LEI Nº 1694, DE 18 DE JULHO DE 2012.

AUTORIZA PERMISSÃO DE USO DE EQUIPAMENTO.

CLÁUDIO FERRARI, Prefeito Municipal de Barão, Estado do Rio Grande do Sul, no uso de suas atribuições legais,

FAÇO SABER que a Câmara Municipal de Vereadores de Barão aprovou e eu sanciono e promulgo a seguinte

L E I:

Art. 1º. Pela presente Lei, fica o Poder Executivo autorizado a celebrar Termo de Permissão de Uso com a **ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE HOSPITAL SÃO JOSÉ (ABEHSJ)**, inscrita no CNPJ sob nº 87.860.375/0001-00, com o fim de permitir a utilização de equipamento de propriedade do Município.

Parágrafo único. O equipamento objeto da permissão refere-se a um "MONITOR MULTIPARÂMETRO, CG/RESPIRAÇÃO/TEMPERATURA/OXIMETRIA/PRESSÃO NÃO INVASIVA MARCA: GE - FABRICANTE: GE - MEDICAL SYSTEMS (CHINA) CO. LTD. – CHINA - MODELO: DASH 2500 RMS: 80035360085", conforme descrição detalhada constante no Termo de Permissão de Uso.

Art. 2º. As condições, finalidades, obrigações, responsabilidades e prazo da Permissão de Uso constam na minuta do respectivo Termo, que faz parte integrante desta Lei.

Art. 3°. A presente Lei entra em vigor na data de sua publicação.

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL DE BARÃO, aos dezoito dias do mês de julho de 2012.

CLÁUDIO FERRARI
PREFEITO MUNICIPAL

Registre-se e Publique-se
Em 18/07/2012

Secretaria da Administração

MINUTA DE TERMO DE PERMISSÃO DE USO

Termo de Permissão de uso de equipamento, conforme autorização da Lei Municipal nº..... /2012.

O Município de Barão, pessoa jurídica de direito público, inscrito no CNPJ sob nº 91.693.325/0001-52, com sede administrativa na Rua da Estação, 1085, representado neste ato por seu Prefeito Municipal Senhor Cláudio Ferrari, brasileiro, casado, residente e domiciliado a rua J.A. Raimundo Hartmann, 388, inscrito no CPF sob nº 405.520.120-68, ora em diante denominado **MUNICÍPIO** e a **ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE HOSPITAL SÃO JOSÉ (ABEHSJ)**, inscrita no CNPJ sob nº 87.860.375/0001-00, com sede na rua DR. Hoffer nº 190, na cidade de Barão/RS, representada neste ato pelo Presidente Sr. (a)....., brasileiro, residente e domiciliado em....., RG n° ..... e inscrito no CPF ....., ora designada de **HOSPITAL**, firmam o presente Termo de Permissão de Uso, que se regerá pelas seguintes cláusulas:

1 – OBJETO.

1.1 - O MUNICÍPIO permite o uso por parte do HOSPITAL, de um (01) monitor multiparâmetro, de propriedade do MUNICÍPIO, com as seguintes características:

1.1.1 – **MONITOR MULTIPARÂMETRO:**

Um (01) **monitor multiparâmetro**_ECG mínimo 3 (três) canais simultâneos 7 (sete) derivações, traçados com ganho e velocidade programáveis, detecção de QRS, proteção contra descarga do desfibrilador, detector de marcapasso. Integração de informações e curvas na mesma tela. Interfaces e configurações especificas para cada paciente (neonato, pediátrico e adulto). Monitor leve, compacto e facilmente transportável. Alarmes configuráveis pelo usuário. Histórico - Permite o acompanhamento da evolução do paciente de forma numérica (tabela) e/ou gráfica. Bateria Recarregável Interna. Tela do Vídeo Tipo: Cristal Líquido Colorido de Matriz Ativa. Respiração (Resp). Monitoração da freqüência respiratória. Detecção de apnéia com tempo programável. Oximetria (SpO2). Indicação numérica dos valores de saturação e pulso. Apresentação da curva pletismográfica. Pressão Arterial Não Invasiva (NIBP). Indicação numérica das pressões sistólica, média e diastólica. Medição automática com programação de intervalo ou medição manual por tecla dedicada. Modo STAT para monitoração contínua das pressões durante um intervalo de 5 minutos. Interrupção imediata do processo de medição por tecla dedicada. Temperatura (Temp). Sensores cutâneos/superficiais (esofágico-retais - opc). Especificações gerais. Dimensões mínimas 200 x 230 x 140 mm (alt x larg x prof) Alimentação. Rede Elétrica: 100 – 240 VCA (automática). Freqüência: 50/60 Hz. Alimentação DC: 10 – 18 VDC. Potência da Fonte: 120 VA. Bateria Recarregável Interna, com no mínimo de três horas de duração. Tela do Vídeo Tipo: Cristal Líquido Colorido de Matriz Ativa. Alarme de indicação sonoro e silenciar alarme. Acessórios mínimos, 01 manguito de pressão não invasiva adulto com cabo extensor, 01 cabo ECG de três vias, 01 sensor de temperatura com cabo extensor, 01 sensor de oximetria adulto completo e 01 infantil.

2 – FINALIDADE.

2.1 – O monitor multiparâmetro será utilizado pelo HOSPITAL com o fim de monitorar as funções vitais emodinâmicas dos pacientes, incluindo traçado do eletrocardiograma, oximetria, pressão não invasiva, freqüência cardíaca e

respiratória , objetivando salvar vidas, com a estabilização rápida do paciente.

3 - RESPONSABILIDADES E OBRIGAÇÕES.

3.1 – O HOSPITAL responsabiliza-se integralmente pela manutenção, conservação e guarda do equipamento, inclusive quanto à reposição de peças e consertos.

3.2 – O HOSPITAL é responsável ainda pelos salários, contribuições previdenciárias e sociais dos funcionários que eventualmente trabalharem com o equipamento, observando em tudo a legislação trabalhista e previdenciária pertinente à atividade.

3.3 – Obriga-se o HOSPITAL, em contrapartida pela Permissão de Uso, a atender aos pacientes, num trabalho conjunto com a Secretaria Municipal da Saúde.

3.4 - O equipamento objeto do presente Termo não poderá ser cedido ou transferido para terceiros, sob pena de cancelamento do pacto, e recolhimento do equipamento, pelo MUNICÍPIO.

4 - PRAZO DE VIGÊNCIA.

4.1 – O prazo de vigência do presente Termo será até 48 (quarenta e oito) meses, contado da data de assinatura deste instrumento, podendo ser prorrogado por períodos iguais e sucessivos períodos, sempre através de Termo Aditivo.

5 - RESCISÃO E DEVOLUÇÃO.

5.1 – Este Termo poderá ser rescindido:

a) pelas partes, de comum acordo;

b) pelo MUNICÍPIO, na hipótese de descumprimento pelo HOSPITAL de qualquer das obrigações e responsabilidades estabelecidas neste instrumento, baseando-se, para tanto, de comunicado escrito firmado pelo Sr. Prefeito Municipal;

c) por ato unilateral do MUNICÍPIO, havendo interesse público, com prévio aviso ao HOSPITAL de no mínimo 30 (trinta) dias.

5.2 – Rescindido o Termo ou ao término de seu prazo, a ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE HOSPITAL SÃO JOSÉ fica obrigada a devolver os equipamentos em perfeitas condições de uso, ressalvando-se o que resultar de seu desgaste natural.

5.3 – Por ocasião da devolução dos equipamentos, o MUNICÍPIO assinará termo de recebimento somente após rigorosa vistoria por parte de equipe técnica do MUNICÍPIO.

5.4 – A retirada dos equipamentos será feita às expensas do MUNICÍPIO.

6 - DO FORO.

6.1 – Elegem as partes o Foro da Comarca de Carlos Barbosa/RS para dirimir qualquer litígio decorrente do presente Termo.

E, por estarem assim justos e acordados, assinam o presente Termo, em 03 (três) vias de igual teor, na presença de duas testemunhas.

Barão, ...de..... de 2012.

CLÁUDIO FERRARI
PREFEITO MUNICIPAL

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE HOSPITAL SÃO JOSÉ

Testemunhas:

_____

_____

Nome:
CPF:

Nome:
CPF:

Visto. De acordo.

Jurídico do Município.