		Hospitalar	R\$ 12.416,66	R\$ 149.000,00
		Ambulatorial	R\$ 83,33	R\$ 1.000,00
		TOTAL	R\$ 12.500,00	R\$ 150.000,00
MUNICIPAL		FINANCIAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL		
		Produção Pós-Fixada Urgência/Internado	R\$ 290.000,00	R\$ 3.480.000,00
		Exames Laboratoriais	R\$ 32.000,00	R\$ 384.000,00
		Exames Protocolo IAM	R\$ 5.100,00	R\$ 61.200,00
		Exames Eletivos	R\$ 144.149,00	R\$ 1.729.788,00
		Fisioterapia e Fonoterapia	R\$ 25.650,00	R\$ 307.800,00
		Consultas eletivas	R\$ 56.000,00	R\$ 672.000,00
		Cirurgias Eletivas	R\$ 160.000,00	R\$ 1.920.000,00
		Transferência UTI Móvel	R\$ 1.500,00	R\$ 18.000,00
		Exames e Procedimentos não disponíveis	R\$ 2.500,00	R\$ 30.000,00
		OPME	R\$ 15.000,00	R\$ 180.000,00
		Convênios com Municípios da Contratualização - Pós-Fixado	R\$ 359.805,32	R\$ 4.317.663,84
		TOTAL	R\$ 1.091.704,32	R\$ 13.100.451,84

RESUMO

RECURSOS	MENSAL	ANUAL
FEDERAL	R\$ 454.931,63	R\$ 5.459.179,59
ESTADUAL	R\$ 507.257,33	R\$ 6.087.087,96
MUNICIPAL	R\$ 871.849,00	R\$ 10.462.188,00
CONVÊNIOS	R\$ 464.765,32	R\$ 5.577.183,84
TOTAL	R\$ 2.298.803,28	R\$ 27.585.639,39



ANEXO IV

DECLARAÇÃO

Nome do Paciente:

N.º do Registro:

Nome do Responsável:

CPF: Carteira de Identidade:

Endereço: Telefone:

Eu,, declaro ter conhecimento de que o Hospital Beneficente São Pedro é uma instituição filantrópica, de assistência social, que mantém convênio com o Sistema Único de Saúde – SUS, e que, por isso, os seus serviços próprios prestados aos pacientes baixados pelo SUS são gratuitos, em virtude de imunidade tributária.

Diante disso, comunico que:

Garibaldi, ____ de ____ de ____

Testemunhas:

.....

.....



Ilmo(a) Sr(a):

EM MÃOS

HOSPITAL BENEFICENTE SÃO PEDRO, pessoa jurídica de direito privado, com sede na Travessa 31 de Outubro, nº. 07, Garibaldi/RS, inscrito no CNPJ sob nº. 90.052.804/001-27, vem pela presente comunicá-lo que no dia de de recebeu reclamação, através de seu Serviço de Atendimento ao Cliente, por parte do sr(a) de que V. Sa teria ("tentado cobrar" ou "cobrado") dos familiares e/ou do paciente internado através do Sistema Único de Saúde – SUS, a importância de R\$ (.....), à título de

Considerando-se que tal cobrança mostra-se ilegal, tendo em vista que o atendimento aos pacientes internados pelo SUS deve ser gratuito, servimo-nos da presente para NOTIFICÁ-LO a fim de que V. Sa., no prazo de 48h (quarenta e oito horas) a contar do recebimento desta, compareça junto ao nosso Serviço de Atendimento ao Cliente, a fim de prestar esclarecimentos sobre o fato noticiado, independentemente da instauração de inquérito administrativo a partir da denúncia formulada, comunicando-se o fato as autoridades legais para as devidas providências.

Na certeza de imediato atendimento à presente, somos, cordialmente,

.....
p/Hospital Beneficente São Pedro

Ciente:

Data:/...../.....



CONTRATO DE CESSÃO DE CRÉDITO E DE DIREITOS, COM PAGAMENTO POR SUB-ROGAÇÃO CONVENCIONAL.

CEDENTE:

CESSIONÁRIO: **HOSPITAL BENEFICENTE SÃO PEDRO**, pessoa jurídica de direito privado, com sede na Travessa 31 de Outubro, n.º 07, Garibaldi/RS, inscrito no CNPJ sob n.º 90.052.804/001-27, neste ato por seu representante legal abaixo firmado:

1 – O CEDENTE, em de de, assinou perante o CESSIONÁRIO um Termo de Responsabilidade em virtude da baixa hospitalar registrada sob n.º , procedida através de internação pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

2 – Inobstante o atendimento através do Sistema Único de Saúde – SUS tenha o caráter de gratuidade o CEDENTE pagou a importância de R\$ (.....), à título de pelos serviços de que lhe foram prestados por

3 – Considerando que a cobrança procedida foi irregular, embora reconhecendo o CEDENTE que o CESSIONÁRIO não teria qualquer responsabilidade pelo ressarcimento da importância indevidamente cobrada, assim como expressamente declarando que o CESSIONÁRIO, por sua administração, não concorreu sob nenhuma forma para o ilícito praticado, convencionam as partes, por este instrumento, que o crédito constituído em favor do CEDENTE contra, como decorrência da indevida cobrança praticada, é neste ato cedido ao CESSIONÁRIO, mediante o pagamento ao CEDENTE da importância líquida e certa de R\$ (.....) que é pago neste ato através do cheque n.º, do Banco, agência, emitido pelo CESSIONÁRIO, sub-rogando-se este em todos os direitos do credor/CEDENTE, conforme o disposto nos artigos 986 e 1.065 a 1.078 do Código Civil.

4 – Os casos omissos serão regulados pelos princípios gerais de direito aplicáveis à espécie, em especial pelos dispositivos legais referidos na cláusula anterior.

E, por terem assim convencionado e estarem de perfeito acordo, assinam este instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de 2 (duas) testemunhas abaixo, para que produza todos os seus jurídicos e legais efeitos.

Garibaldi, de de

.....
CEDENTE

.....
CESSIONÁRIO

Testemunhas:

1 -

2 -

ANEXO I

DESCRIÇÃO	VALOR UNITÁRIO
CONSULTAS NA URGÊNCIA	
03.01.06.006-1 - ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA (plantonista)	R\$ 90,00
03.01.06.006-1 - ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA (especialidades, exceto pediatria)	R\$ 146,00
03.01.06.006-1 - ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA (pediatria)	R\$ 270,00
03.01.01.004-8 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) (psicólogo, nutricionista, fonoaudiólogo)	R\$ 60,00
03.01.06.006-1 - ATENDIMENTO DE URGENCIA EM ATENCAO ESPECIALIZADA (PRAVIVIS, 1º atendimento)	R\$ 294,00
CONSULTAS ELETIVAS	
03.01.01.007-2 - CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA	R\$ 140,00
03.01.01.004-8 - CONSULTA DE PROFISSIONAIS DE NIVEL SUPERIOR NA ATENÇÃO ESPECIALIZADA (EXCETO MÉDICO) (psicólogo, nutricionista, fonoaudiólogo)	R\$ 60,00
PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA (ELETIVO OU URGÊNCIA)	
02.11.05.004-0 - ELETROENCEFALOGRAFA EM VIGILIA E SONO ESPONTANEO C/ OU S/ FOTOESTIMULO (EEG)	R\$ 130,00
02.04 - DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA (Boa Vista do Sul, Coronel Pilar e Garibaldi)	R\$ 13,00
02.04 - DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA (Monte Belo do Sul e Santa Tereza)	R\$ 28,00
02.05 - DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA (Boa Vista do Sul, Coronel Pilar e Garibaldi)	R\$ 81,00
02.05 - DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA (Monte Belo do Sul e Santa Tereza)	R\$ 105,00
02.05 - DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER (Boa Vista do Sul, Coronel Pilar e Garibaldi)	R\$ 160,00
02.05 - DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA COM DOPPLER (Monte Belo do Sul e Santa Tereza)	R\$ 184,00
02.05 - DIAGNÓSTICO POR ULTRASSONOGRAFIA MORFOLÓGICA	R\$ 175,00
02.11.02.003-6 - ELETROCARDIOGRAMA (ECG)	R\$ 24,00
02.11.07.004-1 - AUDIOMETRIA TONAL LIMIAR (VIA AEREA / OSSEA)	R\$ 76,00
02.11.07.021-1 - LOGOaudiometria (LDV-IRF-LRF)	R\$ 76,00
02.11.07.020-3 - IMITANCIOMETRIA	R\$ 76,00
02.04.06.002-8 - DENSITOMETRIA OSSEA DUO-ENERGETICA DE COLUNA (VERTEBRAS LOMBARES E/OU FEMUR)	R\$ 106,00
02.11.02.004-4 - MONITORAMENTO PELO SISTEMA HOLTER 24 HS (3 CANAIS)	R\$ 147,00
02.11.02.005-2 - MONITORIZACAO AMBULATORIAL DE PRESSAO ARTERIAL (M.A.P.A)	R\$ 147,00
02.11.09.001-8 - AVALIACAO URODINAMICA COMPLETA	R\$ 147,00
02.05.01.003-2 - ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORACICA	R\$ 164,00
02.05.01.001-6 - ECOCARDIOGRAFIA DE ESTRESSE	R\$ 576,00
02.11.02.006-0 - TESTE DE ESFORCO / TESTE ERGOMETRICO	R\$ 226,00
02.06 - DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA	R\$ 327,00
02.06 - DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA COM CONTRASTE	R\$ 449,00
02.06 - DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA (ANGIOTOMOGRAFIA)	R\$ 576,00
02.07 - DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA	R\$ 565,00
02.07 - DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COM CONTRASTE	R\$ 660,00
02.07 - DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COM QUANTITATIVO DE FERRO E GORDURA HEPÁTICA	R\$ 808,00
02.09.01.003-7 - ESOFAGOGASTRODUODENOSCOPIA	R\$ 590,00
02.09.02.001-6 - CISTOSCOPIA E/OU URETEROSCOPIA E/OU URETROSCOPIA	R\$ 607,00
02.11.04.004-5 - HISTEROSCOPIA (DIAGNOSTICA)	R\$ 607,00
02.11.04.002-9 - COLPOSCOPIA	R\$ 607,00
02.09.01.002-9 - COLONOSCOPIA (COLOSCOPIA)	R\$ 750,00
02.01.01.006-2 - BIOPSIA DE BEXIGA	R\$ 97,00
02.01.01.058-5 - PUNCAO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA	R\$ 403,00
02.01.01.056-9 - BIOPSIA/EXERESE DE NODULO DE MAMA	R\$ 541,00
02.01.01.047-0 - BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE - PAAF	R\$ 484,00
02.01.01.041-0 - BIOPSIA DE PROSTATA VIA TRANSRETAL	R\$ 541,00
02.04.03.018-8 - MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	R\$ 47,00
ECOCARDIOGRAFIA FETAL	R\$ 274,00
02.11.05.008-3 - ELETRONEUROMIOGRAMA (ENMG) POR MEMBRO	R\$ 300,00
02.11.08.005-5 - ESPIROMETRIA OU PROVA DE FUNCAO PULMONAR COMPLETA COM BRONCODILATADOR	R\$ 160,00
PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS (BPA)	
ELETIVOS, VINCULADOS A CONSULTA ESPECIALIZADA	
04.04.01.031-8 - RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DE OUVIDO / FARINGE / LARINGE / NARIZ / CAVIDADE AUDITIVA E NASAL	R\$ 97,00

04.04.01.027-0 - REMOCAO DE CERUMEN DE CONDUTO AUDITIVO EXTERNO UNI / BILATERAL	R\$ 97,00
04.04.01.034-2 - TAMPONAMENTO / CAUTERIZAÇÃO NASAL ANTERIOR E/OU POSTERIOR	R\$ 97,00
02.09.04.004-1 - VIDEOLARINGOSCOPIA	R\$ 179,00
04.05.05.025-9 - RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CORNEA / DA CAMARA ANTERIOR DO OLHO	R\$ 97,00
04.07.02.012-8 - DILATAÇÃO DIGITAL / INSTRUMENTAL DO ANUS E/OU RETO	R\$ 97,00
ELETIVOS OU DE URGÊNCIA	
04.01.01 - EXCISAO/EXERESE/BÍOPSIA TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBACEO / LIPOMA / LESAO (1 LESÃO)	R\$ 296,00
04.01.01 - EXCISAO/EXERESE/BÍOPSIA TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBACEO / LIPOMA / LESAO (2 OU 3 LESÕES)	R\$ 469,00
04.01.01 - EXCISAO/EXERESE/BÍOPSIA TUMOR DE PELE E ANEXOS / CISTO SEBACEO / LIPOMA / LESAO (4 OU MAIS LESÕES)	R\$ 606,00
04.01.01 - SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA (PEQUENA)	R\$ 296,00
04.01.01 - SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA (MÉDIA)	R\$ 469,00
04.01.01 - SUTURA DE FERIMENTO DA PELE ANEXOS E MUCOSA (GRANDE)	R\$ 606,00
03.01.04.015-0 - RETIRADA DO DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)	R\$ 173,00
04.01.01.011-2 - RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTANEO	R\$ 296,00
LAVAGEM OCULAR	R\$ 296,00
03.01.06.010-0 - ATENDIMENTO ORTOPÉDICO COM IMOBILIZAÇÃO PROVISÓRIA (TALA GESSADA OU METÁLICA DE DEDOS)	R\$ 296,00
04.01.01.010-4 - INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO (PEQUENAS)	R\$ 296,00
04.08.06.004-2 - AMPUTACAO / DESARTICULACAO DE DEDO	R\$ 296,00
04.08 - REDUÇÃO INCRUENTA (DEDOS)	R\$ 296,00
04.04.01.034-2 - TAMPONAMENTO / CAUTERIZAÇÃO NASAL ANTERIOR E/OU POSTERIOR	R\$ 296,00
04.04.01.036-9 - TIMPANOTOMIA P/ TUBO DE VENTILACAO	R\$ 296,00
04.01.01.008-2 - FRENECTOMIA/FRENOTOMIA.	R\$ 296,00
04.01.02.017-7 - CIRURGIA DE UNHA (CANTOPLASTIA)	R\$ 296,00
03.03.09.003-0 - INFILTRACAO DE SUBSTANCIAS (MEMBRO)	R\$ 296,00
04.01.01.009-0 - FULGURACAO / CAUTERIZACAO QUIMICA DE LESOES CUTANEAS (MULTIPLAS LESÕES)	R\$ 296,00
04.04.01.044-0 - ANTROSTOMIA DE MAXILA INTRANASAL	R\$ 469,00
04.05.05.036-4 - TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO	R\$ 469,00
04.01.01.004-0 - ELETROCOAGULACAO DE LESAO CUTANEA (MULTIPLAS LESÕES)	R\$ 469,00
03.01.06.010-0 - ATENDIMENTO ORTOPÉDICO COM IMOBILIZAÇÃO PROVISÓRIA (TALA GESSADA OU METÁLICA DE MEMBROS)	R\$ 469,00
03.01.04.014-1 - INSERÇÃO DO DISPOSITIVO INTRA-UTERINO (DIU)	R\$ 469,00
04.09.05.006-7 - PLASTICA DE FREIO BALANO-PREPUCIAL	R\$ 469,00
04.09.05.008-3 - POSTECTOMIA	R\$ 469,00
04.01.01.010-4 - INCISAO E DRENAGEM DE ABSCESSO	R\$ 469,00
04.10.01.003-0 - EXERESE DE MAMA SUPRANUMERARIA	R\$ 469,00
04.09.06.009-7 - EXERESE DE POLIPO DE UTERO	R\$ 469,00
04.09.07.012-2 - DRENAGEM DE GLANDULA DE BARTHOLIN / SKENE	R\$ 469,00
03.09.06.001-0 - INSTALAÇÃO DE CATETER MONO / DUPLO LUMEN POR PUNÇÃO	R\$ 469,00
04.08.05.009-8 - INSTALACAO DE TRACAO ESQUELETICA DO MEMBRO INFERIOR / SUPERIOR	R\$ 469,00
04.17.01.004-4 - ANESTESIA GERAL	R\$ 492,00
04.17.01.005-2 - ANESTESIA REGIONAL	R\$ 492,00
04.17.01.006-0 - SEDACAO	R\$ 492,00
04.04.01.037-7 - TRAQUEOSTOMIA / INTUBAÇÃO OROTRAQUEAL	R\$ 606,00
04.09.01.015-4 - EXTRACAO ENDOSCOPICA DE CORPO ESTRANHO / CALCULO EM URETER	R\$ 609,00
04.07.04.019-6 - PARACENTESE ABDOMINAL	R\$ 643,00
04.12.05.017-0 - TORACOCENTESE/DRENAGEM DE PLEURA	R\$ 643,00
02.01.01.063-1 - PUNÇÃO LOMBAR	R\$ 643,00
03.03.09.003-0 - INFILTRACAO DE SUBSTANCIAS (COLUNA)	R\$ 955,00
04.08 - REDUÇÃO INCRUENTA (MEMBROS)	R\$ 956,00
04.07.02.039-0 - RETIRADA DE CORPO ESTRANHO / PÓLIPOS DO RETO / COLO SIG-MÓIDE / DO TUBO DIGESTIVO	R\$ 1.150,00
ATENDIMENTOS FISIOTERAPÊUTICOS E FONOTERAPÊUTICOS	
03.02 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO ELETIVO DOMICILIAR (por sessão)	R\$ 59,00
03.02 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO ELETIVO AMBULATORIAL (por sessão)	R\$ 52,00
03.01.07.011-3 - TERAPIA FONOAUDIOLÓGICA INDIVIDUAL DOMICILIAR (por sessão)	R\$ 69,00
PROCEDIMENTOS HOSPITALARES (AIH)	
03.02 - ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO INTERNADO (limitado a 350 sessão)	R\$ 52,00
03.01.01.017-0 - CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO (especialidades)	R\$ 146,00
03.01.01.017-0 - CONSULTA/AVALIAÇÃO EM PACIENTE INTERNADO (psicólogo, nutricionista, fonoaudiólogo)	R\$ 60,00
04 - PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS ELETIVOS (1º PROCEDIMENTO 100%)	R\$ 2.700,00

04 – PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS ELETIVOS (2º PROCEDIMENTO 80%)	R\$ 2.160,00
04 – PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS ELETIVOS (3º PROCEDIMENTO EM DIANTE 60%)	R\$ 1.620,00
ADICIONAL PARA CIRURGIÃO AUXILIAR	R\$ 380,00
ADICIONAL PARA CIRURGIÃO AUXILIAR TRAUMATO ORTOPEDIA	R\$ 575,00
ADICIONAL PARA USO DE APARELHO DE VÍDEO (02.09.01.006-1 – VIDEOLAPAROSCOPIA)	R\$ 309,00
04 – PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA/INTERNADO	R\$ 2.418,00
ADICIONAL PARA CIRURGIÃO AUXILIAR	R\$ 694,00
03.10.01.003-9 - PARTO NORMAL	R\$ 2.200,00
04.11.01.003-4 - PARTO CESARIANO	R\$ 2.639,00
04.09.06.018-6 - LAQUEADURA TUBARIA	R\$ 1.963,63
04.11.01.004-2 - PARTO CESARIANO C/ LAQUEADURA TUBARIA	R\$ 4.390,00
ADICIONAL PARA SEGUNDO PEDIATRA EM PARTO GEMELAR	R\$ 631,00
04.09.04.024-0 - VASECTOMIA	R\$ 664,00
04.08.06.036-0 - RETIRADA DE FIXADOR EXTERNO / PINO INTRA-ÓSSEO / PLACA E/OU PARAFUSOS	R\$ 1.042,00
CUSTEIO DE INTERNAÇÕES CLINICAS	R\$ 165,00

ANEXO II

PLANO OPERATIVO PARA CONTRATUALIZAÇÃO HOSPITAL BENEFICENTE SÃO PEDRO GARIBALDI/RS

1.ª PARTE METAS QUALITATIVAS

05 pontos	1. Taxa de infecções hospitalares			
	Meta	Manter o percentual de Infecções abaixo de 2,14 %.		
	Método de Avaliação	Relatório apresentado pelo CCIH (Conselho de Controle de Infecção Hospitalar), com as informações sobre as áreas onde ocorrem as infecções, com as taxas correspondentes.		
	Justificativa		Atingiu ()	Não atingiu ()

05 pontos	2. Comissão de Revisão de Óbitos materno, fetal e infantil.			
	Meta	Manter a comissão de revisão de óbitos: materno, fetal e infantil.		
	Método de Avaliação	Apresentação do relatório com nomes e data de nascimento de pacientes que foram a óbito (M, F e I); apresentação de ata de reunião realizada pela comissão e lista de presença.		
	Justificativa		Atingiu ()	Não atingiu ()

05 pontos	3. Taxa de cesáreas no SUS.			
	Meta	Manter a média trimestral do percentual de cesáreas em relação ao total de partos igual ou menor a: 1º trimestre da vigência do contrato: 49%, 2º trimestre da vigência do contrato: 47%, 3º trimestre da vigência do contrato: 45% e 4º trimestre da vigência do contrato: 43%. Com perspectiva a atingir a meta estabelecida pela Portaria SES/RS nº 371/2008 de 34%.		
	Método de Avaliação	Relatório contendo relação discriminada e número de Cesáreas SUS e relação discriminada e número de partos SUS ocorridos no período.		
	Justificativa		Atingiu ()	Não atingiu ()

2,5 pontos	4. Gestante de risco habitual.			
	Meta	Atendimento de 100% de gestantes de risco habitual provenientes das unidades básicas de saúde, para avaliação e tratamento de intercorrências na gestação que não puderam ser resolvidas na atenção básica e secundária, e necessitam atenção terciária, nos princípios de humanização do SUS, mediante laudo médico da rede.		
	Método de Avaliação	Relatório das gestantes atendidas.		
	Justificativa		Atingiu ()	Não atingiu ()

05 pontos	5. Atendimento ambulatorial, consultas eletivas, de urgências e emergência.			
	Meta	Executar 100% do valor físico e financeiro previsto na tabela de metas quantitativas.		
	Método de Avaliação	Relatório de produção do hospital X apresentação de dados no SIA.		
	Justificativa		Atingiu ()	Não atingiu ()

2,5 pontos	6. Política Nacional de Humanização do SUS.			
	Meta	Desenvolver atividades humanizadoras conforme a política humanizadora do SUS.		
	Método de Avaliação	Apresentação do plano de trabalho e atividades desenvolvidas no período.		
	Justificativa		Atingiu ()	Não atingiu ()

05 pontos	7. Teste rápido de HIV em Gestantes.			
	Meta	Realização de teste rápido para 100% das gestantes atendidas pelo serviço de Obstetrícia.		
	Método de Avaliação	Apresentação do relatório contendo nome das gestantes que realizaram o exame, com município de referência da mesma.		
	Justificativa		Atingiu ()	Não atingiu ()

5 pontos	8. Notificação e encaminhamento para a Secretaria de Saúde do Município de origem do paciente, em especial dos bebês, com diagnóstico de deficiência auditiva, física (estomia), mental, autismo ou déficit sensorio motor, ou suspeita, a Central de Regulação da Reabilitação.			
	Meta	100% dos pacientes identificados.		
	Método de Avaliação	Apresentação do relatório contendo nomes pacientes atendidos no período, com referido diagnóstico da deficiência e município de origem.		
	Justificativa		Atingiu ()	Não atingiu ()

2,5 pontos	9. Atendimentos dos pacientes crônicos que apresentam internações recidivantes.			
	Meta	100% das notificações dos pacientes após sua alta hospitalar.		
	Método de Avaliação	Apresentação do relatório contendo nome, endereço e telefone dos pacientes crônicos atendidos.		
	Justificativa		Atingiu ()	Não atingiu ()

2,5 pontos	10. Educação Permanente.			
	Meta	Possibilitar a qualificação dos funcionários de cada setor do hospital. 50% dos funcionários no 1º semestre e 50% dos funcionários restantes no 2º semestre.		
	Método de Avaliação	Apresentar para a comissão de contratualização o cronograma das capacitações, bem como a comprovação dos participantes.		
	Justificativa		Atingiu ()	Não atingiu ()

2.^a PARTE
METAS QUANTITATIVAS

HOSPITALAR

	TETO FISICO MENSAL (AIH)		TETO FINANCEIRO MENSAL R\$	
	META	REALIZADO	META	REALIZADO
FAEC				
MAC	184		R\$ 87.420,72	
UTI ADULTO	-		R\$ 98.550,00	
TOTAL GERAL	184		R\$ 185.970,72	



AMBULATORIAL

Procedimento	Valor / Média	FÍSICO		FINANCEIRO	
		Teto	Realizado	Teto	Realizado
02.02 – Diagnóstico em laboratório clínico (TSH/T4L/PSA)	R\$ 12,32	1.298		R\$ 16.000,00	
02.04 – Diagnóstico por radiologia	R\$ 7,52	600		R\$ 4.512,00	
02.04.03 – Diagnóstico por mamografia	R\$ 45,00	158		R\$ 7.110,00	
02.05 – Diagnóstico por ultrassonografia	R\$ 24,20	326		R\$ 7.889,20	
02.05.01 – Diagnóstico por ecocardiografia	R\$ 67,86	10		R\$ 678,60	
02.06 – Diagnóstico por tomografia	R\$ 97,44	20		R\$ 1.948,80	
02.07 – Diagnóstico por ressonância magnética	R\$ 268,75	5		R\$ 1.343,75	
02.09.01.003-7 - Esofagogastroduodenoscopia	R\$ 48,16	11		R\$ 529,76	
02.09.01.002-9 - Colonoscopia (coloscopia)	R\$ 112,66	10		R\$ 1.126,60	
02.09.02.001-6 - Cistoscopia e/ou ureteroscopia e/ou uretroscopia	R\$ 18,00	5		R\$ 90,00	
02.11.05 – Diagnóstico por eletroencefalografia	R\$ 11,34	2		R\$ 22,68	
02.11.09.001-8 - Avaliação urodinâmica completa	R\$ 7,62	2		R\$ 15,24	
03.01.01.007-2 – Consulta médica em atenção especializada	R\$ 10,00	700		R\$ 7.000,00	
03.01.01.004-8 – Consulta de profissionais de nível superior na atenção especializada (exceto médico)	R\$ 6,30	50		R\$ 315,00	
03.01.06.002-9 – Atendimento de urgência com observação até 24 horas em atenção especializada	R\$ 12,47	250		R\$ 3.117,50	
03.01.06.006-1 – Atendimento de urgência em atenção especializada	R\$ 11,00	415		R\$ 4.565,00	
03.01.06.010-0 – Atendimento ortopédico com imobilização provisória	R\$ 13,00	20		R\$ 260,00	
03.01.10.001-2 – Administração de medicamentos na atenção especializada	R\$ 0,63	691		R\$ 435,33	
03.02 – Atendimento fisioterapêutico	R\$ 4,67	150		R\$ 700,50	
04.01.01.005-8 – Excisão de lesão e/ou sutura de ferimento da pele anexos e mucosa	R\$ 23,16	50		R\$ 1.158,00	
04.01.01.010-4 – Incisão e drenagem de abscesso	R\$ 11,84	8		R\$ 94,72	
04.01.01.001-5 – Curativo grau II c/ ou s/ debridamento	R\$ 32,40	20		R\$ 648,00	
04.07.02.039-0 - Retirada de corpo estranho / pólipos do reto / colo sigmóide	R\$ 13,63	7		R\$ 95,41	
04.08 – Redução incruenta	R\$ 38,08	5		R\$ 190,40	
TOTAL		4.813		R\$ 59.846,95	

CONCLUSÃO

O valor pré-fixado dos recursos serão repassados mensalmente, distribuídos da seguinte forma:

- I. 40% (quarenta por cento) ao cumprimento das metas qualitativas; e
- II. 60% (sessenta por cento) ao cumprimento das metas quantitativas.

O repasse dos recursos referentes às Metas Qualitativas e Quantitativas será efetuado nos seguintes percentuais:

1. = ou > 90% ou mais das metas pactuadas, repasse 100% do valor da parcela;
2. 80% a < 90% das metas pactuadas, repasse de 90% do valor da parcela;
3. 70% a < 80% das metas pactuadas, repasse 80% do valor da parcela;
4. 50% a < 70% das metas pactuadas, repasse de 70% do valor da parcela.

CONCLUSÃO DA AVALIAÇÃO DAS METAS:

[illegible]

ANEXO III – PROGRAMAÇÃO FINANCEIRA

FONTE	DESCRÇÃO		ANUAL
	FINANCIAMENTO HOSPITALAR	MENSAL	
FEDERAL	Mdia Complexidade	R\$ 87.420,72	R\$ 1.049.048,64
	Habilitação leitos UTI Adulto - Tipo II (6 leitos)	R\$ 98.550,00	R\$ 1.182.600,00
	Qualificação leitos UTI Adulto – Tipo II (5 leitos)	R\$ 43.975,20	R\$ 527.702,40
	Porta de Entrada – Hospital Geral	R\$ 100.000,00	R\$ 1.200.000,00
	Habilitação em Terapia Nutricional	R\$ 8.644,99	R\$ 103.739,91
	SUBTOTAL	R\$ 338.590,91	R\$ 4.063.090,95
	FINANCIAMENTO AMBULATORIAL		
	Mdia Complexidade	R\$ 59.846,95	R\$ 718.163,40
	SUBTOTAL	R\$ 59.846,95	R\$ 718.163,40
	INCENTIVO FINANCEIRO		
ESTADUAL	Incentivo de Integração ao Sistema Único de Saúde – INTEGRASUS	R\$ 2.085,77	R\$ 25.029,24
	Programa de Reestruturação dos Hospitais Filantrópicos / Incentivo de Adesão à Contratualização – IAC	R\$ 41.908,00	R\$ 502.896,00
	SUBTOTAL	R\$ 43.993,77	R\$ 527.925,24
	TOTAL PRÉ-FIXADO FEDERAL	R\$ 442.431,63	R\$ 5.309.179,59
	PROGRAMA DE INCENTIVOS HOSPITALARES – ASSISTIR		
ESTADUAL	Porta de Entrada - RUE	R\$ 73.059,00	R\$ 876.708,00
	Ambulatório de Especialidades - Cirurgia Vascular	R\$ 73.059,00	R\$ 876.708,00
	Ambulatório de Especialidades - Reumatologia	R\$ 73.059,00	R\$ 876.708,00
	Ambulatório de Especialidades - Urologia	R\$ 73.059,00	R\$ 876.708,00
	Ambulatório de Especialidades - Endocrinologia	R\$ 73.059,00	R\$ 876.708,00
	Ambulatório de Especialidades - Cardiologia	R\$ 73.059,00	R\$ 876.708,00
	UTI e UCI	R\$ 37.573,20	R\$ 450.878,40
	Maternidade de Risco Habitual	R\$ 31.330,13	R\$ 375.961,56
ESTADUAL	TOTAL PRÉ-FIXADO ESTADUAL	R\$ 507.257,33	R\$ 6.087.087,96

PRÉ-FIXADO

MUNICIPAL	INCENTIVOS MUNICIPAIS	
	Qualificação Hospitalar	R\$ 32.000,00
	Qualificação Médico-Hospitalar	R\$ 18.500,00
	Incentivo UTI	R\$ 55.000,00
	Médicos Internistas	R\$ 22.000,00
	Incentivo Exames Laboratoriais Internados e Agência Transfusional	R\$ 7.450,00
	Lavagem de roupas	R\$ 5.000,00
	Convênios com Municípios da Contratualização - Incentivos	R\$ 104.960,00
	TOTAL PRÉ-FIXADO MUNICIPAL	R\$ 244.910,00

FONTE	DESCRIÇÃO		MENSAL	ANUAL
	FUNDO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS E COMPENSAÇÃO - FAEC			
FEDERAL	Hospitalar		R\$ 12.416,66	R\$ 149.000,00
	Ambulatorial		R\$ 83,33	R\$ 1.000,00
	TOTAL		R\$ 12.500,00	R\$ 150.000,00

PÓS-FIXADO	DESCRIÇÃO		MENSAL	ANUAL
	FINANCIAMENTO HOSPITALAR E AMBULATORIAL			
MUNICIPAL	Produção Pós-Fixada Urgência/Internado		R\$ 290.000,00	R\$ 3.480.000,00
	Exames Laboratoriais		R\$ 32.000,00	R\$ 384.000,00
	Exames Protocolo IAM		R\$ 5.100,00	R\$ 61.200,00
	Exames Eletivos		R\$ 144.149,00	R\$ 1.729.788,00
	Fisioterapia e Fonoterapia		R\$ 25.650,00	R\$ 307.800,00
	Consultas eletivas		R\$ 56.000,00	R\$ 672.000,00
	Cirurgias Eletivas		R\$ 160.000,00	R\$ 1.920.000,00
	Transferência UTI Móvel		R\$ 1.500,00	R\$ 18.000,00
	Exames e Procedimentos não disponíveis		R\$ 2.500,00	R\$ 30.000,00
	OPME		R\$ 15.000,00	R\$ 180.000,00
	Convênios com Municípios da Contratualização - Pós-Fixado		R\$ 359.805,32	R\$ 4.317.663,84
	TOTAL		R\$ 1.091.704,32	R\$ 13.100.451,84

RESUMO

RECURSOS	MENSAL	ANUAL
FEDERAL	R\$ 454.931,63	R\$ 5.459.179,59
ESTADUAL	R\$ 507.257,33	R\$ 6.087.087,96
MUNICIPAL	R\$ 871.849,00	R\$ 10.462.188,00
CONVÊNIOS	R\$ 464.765,32	R\$ 5.577.183,84
TOTAL	R\$ 2.298.803,28	R\$ 27.585.639,39



ANEXO IV

DECLARAÇÃO

Nome do Paciente:

N.º do Registro:

Nome do Responsável:

CPF: Carteira de Identidade:

Endereço: Telefone:

Eu,, declaro ter conhecimento de que o Hospital Beneficente São Pedro é uma instituição filantrópica, de assistência social, que mantém convênio com o Sistema Único de Saúde – SUS, e que, por isso, os seus serviços próprios prestados aos pacientes baixados pelo SUS são gratuitos, em virtude de imunidade tributária.

Diante disso, comunico que:

Garibaldi, ____ de ____ de ____

Testemunhas:

.....

.....



Ilmo(a) Sr(a):

EM MÃOS

HOSPITAL BENEFICENTE SÃO PEDRO, pessoa jurídica de direito privado, com sede na Travessa 31 de Outubro, nº. 07, Garibaldi/RS, inscrito no CNPJ sob nº. 90.052.804/001-27, vem pela presente comunicá-lo que no dia de de recebeu reclamação, através de seu Serviço de Atendimento ao Cliente, por parte do sr(a) de que V. Sa teria ("tentado cobrar" ou "cobrado") dos familiares e/ou do paciente internado através do Sistema Único de Saúde – SUS, a importância de R\$ (.....), à título de

Considerando-se que tal cobrança mostra-se ilegal, tendo em vista que o atendimento aos pacientes internados pelo SUS deve ser gratuito, servimo-nos da presente para NOTIFICÁ-LO a fim de que V. Sa., no prazo de 48h (quarenta e oito horas) a contar do recebimento desta, compareça junto ao nosso Serviço de Atendimento ao Cliente, a fim de prestar esclarecimentos sobre o fato noticiado, independentemente da instauração de inquérito administrativo a partir da denúncia formulada, comunicando-se o fato as autoridades legais para as devidas providências.

Na certeza de imediato atendimento à presente, somos, cordialmente,

.....
p/Hospital Beneficente São Pedro

Ciente:

Data:/...../.....



CONTRATO DE CESSÃO DE CRÉDITO E DE DIREITOS, COM PAGAMENTO POR SUB-ROGAÇÃO CONVENCIONAL.

CEDENTE:

CESSIONÁRIO: **HOSPITAL BENEFICENTE SÃO PEDRO**, pessoa jurídica de direito privado, com sede na Travessa 31 de Outubro, n.º 07, Garibaldi/RS, inscrito no CNPJ sob n.º 90.052.804/001-27, neste ato por seu representante legal abaixo firmado:

1 – O CEDENTE, em de de, assinou perante o CESSIONÁRIO um Termo de Responsabilidade em virtude da baixa hospitalar registrada sob n.º , procedida através de internação pelo Sistema Único de Saúde – SUS.

2 – Inobstante o atendimento através do Sistema Único de Saúde – SUS tenha o caráter de gratuidade o CEDENTE pagou a importância de R\$ (.....), à título de pelos serviços de que lhe foram prestados por

3 – Considerando que a cobrança procedida foi irregular, embora reconhecendo o CEDENTE que o CESSIONÁRIO não teria qualquer responsabilidade pelo ressarcimento da importância indevidamente cobrada, assim como expressamente declarando que o CESSIONÁRIO, por sua administração, não concorreu sob nenhuma forma para o ilícito praticado, convencionam as partes, por este instrumento, que o crédito constituído em favor do CEDENTE contra, como decorrência da indevida cobrança praticada, é neste ato cedido ao CESSIONÁRIO, mediante o pagamento ao CEDENTE da importância líquida e certa de R\$ (.....) que é pago neste ato através do cheque n.º, do Banco, agência, emitido pelo CESSIONÁRIO, sub-rogando-se este em todos os direitos do credor/CEDENTE, conforme o disposto nos artigos 986 e 1.065 a 1.078 do Código Civil.

4 – Os casos omissos serão regulados pelos princípios gerais de direito aplicáveis à espécie, em especial pelos dispositivos legais referidos na cláusula anterior.

E, por terem assim convencionado e estarem de perfeito acordo, assinam este instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de 2 (duas) testemunhas abaixo, para que produza todos os seus jurídicos e legais efeitos.

Garibaldi, de de

.....
CEDENTE

.....
CESSIONÁRIO

Testemunhas:

1 -

2 -