



LEI MUNICIPAL Nº 3.371 DE 04 DE ABRIL DE 2023.

**CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE VERANÓPOLIS E O MUNICÍPIO DE NOVA BASSANO, PARA REPASSE DE INCENTIVO À QUALIFICAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E OUTROS SERVIÇOS.**

**IVALDO DALLA COSTA**, Prefeito Municipal de Nova Bassano, Estado do Rio Grande do Sul, no uso de suas atribuições legais.

**FAÇO SABER** que a Câmara de Vereadores aprovou e eu sanciono e promulgo a seguinte Lei:

**Art. 1º** Fica autorizado o Poder Executivo Municipal a firmar Convênio nos termos da minuta anexa, com o Município de Veranópolis, com a interveniência da **ASSOCIAÇÃO VERANENSE DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE - AVAES**, para mútua colaboração entre os partícipes objetivando o repasse de incentivo de qualificação ao SUS ao HOSPITAL, para prestação de serviços durante 24 horas ao dia, incluindo atendimentos de urgência e emergência e outros serviços.

**Art. 2º** Este convênio tem a sua validade a partir de 01 de abril de 2023, tendo vigência de 9 meses.

**Art. 3º** As despesas decorrentes desta Lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, constantes na Lei Orçamentária.

08            *SECRETARIA DA SAUDE E ASSISTENCIA SOCIAL*  
02            *ASPS*  
10            *Saúde*  
302           *Assistência Hospitalar e Ambulatorial*  
0212          *Atenção Básica a Saúde*  
3.3.3.90.39.00.00..... *Outros Serviços de Terceiros*  
3.3.3.90.39.50.00..... *Servidos Médico-Hospitalar, Odontológicos e Laboratoriais*  
Recurso..... *0040 Ações e Serviços Públicos de Saúde- ASPS*

**Art. 4º** Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, surtindo efeitos a contar de 1º de abril de 2023.

GABINETE DO PREFEITO DE NOVA BASSANO, aos 04 dias do mês de abril de 2023.

  
**IVALDO DALLA COSTA**  
Prefeito Municipal

  
Registre-se e publique-se

Leda Maria Ravello  
Secretária Municipal da Administração



Mensagem nº 19/2023

Nova Bassano, RS, 16 de março de 2023.

Excelentíssimo Senhor Presidente,  
Ilustríssimos Senhores Vereadores:

Na oportunidade em que os cumprimento, externado votos de estima e consideração, encaminho para apreciação desta Casa, o Projeto de Lei em anexo, que dispõe a “ **CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE NOVA BASSANO E O MUNICÍPIO DE VERANÓPOLIS, PARA REPASSE DE INCENTIVO À QUALIFICAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E OUTROS SERVIÇOS.**

Considerando que, atualmente o Município possui Convênio para serviços de especialidades médicas com o Município de Veranópolis que, o Município sede (Veranópolis) irá realizar novo Convênio para adequação de vencimento e organização de todos os municípios da região de abrangência da referência.

Considerando que, o Município de Veranópolis é referência regional em especialidades médicas, conforme pactuação Estadual estabelecida. O serviço contratado serve como referência para serviços médicos hospitalares de especialidades não realizados no Hospital de nosso município, servindo como suporte em casos de maior gravidade.

O Presente **Convênio terá validade a partir de 01 de abril de 2023, tendo vigência de 9 meses**, dando sequência ao atual serviço oferecido e, desta forma para que o serviço não seja interrompido e assim comprometer o atendimento dos usuários que buscam os serviços, especialmente na urgência e emergência.

Na certeza de Vossa Compreensão, propomos o presente projeto de lei, que reflete interesse público, aguardando a sua aprovação, em regime de **URGENCIA**.

Atenciosamente,

  
JOÃO PAULO MAROSO  
Prefeito Municipal em Exercício



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
MUNICÍPIO DE NOVA BASSANO



Publicado em 04/04/23  
Através de: [assinatura]  
Secretaria Municipal de Administração

De: Secretaria da Administração

Para: Secretaria da Fazenda/Dep.de Orçamento e Finanças/Setor de Contabilidade

Data: 16/03/2023

**Assunto: Solicitação de pareceres contábil-orçamentário e financeiro**

a) Solicitamos parecer sobre a legalidade da despesa em relação ao Plano Plurianual, Lei de Diretrizes Orçamentárias, Lei Orçamentária Anual e Lei de Responsabilidade Fiscal, com a classificação orçamentária específica, para fins de:

**PROJETO DE LEI Nº 19 CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE VERANÓPOLIS E O MUNICÍPIO DE NOVA BASSANO, PARA REPASSE DE INCENTIVO À QUALIFICAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E OUTROS SERVIÇOS.**

b) Além disso, pedimos também, informar se as despesas relativas ao Projeto de Lei acima identificado estão enquadrada pela LDO como despesa irrelevante e, em caso negativo ou na hipótese de necessidade legal, este Parecer deve ser acompanhado da Estimativa de Impacto Orçamentário-Financeiro apresentando-se as premissas e a metodologia de cálculo utilizado.

**Leda Maria Ravanello**  
**Secretária da Administração**



## PROJETO DE LEI Nº 19/2023

### PARECER CONTÁBIL, ORÇAMENTÁRIO E FINANCEIRO

A presente despesa está prevista e compatível com o Plano Plurianual, com a Lei de Diretrizes Orçamentárias e com Lei Orçamentária Anual e de acordo com a Lei Complementar nº 101/2000, através de dotação orçamentária específica para o Projeto de Lei nº 19/2023 que autoriza o Poder Executivo Municipal a firmar Convênio com o Município de Veranópolis para repasse de incentivo à Qualificação do Sistema Único de Saúde – SUS e outros serviços:

08 SECRETARIA DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL  
02 ASPS  
10 Saúde  
302 Assistência Hospitalar e Ambulatorial  
0212 Atenção Básica a Saúde  
2044 Parceria com Hospitais  
3.3.3.90.39.00.00 Outros Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica (357)  
3.3.3.90.39.50.00 Serviços médico-hospitalar, odontológicos, laboratoriais(2096)  
Recurso 40 – Ações e Serviços Públicos de Saúde (ASPS)

Data: 16/03/2023.

  
Elis Paula Marzzaro  
CONTADORA - CRC/RS 091600/0  
MUNICÍPIO DE NOVA BASSANO/RS

**ASSINATURA DO CONTADOR**



**CONVÊNIO Nº 01 DE 04 DE ABRIL DE 2023.**

**Anexo Lei Municipal nº 3.371/2023**

**CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM OS  
MUNICÍPIOS DE NOVA BASSANO E VERANÓPOLIS,  
PARA REPASSE DE INCENTIVO À QUALIFICAÇÃO DO  
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) E OUTROS SERVIÇOS.**

**DOS PARTICÍPES**

**MUNICÍPIO CONVENIADO:**

**MUNICÍPIO DE VERANÓPOLIS**, pessoa jurídica de direito público, com sede administrativa na Rua Alfredo Chaves, nº 366, nesta cidade de Veranópolis, RS, inscrito no CNPJ sob o nº de 98.671.597/0001-09, neste ato representado pelo seu Prefeito Municipal Sr. Waldemar De Carli, residente e domiciliado nesta cidade.

**MUNICÍPIO CONVENENTE:**

**MUNICÍPIO DE NOVA BASSANO**, pessoa jurídica de direito público, com sede administrativa na Rua Silva Jardim, 505, na cidade de Nova Bassano, RS, inscrito no CNPJ sob o nº de 87.502.894/0001-04, neste ato representado pelo seu Prefeito Municipal Sr. IVALDO DALLA COSTA.

**INTERVENIENTE:**

**ASSOCIAÇÃO VERANENSE DE ASSISTÊNCIA EM SAÚDE - AVAES**, mantenedora do Hospital Comunitário São Peregrino Lazziozi, com sede na Rua Saul Irineu Farina, nº 160, Bairro São Peregrino Lazziozi, Veranópolis/RS, CEP 95.330-000, inscrita no CNPJ sob o nº 87.873.279/0001-04, de ora em diante designado HOSPITAL, representada por seu Diretor.

As partes acima mencionadas celebram o presente Convênio com fundamento nas respectivas Leis Municipais e na Lei Federal nº 8.666, de 21 de junho de 1993, mediante o estabelecimento das seguintes cláusulas e condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - Do Objeto**

O objeto do presente Convênio é a mútua colaboração entre os partícipes com a finalidade de repasse de incentivo de qualificação ao SUS destinado ao HOSPITAL, para prestação de serviços durante 24 horas ao dia, incluindo atendimentos de urgência e emergência e outros serviços, conforme discriminado nos respectivos planos de trabalho.

**CLAUSULA SEGUNDA - Das Obrigações das Partes**

Para o êxito do presente Convênio, cada partícipe comprometer-se-á nos termos a seguir propostos:

**1- O MUNICÍPIO DE VERANÓPOLIS se compromete:**

- a) celebrar contrato com o HOSPITAL para estabelecer as bases de relação entre os Municípios e o mesmo, integrando-o ao Sistema Único de Saúde, SUS, e definindo a sua inserção na rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde hospitalares e ambulatoriais, em caráter de urgência e eletivo, visando a garantia de atenção integral à saúde em todas as áreas contratadas, dentro do limite de sua capacidade instalada e pactuada à saúde dos usuários do SUS que deles necessitem;
- b) repassar, mensalmente, os recursos federais estimados para execução do contrato, conforme apresentação de fatura, a contar da data do depósito do Fundo Nacional de Saúde ao Fundo Municipal de Saúde dos recursos provenientes do teto Federal de Assistência do Ministério da Saúde, por força da Gestão Plena do Sistema Único de Saúde do Rio Grande do Sul e Adesão ao Pacto de Gestão; com exceção dos recursos FAEC, que serão repassados somente quando do recebimento dos mesmos, se for o caso;
- c) repassar, mensalmente, até o 15º (décimo quinto) dia útil de cada mês, ao HOSPITAL, os valores repassados pelos municípios convenientes, a título de incentivo à qualificação do SUS e incentivo para prestação de outros serviços;
- d) prestar orientação técnica e supervisionar a execução do Convênio, a fim de que seja alcançado o objeto proposto;
- e) fiscalizar a utilização dos recursos destinados ao HOSPITAL;
- f) acompanhar e avaliar a execução deste Convênio;
- g) manter a Comissão de Acompanhamento tanto da Contratação do HOSPITAL, quanto deste Convênio, sendo que esta Comissão deverá ser constituída por: no mínimo 02 (dois) representantes do HOSPITAL; pelo Gestor Municipal de Saúde de Veranópolis; 01 (um) representante da equipe do Sistema Municipal de Controle, Avaliação e Auditoria do SUS de Veranópolis; 01 (um) representante do Setor Administrativo da Secretaria Municipal da Saúde de Veranópolis; 02 (dois) membros do Conselho Municipal de Saúde de Veranópolis; 04 (quatro) representantes dos Municípios que fazem referência para Veranópolis, sendo 01 (um) do Município de Cotiporã, 01 (um) do Município de Fagundes Varela, 01 (um) do Município de Vila Flores e 01 (um) do Município de Nova Bassano;



h) a Comissão de Acompanhamento de Contrato analisará e deliberará a aprovação da Prestação de Contas mensal, apresentada pelo HOSPITAL, a qual será disponibilizada na mesma periodicidade, individualmente, para cada Município Conveniente, referente os serviços prestados.

**2- O MUNICÍPIO CONVENIENTE se compromete:**

- a) repassar, mensalmente, até o 3º (terceiro) dia útil de cada mês, ao MUNICÍPIO DE VERANÓPOLIS, as importâncias abaixo descritas:

**INCENTIVO MUNICIPAL DE QUALIFICAÇÃO AO SUS PARA PLANTÃO 24h e PLANTÃO DE SOBREAVISO DE MÉDICOS ESPECIALISTAS, INCLUINDO:**

- a) 01 Médico plantonista 24h, todos os dias da semana;  
b) segundo médico plantonista para suporte aos finais de semana e feriados;  
c) plantão 24h de médicos especialistas, nas especialidades de: pediatria, cirurgia geral, obstetrícia, ortopedia e traumatologia, anestesia e cardiologia, bem como na modalidade chamado para avaliações das seguintes especialidades: neurologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, buco-maxilo-facial, cirurgia plástica (queimados e lesões de pele), urologia, entre outros, conforme necessidade.

Per capita R\$ 9,10

| ITEM | MUNICÍPIO    | POPULAÇÃO* | REPASSE FIXO MENSAL | VALOR TOTAL | DOTAÇÃO |
|------|--------------|------------|---------------------|-------------|---------|
| 05   | Nova Bassano | 900        | 8.190,00            | 73.710,00   | 1098    |

\*População estimada 2022- IBGE, com exceção do Município de Nova Bassano, que estima população referenciada para Veranópolis.

**INCENTIVO MUNICIPAL À MANUTENÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS NO PRONTO ATENDIMENTO, EM NÍVEL AMBULATORIAL**, a fim de garantir o acesso integral dos usuários aos serviços disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde no pronto atendimento, durante 24h, todos os dias da semana, incluindo exames laboratoriais não constantes na Tabela SUS, bem como incentivo para os exames de raio-x.

Per capita R\$ 2,26

| ITEM | MUNICÍPIO    | REPASSE FIXO MENSAL | VALOR TOTAL | DOTAÇÃO |
|------|--------------|---------------------|-------------|---------|
| 10   | Nova Bassano | 2.034,00            | 18.306,00   | 1098    |

**INCENTIVO MUNICIPAL PARA CUMPRIMENTO DE METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS**, conforme discriminado no Plano Operativo – Parte 2. Os valores serão repassados pelos municípios, sendo o percentual de cada um calculado *per capita*, totalizando um incentivo mensal de até R\$ 18.480,00, conforme somatório da pontuação atingida.

| ITEM | MUNICÍPIO    | PERCENTUAL (%) | TETO MÁXIMO MENSAL | VALOR TOTAL | DOTAÇÃO |
|------|--------------|----------------|--------------------|-------------|---------|
| 15   | Nova Bassano | 2              | 369,60             | 3.326,40    | 1098    |

**INCENTIVO DE QUALIFICAÇÃO AO SUS PARA DISPONIBILIZAÇÃO DE EQUIPE TÉCNICA PARA TRANSFERÊNCIA DE PACIENTES EXCLUSIVAMENTE SUS**, do HCSPL a outros municípios de referência, bem como para busca de pacientes internados em outras instituições de saúde, com destino ao HCSPL. Sendo:

| ITEM | MUNICÍPIO    | REPASSE FIXO MENSAL | VALOR TOTAL | DOTAÇÃO |
|------|--------------|---------------------|-------------|---------|
| 20   | Nova Bassano | 399,00              | 3.591,00    | 1098    |

**ITENS PACTUADOS + INCENTIVOS MUNICIPAIS DE QUALIFICAÇÃO AO SUS  
PAGAMENTO CONFORME PRODUÇÃO**

**ITEM 25- INTERNAÇÃO HOSPITALAR RECURSO MAC**

Estimativa de 165 AIH mensais com valor médio unitário de R\$ 618,58

Valor estimado mensal de R\$ 96.015,67+ R\$ 6.050,46 referente atualização de tabela PORTARIA GM/MS Nº 1.388, DE 9 DE JUNHO DE 2022 = R\$ 102.066,13

Valor previsto para 9 meses R\$ 918.595,17- DOTAÇÃO 1029

| MUNICÍPIO    | QUANT AIH MENSAL ESTIMADA | FINANCEIRO MENSAL ESTIMADO |
|--------------|---------------------------|----------------------------|
| Nova Bassano | 9                         | 5.392,48                   |

**INCENTIVO MUNICIPAL DE QUALIFICAÇÃO ÀS INTERNAÇÕES CIRÚRGICAS - CIRURGIA GERAL**

Valor unitário de R\$ 840,00

| ITEM | MUNICÍPIO    | QUANTIDADE ESTIMADA/ MÊS | VALOR ESTIMADO MENSAL | LIMITE 9 MESES | DOTAÇÃO |
|------|--------------|--------------------------|-----------------------|----------------|---------|
| 30   | Nova Bassano | 2                        | 1.680,00              | 15.120,00      | 1098    |

**INCENTIVO MUNICIPAL DE QUALIFICAÇÃO ÀS INTERNAÇÕES CIRÚRGICAS PARA CIRURGIAS MÚLTIPLAS**



a) garantir a realização de cirurgias múltiplas, atos cirúrgicos, aos pacientes usuários do SUS, quando indicado, através de uma única ou várias vias de acesso e praticados sob o mesmo ato anestésico;

b) O valor da complementação será único quando faturado o código 04.15.01.001-02- Tratamento com Cirurgias Múltiplas.

Valor unitário de R\$ 1.207,50

| ITEM | MUNICÍPIO    | QUANTIDADE ESTIMADA/ MÊS | VALOR ESTIMADO MENSAL | LIMITE 9 MESES | DOTAÇÃO |
|------|--------------|--------------------------|-----------------------|----------------|---------|
| 35   | Nova Bassano | 01                       | 1.207,50              | 10.867,50      | 1098    |

**INCENTIVO MUNICIPAL DE QUALIFICAÇÃO AO SUS PARA A REALIZAÇÃO DE PARTO NORMAL**- incluindo analgesia durante o trabalho de parto, considerando adesão à Rede de Atenção ao Parto e Nascimento do Estado do RS

Valor unitário de R\$ 1.386,00

| ITEM | MUNICÍPIO    | QUANTIDADE ESTIMADA/ MÊS | VALOR ESTIMADO MENSAL | LIMITE 9 MESES | DOTAÇÃO |
|------|--------------|--------------------------|-----------------------|----------------|---------|
| 40   | Nova Bassano | 2                        | 2.772,00              | 24.948,00      | 1098    |

**INCENTIVO MUNICIPAL DE QUALIFICAÇÃO ÀS INTERNAÇÕES CIRÚRGICAS- CIRURGIA TRAUMATOLÓGICA**, sendo que até 30% das cirurgias realizadas mensalmente serão para tratamento de ligamento cruzado, caso haja demanda para tal

Valor unitário R\$ 1.942,50

| ITEM | MUNICÍPIO    | QUANTIDADE ESTIMADA/ MÊS | VALOR ESTIMADO MENSAL | LIMITE 9 MESES | DOTAÇÃO |
|------|--------------|--------------------------|-----------------------|----------------|---------|
| 45   | Nova Bassano | 4                        | 7.770,00              | 69.930,00      | 1098    |

**INCENTIVO MUNICIPAL DE QUALIFICAÇÃO ÀS INTERNAÇÕES CLÍNICAS**

Valor unitário R\$ 346,50

| ITEM | MUNICÍPIO    | QUANTIDADE ESTIMADA/ MÊS | VALOR ESTIMADO MENSAL | LIMITE 9 MESES | DOTAÇÃO |
|------|--------------|--------------------------|-----------------------|----------------|---------|
| 50   | Nova Bassano | 1                        | 346,50                | 3.118,50       | 1098    |

**INCENTIVO MUNICIPAL PARA REALIZAÇÃO DE TOMOGRAFIAS NO PRONTO SOCORRO, EM CARÁTER DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Valor unitário R\$ 367,50

| ITEM | MUNICÍPIO    | QUANTIDADE ESTIMADA/ MÊS | VALOR ESTIMADO MENSAL | LIMITE 9 MESES | DOTAÇÃO |
|------|--------------|--------------------------|-----------------------|----------------|---------|
| 60   | Nova Bassano | 2                        | 735,00                | 6.615,00       | 1098    |

**INCENTIVO MUNICIPAL DE QUALIFICAÇÃO AO SUS PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS REALIZADOS EM NÍVEL HOSPITALAR, CONFORME TABELA ABAIXO:**

| DESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                            | VALOR UNIT (R\$) |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO (mathergan), incluindo sala, materiais e medicamentos                                                                                                                                                     | 325,50           |
| CISTOSCOPIA com anestesia                                                                                                                                                                                                            | 1.701,00         |
| CISTOSCOPIA sem anestesia                                                                                                                                                                                                            | 1.260,00         |
| COLONOSCOPIA                                                                                                                                                                                                                         | 546,00           |
| CURATIVO C/ ACOMPANHAMENTO DE MÉDICO ESPECIALISTA EM PELE E FERIDAS*<br>*Critério de autorização: grandes queimados e úlceras de decúbito, pressão e varicosa, conforme encaminhamento da SMS (de 01 a 04 atendimentos por paciente) | 84,00            |
| ENDOSCOPIA COM E SEM PRESENÇA DE ANESTESISTA NA SALA em casos específicos, conforme indicação do médico especialista                                                                                                                 | 294,00           |
| EPISTAXE                                                                                                                                                                                                                             | 525,00           |
| EXERESE UNGUEAL                                                                                                                                                                                                                      | 199,50           |
| FRENECTOMIA LINGUAL COM ANESTESIA LOCAL                                                                                                                                                                                              | 315,00           |
| GESSO MEMBRO SUPERIOR E INFERIOR                                                                                                                                                                                                     | 168,50           |
| HEMOSTASIA                                                                                                                                                                                                                           | 52,50            |
| INCISÃO E DRENAGEM DE ABCESSO                                                                                                                                                                                                        | 262,50           |
| LIBERAÇÃO DE DEQUERVAIN                                                                                                                                                                                                              | 1.260,00         |
| REDUÇÃO DE FRATURA E/ OU LUXAÇÃO COM SEDAÇÃO                                                                                                                                                                                         | 1.260,00         |



|                                                                    |          |
|--------------------------------------------------------------------|----------|
| REDUÇÃO DE FRATURA E/ OU LUXAÇÃO SEM SEDAÇÃO                       | 262,50   |
| RESSECÇÃO – CISTO SINOVIAL COM ANESTESIA LOCAL                     | 840,00   |
| RETIRADA DE CATÉTER DUPLO J com anestesia                          | 1.155,00 |
| RETIRADA DE CATÉTER DUPLO J sem anestesia                          | 714,00   |
| RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CAVIDADE AUD e NASAL                 | 149,10   |
| RETIRADA DE CORPO ESTRANHO POR VIA ENDOSCÓPICA                     | 735,00   |
| RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO                              | 149,10   |
| SANGRIA TERAPÊUTICA                                                | 105,00   |
| TAMPONAMENTO NASAL                                                 | 105,00   |
| TENORRAFIA                                                         | 1.260,00 |
| TRATAMENTO DE DEDO EM GATILHO                                      | 1.102,50 |
| TRATAMENTO DE SÍNDROME COMPRESSIVA EM TÚNEL OSTEO FIBROSO DO CARPO | 1.260,00 |

Sendo:

| ITEM | MUNICÍPIO    | VALOR ESTIMADO MENSAL | LIMITE 9 MESES | DOTAÇÃO |
|------|--------------|-----------------------|----------------|---------|
| 72   | Nova Bassano | 2.000,00              | 18.000,00      | 1098    |

INCENTIVO MUNICIPAL DE QUALIFICAÇÃO AO SUS PARA ANÁLISE DE EXAMES ANATOMOPATOLÓGICOS APÓS A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO CIRÚRGICO, incluindo:  
AP valor unitário R\$ 30,24

| ITEM | MUNICÍPIO    | VALOR ESTIMADO MENSAL | LIMITE 9 MESES | DOTAÇÃO |
|------|--------------|-----------------------|----------------|---------|
| 77   | Nova Bassano | 150,00                | 1.350,00       | 1098    |

INCENTIVO MUNICIPAL DE QUALIFICAÇÃO AO SUS PARA AQUISIÇÃO DE MATERIAL ESPECIAL (OPME) + TAXA DE ESTERELIZAÇÃO (10%) para ser utilizado em procedimentos cirúrgicos de média complexidade, quando necessário e comprovado com laudo médico do SUS indicando a necessidade do material, sendo que o pagamento ocorrerá mediante apresentação de nota fiscal de compra do produto. Obs: Materiais não compatíveis com código SUS somente poderão ser faturados mediante autorização prévia das Secretarias Municipais da Saúde.

| ITEM | MUNICÍPIO    | VALOR ESTIMADO MENSAL | LIMITE 9 MESES | DOTAÇÃO |
|------|--------------|-----------------------|----------------|---------|
| 82   | Nova Bassano | 1.250,00              | 11.250,00      | 1098    |

CIRURGIA GERAL DE BAIXA E MÉDIA COMPLEXIDADE, EM CARÁTER ELETIVO - EXTRA TETO FINANCEIRO- Valor pacote R\$ 3.500,00

Pacote contempla avaliação pré-cirúrgica, avaliação anestésica, internação, procedimento cirúrgico (incluindo materiais especiais cobertos pelo SUS e anatomopatológico, se necessário) e consulta pós-operatória

| ITEM | MUNICÍPIO    | QUANTIDADE ESTIMADA/ MÊS | VALOR ESTIMADO MENSAL | LIMITE 9 MESES | DOTAÇÃO |
|------|--------------|--------------------------|-----------------------|----------------|---------|
| 91   | Nova Bassano | 5                        | 17.500,00             | 157.500,00     | 1098    |

CIRURGIA TRAUMATOLÓGICA DE BAIXA E MÉDIA COMPLEXIDADE, EM CARÁTER ELETIVO - EXTRA TETO FINANCEIRO- Valor pacote R\$ 4.500,00

Pacote contempla avaliação pré-cirúrgica, avaliação anestésica, internação, procedimento cirúrgico (incluindo materiais especiais cobertos pelo SUS e anatomopatológico, se necessário) e consulta pós-operatória

| ITEM | MUNICÍPIO    | QUANTIDADE ESTIMADA/ MÊS | VALOR ESTIMADO MENSAL | LIMITE 9 MESES | DOTAÇÃO |
|------|--------------|--------------------------|-----------------------|----------------|---------|
| 96   | Nova Bassano | 10                       | 45.000,00             | 405.000,00     | 1098    |

AValiação ELETIVA COM CIRURGIÃO- CONFORME FLUXO CRIADO PELA SECRETARIA DA SAÚDE  
Valor unitário R\$ 110,00

| ITEM | MUNICÍPIO    | QUANTIDADE ESTIMADA/ MÊS | VALOR ESTIMADO MENSAL | LIMITE 9 MESES | DOTAÇÃO |
|------|--------------|--------------------------|-----------------------|----------------|---------|
| 101  | Nova Bassano | 10                       | 1.100,00              | 9.900,00       | 1098    |

AQUISIÇÃO DE MATERIAL ESPECIAL (OPME) + TAXA DE ESTERELIZAÇÃO (10%) DE MATERIAIS NÃO COMPATÍVEIS COM CÓDIGO SUS, para serem utilizados em procedimentos cirúrgicos de média complexidade, quando necessário e comprovado com laudo médico do SUS indicando a necessidade do material, sendo que o pagamento ocorrerá mediante apresentação de nota fiscal de compra do produto.



Obs: Estes materiais somente poderão ser faturados mediante autorização prévia da Secretaria Municipal da Saúde.

| ITEM | MUNICÍPIO    | VALOR ESTIMADO<br>MENSAL | LIMITE 9 MESES | DOTAÇÃO |
|------|--------------|--------------------------|----------------|---------|
| 106  | Nova Bassano | 3.000,00                 | 27.000,00      | 1098    |

**PLANO OPERATIVO- PARTE 2  
METAS QUALITATIVAS E QUANTITATIVAS**

O Hospital Comunitário São Peregrino Lazziozi receberá o percentual correspondente ao somatório da pontuação (conforme tabela abaixo) do valor estabelecido como Incentivo a fim de cumprimento de METAS QUANTITATIVAS E QUALITATIVAS.

| Somatório da pontuação atingida | Percentual do Total de Recursos destinados ao<br>Desempenho |
|---------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Até 50                          | 50%                                                         |
| De 51 – 75                      | 75%                                                         |
| De 76 – 90                      | 90%                                                         |
| De 91 – 100                     | 100%                                                        |

**PLANO OPERATIVO DO HOSPITAL COMUNITÁRIO SÃO PEREGRINO  
LAZZIOZI /2018**

| Nº | TIPO<br>DE<br>META | INDICADORES                                    | METAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | AValiação                                                                                                                  | VALOR |
|----|--------------------|------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 1  | Ensino             | Atividades de Educação Continuada e permanente | Desenvolver atividades humanizadoras conforme a Política Nacional de Humanização do SUS, bem como ofertar capacitação sobre a operacionalidade de acesso aos serviços para servidores da rede SUS de Veranópolis e Microrregião de fluxos e protocolos de atendimento, além de possibilitar a qualificação de todos os funcionários do Hospital.<br><br>Capacitar equipe de enfermagem e médica para boas práticas na assistência obstétrica e neonatal.           | Apresentar à comissão o cronograma das capacitações, e a ficha de presença dos participantes e funcionários.               | 5     |
| 2  | Qualitativa        | Índice de Satisfação do Cliente                | Garantir no mínimo 85% de ótimo/bom da pesquisa interna, de satisfação dos usuários SUS.<br><br>Na primeira semana de cada mês, os apontamentos formalizados pelos clientes nas Secretarias da Saúde serão repassados oficialmente ao HCSPL, a fim da instituição investigar a ocorrência e se manifestar na reunião mensal de prestação de contas.<br><br>Estes apontamentos devem ser levados em consideração para o cálculo do índice de satisfação do cliente. | Apresentar cronograma de datas de abertura das urnas, para que a equipe de auditoria acompanhe a contabilização dos dados. | 5     |
| 3  | Qualitativa        | Causas Evitáveis de Óbitos Infantis e maternos | Reduzir para 0 ao ano o número de óbitos maternos e infantis ocorridos por ações diretamente relacionadas ao atendimento ao parto e recém-nascido.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Apresentação número de óbitos.                                                                                             | 7,5   |



|    |              |                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                            |   |
|----|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---|
| 4  | Qualitativa  | Notificação para Vigilância Epidemiológica- Óbitos maternos, fetais e infantis Declaração de nascimento                                                | Preencher e encaminhar para a Secretaria Municipal da Saúde – Setor de Vigilância Epidemiológica, os formulários específicos para revisão de óbitos maternos, fetais e infantis; Qualificação das declarações de nascimento, através do preenchimento de todas as informações solicitadas no formulário específico, objetivando a alimentação do banco de dados Nacional- SINASC (Sistema Nacional Informatizado de Nascidos Vivos), que é realizado pela Secretaria Municipal da Saúde. | Apresentação número de notificações preenchidas com informações completas.                                 | 5 |
| 5  | Qualitativa  | Taxa de Cesariana e Indicação de Partos Cesáreos                                                                                                       | Reduzir em 20% o índice de parto cesáreo na média dos últimos 12 meses.<br><br>Preconizado 15% pela OMS e 20% pelo MS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Apresentação número e percentual.                                                                          | 8 |
| 6  | Qualitativa  | Taxa de ocupação dos Leitos de Saúde Mental                                                                                                            | Reduzir o número de reinternação nos leitos de saúde mental SUS.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | Apresentação número de internações mensais.                                                                | 5 |
| 7  | Qualitativa  | Notificação de internações de repetição                                                                                                                | Notificar, mensalmente, o serviço de Atenção Básica do município, através de relatório, com os seguintes critérios: Reinternações pelo mesmo CID, no período de até 30 dias, inclusive pacientes SM; Informações do paciente: nome, data de nascimento, a data e o motivo da internação.                                                                                                                                                                                                 | Apresentação de relatório, mensal, com informações das reinternações.                                      | 7 |
| 8  | Qualitativa  | Taxa de infecções hospitalares                                                                                                                         | Manter o percentual de infecções, na média dos últimos 12 meses, abaixo 2,00%;                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Apresentação do número de infecções hospitalares semestralmente.                                           | 5 |
| 9  | Quantitativa | Número de acompanhantes de escolha da mulher durante todo o período de internação. RDC 36/2008                                                         | Garantir que 100% das gestantes possam escolher o acompanhante durante o pré parto, parto e pós-parto.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Apresentação número de mulheres que tiveram acompanhantes e justificativa das que não tiveram.             | 5 |
| 10 | Quantitativa | Percentual de RN com contato imediato pele a pele efetivo durante a primeira hora de vida, independentemente do tipo de parto realizado. (RDC 36/2008) | Garantir que 70% dos recém-nascidos tenham contato pele a pele efetivo com a mãe durante a primeira hora de vida, independentemente do tipo de parto realizado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Apresentação número de recém-nascidos que tiveram contato pele a pele e justificativa dos que não tiveram. | 5 |



|    |              |                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |     |
|----|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 11 | Quantitativa | Percentual de RN com aleitamento materno exclusivamente na alta, independentemente do tipo de parto realizado. RDC 36/2008 | <p>Garantir que 100% dos recém-nascidos sejam estimulados ao aleitamento materno exclusivo, independentemente do tipo de parto realizado.</p> <p>Orientar as mães quanto a amamentação e cuidados com as mamas.</p> <p>Evitar a oferta de fórmula industrializada para o RN.</p>                                                                                                                              | <p>Apresentação número de recém-nascidos que receberam aleitamento materno exclusivamente na alta, independentemente do tipo de parto realizado. Com exceção daqueles em que houver contraindicação para este tipo de prática. Inclui apresentação de relatório mensal de nascimentos, bem como registro da evolução da família com relação à amamentação, para posterior seguinte na rede básica de saúde.</p> <p>Apresentar justificativa, quando o RN não tiver indicação de aleitamento materno.</p> | 5   |
| 12 | Quantitativa | Taxa de testes rápidos de HIV e Sífilis para gestantes SUS e seus parceiros, e não SUS, no momento do parto                | <p>Realizar em 100% das gestantes SUS e seus parceiros, e não SUS, os testes rápidos de HIV e Sífilis, no momento do parto.</p> <p>Encaminhar os parceiros testados, com resultados positivos para a Vigilância Epidemiológica.</p>                                                                                                                                                                           | <p>Apresentação número de testes realizados no mês.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 7,5 |
| 13 | Qualitativa  | Taxa de internações SUS por condições sensíveis                                                                            | <p>Trabalhar em consonância com a Gestão Pública municipal para redução das internações por condições sensíveis à Atenção Básica.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>Emitir mensalmente relatório dos atendimentos que geraram observação e ou internação por condições sensíveis. Segue ANEXO I rol de causas (condições sensíveis e Lista CID-10) pelo qual será monitorado indicador de Proporção de internações por condições sensíveis à Atenção Básica.</p>                                                                                                                                                                                                          | 10  |
| 14 | Quantitativa | <p>Teste do Pezinho</p> <p>Teste da Orelhinha</p>                                                                          | <p>Encaminhar 100% dos recém-nascidos, através de seus responsáveis, para as Unidades de Saúde do município, a fim de realização do Teste do Pezinho, no tempo correto para que, em caso de necessidade, haja intervenção precoce. Inclui o encaminhamento no 3º (terceiro) até o 5º (quinto) dia após o nascimento.</p> <p>Realização do Teste da Orelhinha em 100% dos RN SUS nascidos da Microrregião.</p> | <p>Apresentação número de encaminhamentos para realizar o teste do pezinho e planilha com assinatura responsáveis do RN.</p> <p>Apresentação número de testes da orelhinha realizados.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 5   |



|        |              |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                             |     |
|--------|--------------|-----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| 15     | Quantitativa | Formas de Violência                                                   | Notificar em formulário específico 100% dos atendimentos a nível hospitalar, decorrentes de todas as formas de violência (doméstica, trânsito, moral, uso da força corporal ou abuso de substâncias), objetivando a prevenção e o fortalecimento da rede de atendimento à violência.                                                                                   | Apresentar número de formulários específicos preenchidos.                                                   | 5   |
| 16     | Quantitativa | Acidentes com animais peçonhentos                                     | Notificar 100% dos acidentes com animais peçonhentos, em formulário específico.                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Apresentar número de formulários específicos preenchidos.                                                   | 2   |
| 17     | Quantitativa | Acidentes de Trabalho                                                 | Notificar em formulário específico 100% dos acidentes de trabalho que geram atendimentos ambulatoriais, internações hospitalares e/ou encaminhamentos para serviços de maior complexidade (especialidades).                                                                                                                                                            | Apresentar número de formulários específicos preenchidos e parecer de conduta diante aos casos notificados. | 2   |
| 18     | Quantitativa | Notificação para Vigilância- DNC (Doenças de Notificação Compulsória) | Garantir a notificação de doenças compulsórias, objetivando o cumprimento da determinação da Vigilância em Saúde Federal, Estadual e Municipal conforme Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Preencher o formulário específico e contato telefônico com a Equipe de Vigilância em Saúde Municipal.                                                                | Apresentar número de notificações de doenças compulsórias e formulários preenchidos.                        | 2   |
| 19     | Quantitativa | Notificação para Vigilância- DTA- Doenças transmitidas por alimentos  | Notificar 100% dos casos de surtos por doenças transmitidas por alimentos em pacientes com vínculo epidemiológico, objetivando a fiscalização dos estabelecimentos que comercializam e/ou preparam alimentos para o consumo humano. Inclui comunicação ao Setor de Vigilância Sanitária do município, dentro das primeiras 24 horas decorrentes da ingestão alimentar. | Apresentar número de casos por doenças transmitidas por alimentos.                                          | 2   |
| 20     | Quantitativa | Notificação para Vigilância- Doenças Diarreicas                       | Notificar 100% dos pacientes que procuram atendimento ambulatorial ou internam no Hospital em decorrência de doenças diarreicas, objetivando o monitoramento de casos de surto, com posterior investigação. Inclui o registro semanal em formulário específico.                                                                                                        | Apresentar número de casos por doenças diarreicas.                                                          | 2   |
| TOTAL: |              |                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                             | 100 |



### Condições Sensíveis

1. Doenças preveníveis por imunização e outras DIP

2. Gastroenterites Infecciosas e complicações

3. Anemia

4. Deficiências nutricionais

5. Infecções de ouvido, nariz e garganta

6. Pneumonias bacterianas

7. Asma

8. Bronquites

9. Hipertensão

10. Angina

11. Insuficiência cardíaca

12. Diabetes *mellitus*

13. Epilepsias

14. Infecção no rim e trato urinário

15. Infecção da pele e tecido subcutâneo

16. Doença Inflamatória órgãos pélvicos femininos

### Lista CID-10

A15-A199; A33-A379; A50-A539;  
A95-A959; B05-B069; B16-B169;  
B26-B269; B50-B549; B77-B779;  
G000; I00-I029.

A00-A099; E86-E869.

D50-D509.

E40-E469; E50-E649.

H66-H669; J00-J009; J01-J019;  
J02-J029; J03-J039; J06-J069; J31-J319.

J13-J139; J14-J149; J153-J154;  
J158-J159; J181.

J45-j459.

J20-J229; J40-J429.

I10-I109; I11-I119.

I20-I209.

I50-I509.

E10-E149.

G40-G409.

N30-N309; N34-N349; N390.

A46-A469; L01-L019; L02-L029;  
L03-L039; L04-L049; L08-L089.

N70-N709; N71-N719; N72-N729;  
N73-N739; N75-N759; N76-N769.



**1. INCENTIVO MUNICIPAL DE QUALIFICAÇÃO ÀS INTERNAÇÕES CIRÚRGICAS- CIRURGIA GERAL**

Valor unitário de R\$ 700,00

| MUNICÍPIO    | QUANTIDADE ESTIMADA/<br>MÊS | VALOR ESTIMADO<br>MENSAL | LIMITE ANUAL |
|--------------|-----------------------------|--------------------------|--------------|
| Nova Bassano | 03                          | 2.100,00                 | 25.200,00    |

**2. INCENTIVO MUNICIPAL DE QUALIFICAÇÃO ÀS INTERNAÇÕES CIRÚRGICAS PARA CIRURGIA MÚLTIPLAS:**

a) garantir a realização de cirurgias múltiplas, atps cirúrgicos, aos pacientes usuários do SUS, quando indicado, através de uma única ou várias vias de acesso e praticados sob o mesmo ato anestésico;

b) O valor da complementação será único faturado o código 04.15.01.001-02 – Tratamento com Cirurgias Múltiplas.

Valor unitário de R\$ 1.000,00

| MUNICÍPIO    | QUANTIDADE ESTIMADA/<br>MÊS | VALOR ESTIMADO<br>MENSAL | LIMITE ANUAL |
|--------------|-----------------------------|--------------------------|--------------|
| Nova Bassano | 01                          | 1.000,00                 | 12.000,00    |

**3. INCENTIVO MUNICIPAL DE QUALIFICAÇÃO AO SUS PARA A REALIZAÇÃO DE PARTO NORMAL-** incluindo analgesia durante o trabalho de parto, considerando adesão à Rede de Atenção ao Parto e Nascimento do Estado do RS.

Valor unitário de R\$ 1.200,00

| MUNICÍPIO    | QUANTIDADE ESTIMADA/<br>MÊS | VALOR ESTIMADO<br>MENSAL | LIMITE ANUAL |
|--------------|-----------------------------|--------------------------|--------------|
| Nova Bassano | 02                          | 2.400,00                 | 28.800,00    |

**4. INCENTIVO MUNICIPAL DE QUALIFICAÇÃO ÀS INTERNAÇÕES CIRÚRGICAS - CIRURGIA TRAUMATOLÓGICA**

Valor unitário R\$ 1.575,00

| MUNICÍPIO    | QUANTIDADE ESTIMADA/<br>MÊS | VALOR ESTIMADO<br>MENSAL | LIMITE ANUAL |
|--------------|-----------------------------|--------------------------|--------------|
| Nova Bassano | 05                          | 7.875,00                 | 94.500,00    |

**5. INCENTIVO MUNICIPAL DE QUALIFICAÇÃO AS INTERNACÔ.**

Valor unitário R\$ 300,00

| MUNICÍPIO    | QUANTIDADE ESTIMADA/<br>MÊS | VALOR ESTIMADO<br>MENSAL | LIMITE ANUAL |
|--------------|-----------------------------|--------------------------|--------------|
| Nova Bassano | 01                          | 300                      | 3.600,00     |

**6. INCENTIVO MUNICIPAL PARA MANUTENÇÃO DAS TOMOGRAFIAS REALIZADAS NO PRONTO SOCORRO (COFINANCIAMENTO PARA COTA SUS)**

Valor unitário R\$ 250,00

| MUNICÍPIO    | QUANTIDADE ESTIMADA/<br>MÊS | VALOR ESTIMADO<br>MENSAL | LIMITE ANUAL |
|--------------|-----------------------------|--------------------------|--------------|
| Nova Bassano | 04                          | 1.000,00                 | 12.000,00    |

**7. INCENTIVO MUNICIPAL PARA REALIZAÇÃO DE TOMOGRAFIAS NO PRONTO SOCORRO, EM CARÁTER DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA**

Valor unitário R\$ 330,00

| MUNICÍPIO    | QUANTIDADE ESTIMADA/<br>MÊS | VALOR ESTIMADO<br>MENSAL | LIMITE ANUAL |
|--------------|-----------------------------|--------------------------|--------------|
| Nova Bassano | 02                          | 660,00                   | 7.920,00     |

**8. INCENTIVO MUNICIPAL DE QUALIFICAÇÃO AO SUS PARA PLANTÃO 24H, INCLUINDO:**

a) 01 Médico plantonista 24h, todos os dias da semana

b) segundo médico para suporte aos finais de semana e feriados

Per capita de R\$ 5,14

| MUNICÍPIO    | POPULAÇÃO<br>REFERENCIADA* | REPASSE FIXO MENSAL | LIMITE ANUAL |
|--------------|----------------------------|---------------------|--------------|
| Nova Bassano | 1.520                      | 7.812,80            | 93.753,60    |

\*População estimada 2019- IBGE

**9. INCENTIVO MUNICIPAL DE QUALIFICAÇÃO AO SUS PARA GARANTIA DE SOBREAVISO DE PLANTÃO 24 h DE MÉDICOS ESPECIALISTAS,** nas especialidades de: pediatria, cirurgia geral, obstetrícia, ortopedia e traumatologia e anestesia, bem como na MODALIDADE CHAMADO para avaliações das seguintes especialidades: neurologia, cardiologia, oftalmologia, otorrinolaringologia, buco-maxilo-facial, cirurgia plástica (queimados e lesões de pele), urologia, entre outros.

| MUNICÍPIO    | REPASSE FIXO MENSAL | LIMITE ANUAL |
|--------------|---------------------|--------------|
| Nova Bassano | 3.036,32            | 36.435,84    |



**10. INCENTIVO MUNICIPAL À MANUTENÇÃO DOS SERVIÇOS PRESTADOS NO PRONTO ATENDIMENTO, EM NÍVEL AMBULATORIAL:**

a) garantir acesso integral aos serviços disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde no pronto atendimento, durante 24h, todos os dias da semana

| MUNICÍPIO    | REPASSE FIXO MENSAL | LIMITE ANUAL |
|--------------|---------------------|--------------|
| Nova Bassano | 2.537,22            | 30.446,64    |

**9. INCENTIVO MUNICIPAL DE QUALIFICAÇÃO AO SUS PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS EM CARÁTER ELETIVO, REALIZADOS NO CENTRO CLÍNICO, CONFORME TABELA ABAIXO:**

| DESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                         | VALOR UNIT (RS) |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|
| ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO (pulsoterapia e ferro), incluindo sala, materiais e medicamentos – valor por aplicação                                                                                                                 | 80,00           |
| ADMINISTRAÇÃO DE MEDICAÇÃO (mathergan), incluindo sala, materiais e medicamentos                                                                                                                                                  | 310,00          |
| BIÓPSIA DE BOCA                                                                                                                                                                                                                   | 225,00          |
| BIÓPSIA DO CANAL ANAL                                                                                                                                                                                                             | 240,00          |
| BIÓPSIA DE VULVA                                                                                                                                                                                                                  | 213,00          |
| BIÓPSIA INCISAL DE PELE INCISIONAL                                                                                                                                                                                                | 250,00          |
| CANTOPLASTIA                                                                                                                                                                                                                      | 200,00          |
| CAUTERIZAÇÃO DE COLO DE ÚTERO                                                                                                                                                                                                     | 298,50          |
| CISTOSCOPIA com anestesia                                                                                                                                                                                                         | 1.620,00        |
| CISTOSCOPIA sem anestesia                                                                                                                                                                                                         | 1.200,00        |
| COLOCAÇÃO DE DIU DE COBRE                                                                                                                                                                                                         | 373,00          |
| CONDILOMA (VERRUGAS)                                                                                                                                                                                                              | 298,00          |
| CURATIVO C/ACOMPANHAMENTO DE MÉDICO ESPECIALISTA EM PELE E FERIDAS*<br>*Critério de autorização: grandes queimados e úlceras de decúbito, pressão e varicosa, conforme encaminhamento da SMS (01 A 03 atendimentos por pacientes) | 80,00           |
| DESBRIDAMENTO                                                                                                                                                                                                                     | 250,00          |
| ELETROCOAGULAÇÃO / CAUTERIZAÇÃO                                                                                                                                                                                                   | 230,00          |
| EPISTAXE                                                                                                                                                                                                                          | 500,00          |
| EXCISÃO DE TUMORES MALIGNOS                                                                                                                                                                                                       | 511,00          |
| EXCISÃO E SUTURA SIMPLES PEQUENAS LESÕES DE PELE                                                                                                                                                                                  | 200,00          |
| EXCISÃO EM CUNHA DE LÁBIO DE SUTURA                                                                                                                                                                                               | 273,00          |
| EXERESE DE CALO                                                                                                                                                                                                                   | 180,00          |
| EXERESE DE LIPOMA / CISTO SEBÁCEO                                                                                                                                                                                                 | 226,00          |
| EXERESE UNGUEAL                                                                                                                                                                                                                   | 190,00          |
| FRENECTOMIA LINGUAL COM ANESTESIA LOCAL                                                                                                                                                                                           | 300,00          |
| GESSO MEMBRO SUPERIOR E INFERIOR                                                                                                                                                                                                  | 160,50          |
| INCISÃO E DRENAGEM DE ABCESSO                                                                                                                                                                                                     | 250,00          |
| LIBERAÇÃO DE DEQUERVAIN                                                                                                                                                                                                           | 1.200,00        |
| LIMPEZA E HEPARINIZAÇÃO DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA com material                                                                                                                                                              | 100,00          |
| PUNÇÃO E INFILTRAÇÃO                                                                                                                                                                                                              | 172,00          |
| REDUÇÃO DE FRATURA E/ OU LUXAÇÃO COM SEDAÇÃO                                                                                                                                                                                      | 1.200,00        |
| REDUÇÃO DE FRATURA E/ OU LUXAÇÃO SEM SEDAÇÃO                                                                                                                                                                                      | 250,00          |
| REMOÇÃO DE CISTO DE BOCA                                                                                                                                                                                                          | 192,00          |
| RESSECÇÃO – CISTO SINOVIAL COM ANESTESIA LOCAL                                                                                                                                                                                    | 800,00          |
| RETIRADA DE CATÉTER DUPLO J com anestesia                                                                                                                                                                                         | 1.100,00        |
| RETIRADA DE CATÉTER DUPLO J sem anestesia                                                                                                                                                                                         | 680,00          |
| RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CAVIDADE AUD e NASAL                                                                                                                                                                                | 142,00          |
| RETIRADA DE CORPO ESTRANHO POR VIA ENDOSCÓPICA                                                                                                                                                                                    | 700,00          |
| RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO                                                                                                                                                                                             | 142,00          |



|                                                                    |          |
|--------------------------------------------------------------------|----------|
| SANGRIA TERAPÊUTICA                                                | 100,00   |
| SUTURA DE FERIDA DA MUCOSA BUCAL E FACE                            | 273,00   |
| TAMPONAMENTO NASAL                                                 | 100,00   |
| TENORRAFIA                                                         | 1.200,00 |
| TRATAMENTO DE DEDO EM GATILHO                                      | 1.000,00 |
| TRATAMENTO DE SÍNDROME COMPRESSIVA EM TÚNEL OSTEO FIBROSO DO CARPO | 1.200,00 |

Sendo:

| MUNICÍPIO    | VALOR ESTIMADO MENSAL | LIMITE ANUAL |
|--------------|-----------------------|--------------|
| Nova Bassano | 6.000,00              | 72.000,00    |

**12. INCENTIVO MUNICIPAL DE QUALIFICAÇÃO AO SUS PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS EM CARÁTER DE URGÊNCIA E/OU EMERGÊNCIA, REALIZADOS NO PRONTO SOCORRO, CONFORME TABELA ABAIXO:**

| DESCRIÇÃO                                                                                                            | VALOR UNIT (R\$) |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|
| COLONOSCOPIA                                                                                                         | 520,00           |
| ENDOSCOPIA COM E SEM PRESENÇA DE ANESTESISTA NA SALA em casos específicos, conforme indicação do médico especialista | 280,00           |
| EPISTAXE                                                                                                             | 500,00           |
| EXERESE UNGUEAL                                                                                                      | 190,00           |
| GESSO MEMBRO SUPERIOR E INFERIOR                                                                                     | 160,50           |
| HEMOSTASIA                                                                                                           | 50,00            |
| INCISÃO E DRENAGEM DE ABCESSO                                                                                        | 250,00           |
| REDUÇÃO DE FRATURA E/ OU LUXAÇÃO COM SEDAÇÃO                                                                         | 1.200,00         |
| REDUÇÃO DE FRATURA E/ OU LUXAÇÃO SEM SEDAÇÃO                                                                         | 250,00           |
| RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CAVIDADE AUD e NASAL                                                                   | 142,00           |
| RETIRADA DE CORPO ESTRANHO POR VIA ENDOSCÓPICA                                                                       | 700,00           |
| RETIRADA DE CORPO ESTRANHO SUBCUTÂNEO                                                                                | 142,00           |
| TAMPONAMENTO NASAL                                                                                                   | 100,00           |
| TENORRAFIA                                                                                                           | 1.200,00         |

Sendo:

| MUNICÍPIO    | VALOR ESTIMADO MENSAL | LIMITE ANUAL |
|--------------|-----------------------|--------------|
| Nova Bassano | 2.000,00              | 24.000,00    |

**13. INCENTIVO DE QUALIFICAÇÃO AO SUS PARA DISPONIBILIZAÇÃO DE EQUIPE TÉCNICA PARA TRANSFERENCIA DE PACIENTES EXCLUSIVAMENTE SUS, do HCSPL a outros municípios de referencia, bem como para buscar pacientes internados em outras instituições de saúde, com destino ao HCSPL.**

Sendo:

| MUNICÍPIO    | VALOR ESTIMADO MENSAL | LIMITE ANUAL |
|--------------|-----------------------|--------------|
| Nova Bassano | 800,00                | 9.600,00     |

**14. INCENTIVO MUNICIPAL AOS SUS PARA ANALISE DE EXAMES ANATOMOPATOLOGICOS APÓS A REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS EM CARATER ELETIVO E EMERGENCIA, incluindo: AP valor unitário R\$ 28,80.**

| MUNICÍPIO    | VALOR ESTIMADO MENSAL | LIMITE ANUAL |
|--------------|-----------------------|--------------|
| Nova Bassano | 150,00                | 1.800,00     |

**15. INCENTIVO MUNICIPAL DE QUALIFICAÇÃO AOS SUS PARA AQUISIÇÃO DE MATERIAL ESPECIAL (OPME) para ser utilizado em procedimentos cirúrgicos de média complexidade, em caráter eletivo e de urgência e emergência, quando necessário e comprovado com laudo médico do SUS indicando a necessidade do material, sendo o pagamento ocorrerá mediante apresentação de nota fiscal de compra do produto.**

| MUNICÍPIO    | VALOR ESTIMADO MENSAL | LIMITE ANUAL |
|--------------|-----------------------|--------------|
| Nova Bassano | 1.250,00              | 15.000,00    |

**16. INCENTIVO MUNICIPAL DE QUALIFICAÇÃO AO SUS PARA REALIZAÇÃO DE CONSULTAS MÉDICAS PRÉ E PÓS-CIRÚRGICAS**



Valor unitário R\$ 96,00

| MUNICÍPIO    | QUANTIDADE ESTIMADA/ MÊS | VALOR ESTIMADO MENSAL | LIMITE ANUAL |
|--------------|--------------------------|-----------------------|--------------|
| Nova Bassano | 16                       | 1.536,00              | 18.432,00    |

b) indicar 01 (um) representante de cada Município para constituir a Comissão de Acompanhamento de Contrato.

3- A ENTIDADE INTERVENIENTE se compromete:

- respeitar os princípios do SUS, em especial a universalidade e integralidade;
- ofertar e realizar 60% (sessenta por cento) de todos os serviços existentes e futuros, contratados no Hospital, ao SUS;
- garantir internações em todas as especialidades, de acordo com parâmetros de cobertura assistencial do Ministério da Saúde;
- garantir disponibilização de segundo médico plantonista em horários específicos;
- manter atendimento para urgências e emergências 24h SUS;
- realizar atendimentos de observação, conforme rotina da Instituição;
- garantir avaliação do parto com avaliação pediátrica (atendimento na sala de parto), sem cobrança da 1ª (primeira) consulta, desde que realizado pelo obstetra e pediatra de sobreaviso;
- garantir qualificação dos profissionais que atuam na Instituição, para prestação de atendimentos de qualidade e seguro aos pacientes usuários do SUS;
- é de responsabilidade do HOSPITAL, 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, bem como providenciar acompanhamento ao paciente através da equipe necessária para a transferência, cabendo a cada MUNICÍPIO providenciar veículo e motorista para o transporte de seus pacientes;
- arcar com o pagamento de toda e qualquer despesa excedente aos recursos transferidos pelo CONTRATANTE.

**CLAUSULA TERCEIRA - Da Interrupção do Repasse de Recursos**

O repasse do auxílio será efetuado conforme Planos de Trabalhos e de Aplicação, apresentados pelos Conveniados.

O não cumprimento dos compromissos assumidos pelo HOSPITAL na contratação firmada com o MUNICÍPIO DE VERANÓPOLIS, neste ato aprovado pelos partícipes, acarretará a interrupção, pelos MUNICÍPIOS CONVENIENTES, do repasse de recursos ao MUNICÍPIO DE VERANÓPOLIS.

**CLAUSULA QUARTA - Da Fiscalização**

Os MUNICÍPIOS decidirão em conjunto ou separadamente, sobre a oportunidade e a conveniência de proceder a fiscalização quanto à execução do presente Convênio, a qual poderá ser feita pela Comissão prevista na alínea 'h', do item 1 da Cláusula Segunda.

**CLAUSULA QUINTA - Da Denúncia e da Rescisão**

O presente Convênio poderá ser denunciado, por escrito, a qualquer tempo, e rescindido de pleno direito, independentemente de interpelação judicial ou extrajudicial, por descumprimento das normas estabelecidas na legislação vigente, por inadimplemento de qualquer uma das suas cláusulas ou condições ou pela superveniência de norma legal ou fato que torne material ou formalmente inexecutável.

**CLÁUSULA SEXTA - Da Fundamentação Legal**

O Presente Convênio reger-se-á pelas disposições da Lei Federal nº 8.666 de 21 de junho de 1993, e suas alterações, e é celebrado em conformidade com autorizações contidas nas Leis Municipais específicas.

**CLAUSULA SÉTIMA- Do Prazo de Vigência**

O prazo de vigência do presente Convênio é de 09 (nove) meses, a contar de 01/04/2023, podendo ser prorrogável até o limite legal, por sucessivos períodos, trimestrais, semestrais ou anuais, através de adendos.

**CLAUSULA OITAVA - Das Alterações**

O presente Convênio poderá ter suas cláusulas alteradas, mediante acordo entre as partes, através de Termo Aditivo.

**CLAUSULA NONA - Das Dotações Orçamentárias**

As despesas decorrentes do presente Convênio correrão por conta de dotações específicas dos orçamentos em execução, dos MUNICÍPIOS CONVENIENTES.

**CLAUSULA DÉCIMA - Das Disposições Gerais**

Além das disposições anteriores, devem ser seguidas as seguintes estipulações:

- os partícipes agirão solidariamente para viabilização desse Convênio, face o superior interesse público;
- o presente Termo de Convênio tem seu respaldo fundamentado na finalidade específica na consecução do objetivo pactuado, regendo-se pelas cláusulas mencionadas neste instrumento, definidoras de direitos, obrigações e responsabilidades dos partícipes até seu efetivo termo;

**CLAUSULA DÉCIMA-PRIMEIRA - Do Interveniente**

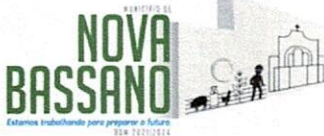
O Hospital Comunitário São Peregrino Lazziozi, como interveniente, anui e concorda com todas as cláusulas e disposições do presente instrumento.

**CLAUSULA DÉCIMA - SEGUNDA - Do Foro**

Eventuais litígios, resultantes da aplicação das disposições deste Convênio, serão dirimidos perante o Foro da Comarca de Nova Prata, RS, com exclusão de qualquer outro, por mais especializado que seja.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
MUNICÍPIO DE NOVA BASSANO



Publicado em: 04.04.23  
Através de: [assinatura]  
Secretaria Municipal de Administração

E, por haverem assim acordado, declaram aceitar todas as disposições estabelecidas no presente instrumento, comprometendo-se em bem e fielmente cumpri-las, pelo que assinam o presente Convênio.

Nova Bassano, 16 de março de 2023

WALDEMAR DE CARLI

Prefeito de Veranópolis

IVALDO DALLA COSTA

Prefeito de Nova Bassano

PRESIDENTE AVES