

**LEI MUNICIPAL Nº 1576/18, DE 16 DE FEVEREIRO DE 2018.**

*Autoriza o Município de Floriano Peixoto - RS, através do Poder Executivo, a celebrar Convênio com a Associação Hospitalar Beneficente São Vicente de Paulo, de Passo Fundo - RS, e dá outras providências.*

**ORLEI GIARETTA, PREFEITO MUNICIPAL DE FLORIANO PEIXOTO, Estado do Rio Grande do Sul**, no uso de suas atribuições legais, e de conformidade com a Lei Orgânica Municipal,

Faço saber, que a Câmara Municipal aprovou, e eu sanciono e promulgo a seguinte

**L E I:**

**Art. 1º** - Fica o Município de Floriano Peixoto, através do Poder Executivo, autorizado a firmar convênio com a Associação Hospitalar Beneficente São Vicente de Paulo, de Passo Fundo – RS, nos termos da Minuta de Convênio em Anexo (**doc. 01**), a qual faz parte integrante da presente Lei para todos os efeitos legais.

**Art. 2º** - As despesas decorrentes desta Lei correrão por conta de dotação orçamentária própria.

**Art. 3º** - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, no local costume, com eficácia retroativa a contar de 1º (primeiro) de fevereiro de 2018, revogadas às disposições em contrário.

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL DE FLORIANO PEIXOTO, RS, aos dezesseis dias do mês de fevereiro de 2018.

**ORLEI GIARETTA,**  
Prefeito Municipal.

Registre-se. Publique-se. Cumpra-se.

Em 16.02.18

SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO, FINANÇAS E PLANEJAMENTO.

JAIR ANTONIO OSTROWSKI  
Secretário Interino.

**CONVÊNIO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES FIRMADO ENTRE O MUNICÍPIO DE FLORIANO PEIXOTO, RS, E A ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE SÃO VICENTE DE PAULO.**

**Nº ...../2018**

Convênio de Prestação de Serviços Hospitalares que entre si celebram de um lado a ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE SÃO VICENTE DE PAULO, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº 92.021.062/0001-06, com sede e foro na cidade de Passo Fundo, RS, na Rua Teixeira Soares, nº 808, neste ato representado pelo seu Administrador Sr. ILÁRIO JANDIR DE DAVID, brasileiro, casado, Administrador Hospitalar, doravante simplesmente denominada “Conveniada” e de outro lado, o MUNICÍPIO DE FLORIANO PEIXOTO, RS, pessoa jurídica de direito público privado, inscrito no CNPJ sob nº 01.612.289/0001-62, com sede na Rua Antônio Dall’ Alba, nº 1166, em Floriano Peixoto, RS, neste ato representado pelo seu Prefeito Municipal, Sr. ORLEI GIARETTA, brasileiro, casado, portador do CPF nº 362.128.570-91, doravante simplesmente denominado “Conveniente”, tem justos e contratado o que consta das cláusulas a seguir estipuladas:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

A Conveniada compromete-se a prestar serviços de diagnóstico, respeitando a sua capacidade técnica, aos segurados da Conveniente, conforme condições dispostas no presente Convênio.

**CLÁUSULA SEGUNDA - DA IDENTIFICAÇÃO DO SEGURADO**

O segurado se identificará mediante apresentação de autorização para realização de procedimento expedida pela Conveniente.

**CLÁUSULA TERCEIRA - DO ATENDIMENTO**

A Conveniada garantirá aos segurados da Conveniente, desde que habilitada para tal, os serviços prestados no Centro de Diagnóstico, conforme Anexo I.

**CLÁUSULA QUARTA - DA REMUNERAÇÃO DOS SERVIÇOS**

A Conveniente obriga-se pelo pagamento dos serviços prestados para a Conveniada, adotando-se a tabela conforme o Anexo I.

**Parágrafo Primeiro** - Os preços dos medicamentos e materiais cobrados na folha de gasto de sala serão conforme estabelece a Tabela Brasíndice.

**Parágrafo Segundo** - Os valores dos serviços prestados serão reajustados anualmente ou a qualquer tempo de comum acordo entre as partes, tendo como referência a variação do IGPM ou INPC/IBGE do período.

**CLÁUSULA QUINTA - DO PAGAMENTO**

A Conveniada remeterá à Conveniente, após o atendimento prestado ao segurado, a documentação correspondente aos serviços

realizados, até o dia 20 de cada mês. O pagamento será efetivado no dia 05 do mês subsequente.

**Parágrafo Único** - A Conveniente fica autorizada a efetuar os pagamentos através do crédito direto em conta corrente da Conveniada na agência do Banco do Rio Grande do Sul, agência nº 310, conta número 06.002127.0-8, ou Banco do Brasil, Agência nº 5122-5, conta número 2788-X.

#### **CLÁUSULA SEXTA - PRAZO DE VIGÊNCIA**

O presente Convênio tem prazo determinado por 01 (um) ano, podendo ser renovado automaticamente, mediante aprovação das partes, por igual período, com início de vigência a partir de 1º (primeiro) de fevereiro de 2018.

#### **CLÁUSULA SÉTIMA - DA ALTERAÇÃO CONVENIAL**

O presente Convênio poderá ser alterado, desde que haja concordância por escrito de ambas as partes, passando as alterações a fazer parte integrante do mesmo.

#### **CLÁUSULA OITAVA - DA RESCISÃO**

É facultada à Conveniente quanto à Conveniada, a rescisão unilateral do presente Convênio, sem quaisquer ônus, desde que a parte interessada comunique à outra, por escrito e de modo expresso com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

#### **CLÁUSULA NONA - DO FORO**

As partes elegem o foro de Passo Fundo para dirimir quaisquer dúvidas oriundas do presente Convênio.

#### **CLÁUSULA DÉCIMA - DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

E, por estarem assim justos e contratados, assinam o presente Convênio em 4 (quatro) vias de igual teor e forma, perante as duas testemunhas abaixo assinadas.

Florianópolis, RS, ..... de fevereiro de 2018.

Município de Florianópolis, RS  
**ORLEI GIARETTA**  
Prefeito Municipal  
C/ CONVENIENTE

Associação Hospitalar Beneficente  
São Vicente De Paulo  
**ILÁRIO JANDIR DE DAVID**  
Administrador  
C/ CONVENIADA

Testemunhas:

.....

.....

**TABELA VALORES PREFEITURA:**
**Atualizada em Novembro de 2017**

<b>Tomografias</b>				
-	<b>Código</b>	<b>Exame</b>	<b>Hon/Contr</b>	<b>Total</b>
Abdômen Superior / Pelve	4E+07	R\$ 360,00	R\$ 30,00	R\$ 390,00
Abdômen Total	4E+07	R\$ 390,00	R\$ 30,00	R\$ 420,00
<b>Anestesia p/ Tomo</b>	<b>3E+07</b>			<b>R\$ 600,00</b>
Angiotomografia de Coronárias	4E+07	R\$ 1.000,00		#####
Angiotomografia (tórax ou crânio)	4E+07	R\$ 500,00	R\$ 320,00	R\$ 820,00
Coluna (Lombar ou Lombo Sacra, Cervical, Dorsal)	4E+07	R\$ 245,00	R\$ 30,00	R\$ 275,00
Crânio (Encéfalo), Crânio-Encefálico	4E+07	R\$ 245,00	R\$ 30,00	R\$ 275,00
Enterotomografia ( + reconstrução tridimensional )	41001206	R\$ 420,00	R\$ 150,00	R\$ 570,00
Órbitas	41001010	R\$ 245,00	R\$ 30,00	R\$ 275,00
Ossos (Pernas, Joelhos, Tornozelos e outros)	4E+07	R\$ 360,00	R\$ 30,00	R\$ 390,00
Ouvidos	4E+07	R\$ 360,00	R\$ 30,00	R\$ 390,00
Pescoço / Laringe / Faringe	4E+07	R\$ 360,00	R\$ 30,00	R\$ 390,00
<b>Reconstrução Tridimensional</b>	<b>4E+07</b>			<b>R\$ 150,00</b>
Seios da Face	4E+07	R\$ 265,00	R\$ 30,00	R\$ 295,00
Sela Turcica	4E+07	R\$ 245,00	R\$ 30,00	R\$ 275,00
<b>Taxa de Sala – exames c/ Anestesia</b>	<b>9E+07</b>			<b>R\$ 278,00</b>
Tórax (Pulmões)	4E+07	R\$ 360,00	R\$ 30,00	R\$ 390,00
Urotomografia ( + reconstrução tridimensional )	41001362 41001206	R\$ 420,00	R\$ 150,00	R\$ 570,00
<b>OBS: Para Tomografias de Parte Óssea será cobrada Reconstrução Tridimensional</b>				
<b>OBS.:Caso não seja feito uso de contraste, o mesmo não será cobrado</b>				
<b>Raio X</b>	-	<b>Total</b>		
Abdômen Simples	4E+07	R\$ 44,14		
Bacia	4E+07	R\$ 39,94		
Braço	4E+07	R\$ 45,12		
Cavum	4E+07	R\$ 43,87		
Clister Opaco – Enema Opaco	4E+07	R\$ 180,00		
Coluna Cervical	4E+07	R\$ 44,81		
Coluna Dorsal	4E+07	R\$ 47,21		
Coluna Lombar	4E+07	R\$ 50,57		
Cotovelo	4E+07	R\$ 37,27		
Crânio	4E+07	R\$ 47,29		
EED (Esôfago, estômago e duodeno)	4E+07	R\$ 180,00		
Hemitórax	4E+07	R\$ 47,21		
Histerosalpingografia	4E+07	#####		
Joelho	4E+07	R\$ 39,12		
Mamografia Digital	4E+07	#####		
Mão	4E+07	R\$ 37,27		
Ombro + Art. Escápulo -Umeral	40803074 40803058	R\$ 90,56		
Perna	4E+07	R\$ 41,21		
Seios da Face	4E+07	R\$ 45,41		
Sela Turca	4E+07	R\$ 45,41		

Transito e Morfologia do Delgado	4E+07	R\$ 150,00
Tórax	4E+07	R\$ 37,28
Uretrocistografia (Miccional)	4E+07	#####
Urografia Venosa / Urografia Excretora	4E+07	R\$ 180,00
<b>Ultrason</b>	-	<b>Total</b>
Abdômen Superior (Fígado)	4E+07	R\$ 75,00
Abdômen Total	4E+07	R\$ 115,00
Apar. Urinário (Rins)	4E+07	R\$ 75,00
Doppler Ven. / Art. (unilateral)/ Artérias Renais Aorta ABD (= estudo)	40901483 40901394	#####
Eco – Carótidas	4E+07	R\$ 215,00
Ecocardio Fetal	4E+07	R\$ 271,00
Ecocardiograma (Uni-bidimensional c/fluxo a cores)	4E+07	R\$ 215,00
Ecocardiograma tridimensional c doppler a cores	4E+07	#####
Ecocardiograma de Stress Farmacológico	4E+07	#####
Ecocardiograma de Stress Físico	4E+07	#####
Ecocardiograma Transesofágico	4E+07	#####
Espirometria	4E+07	R\$ 85,00
Estudo de 3 ou mais vasos / doppler	3E+07	#####
Obstétrico	4E+07	R\$ 95,00
Obstétrico c/ doppler (= estudo)	4,1E+07	R\$ 200,00
Orgãos e estruturas superficiais ( tireóide, ombro, joelho, etc...)	4E+07	R\$ 70,00
Pélvica (abd. Inf. Feminino)	4E+07	R\$ 40,00
Pélvica Transvaginal	4E+07	R\$ 95,00
Próstata Via Abdominal (abd. Inf. Masculino)	4E+07	R\$ 75,00
Próstata Via Trans-Retal	4E+07	R\$ 115,00
Ultra mamas	4E+07	R\$ 180,00
Ultrassonografia Morfológica Fetal ( 1º e 2º Trimestre)	4E+07	#####
<b>Eletro</b>	-	<b>Total</b>
ECG – Holter 24 Horas	2E+07	R\$ 140,00
ECG (Eletrocardiograma)	4E+07	R\$ 25,00
EEG (Eletroencefalograma)	4E+07	R\$ 160,00
Eletroneuromiografia (Por Segmento)	4E+07	#####
Eletroneuromiografia (4 membros)	4E+07	#####
Ergometria (Teste Ergométrico – Teste de Esforço)	4E+07	R\$ 120,00
Mapa	2E+07	R\$ 120,00
Potencial Evocado (Visual – Adulto / Auditivo – Criança)	40103579 40103056	#####
<b>Endoscopia</b>	-	<b>Total</b>
Anestesia p/ Endoscopia		#####
Anestesia p/ Colonoscopia		#####
Anestesia p/ Endoscopia e Colonoscopia		#####
Endoscopia Digestiva Alta	4E+07	#####
Colonoscopia	4E+07	#####
Manometria Ano Retal	4E+07	#####
Manometria Esofágica	4E+07	#####
Ph Metria Esofágica	4E+07	#####
Ph Metria + Manometria Esofágica	40102092 40102076	#####

Retossigmoidoscopia Flexível	4E+07	#####
<b>Ressonância Magnética</b>	-	<b>Total</b>
<b>Anestesia p/ Ressonância</b>	<b>3E+07</b>	<b>#####</b>
Angioressonância	4E+07	#####
RM Articular	4E+07	#####
Abdômen Superior ou Pelve	4E+07	#####
ATM (Articulação Temporo – Mandibular)	4E+07	#####
Coração com Stress RM – somente particular	4E+07	#####
Coração sem Stress RM	4E+07	R\$ 915,00
Colangioressonância – somente particular	4E+07	#####
Cotovelo RM	4E+07	#####
Crânio (Encéfalo), Crânio-Encefálico	4E+07	#####
Coluna (Lombar, Cervical, Dorsal) – cada	4E+07	#####
Coxa RM	4E+07	#####
Difusão RM	4E+07	#####
Espectroscopia por RM	4E+07	#####
Entero RM	4E+07	#####
Fluxo Liquórico RM	4E+07	#####
Mamas RM	4E+07	#####
Pelve para Endometriose	41101278 41101189	#####
Perfusão RM	4E+07	#####
Perna RM	4E+07	#####
Pescoço	4E+07	#####
Órbitas RM	4E+07	#####
Ossos (Joelhos, Tornozelos e outros) – Unilateral	4E+07	#####
Ouvidos RM (crânio)	4E+07	#####
<b>Taxa de Sala – exames c/ Anestesia</b>	<b>9E+07</b>	<b>#####</b>
Tractografia RM – somente particular	4E+07	#####
<b>Medicina Nuclear</b>	-	<b>Total</b>
Asp. Pulmonar (saliva grama)	4E+07	#####
Cintilografia Cerebral	4E+07	R\$ 351,00
Cintilografia Cisto. Direta	4E+07	#####
Cisternocintilo	4E+07	#####
Cintilografia Dmsa	4E+07	#####
Cintilografia Dtpa	4E+07	R\$ 401,00
Cintilografia de Gálio	4E+07	#####
Cintilografia de Glândulas Salivares	4E+07	R\$ 317,00
Cintilografia Hepática	4E+07	#####
Cintilografia Mama	4E+07	#####
Cintilografia com MIBG	4E+07	#####
Cintilografia do Miocárdio	4E+07	#####
Cintilografia Óssea	4E+07	#####
Cintilografia Paratireóide	4E+07	#####
Cintilografia Perfusão Cerebral	4E+07	#####
Cintilografia Pesq. Metás. Rastreamento	4E+07	#####
Cintilografia Pulmonar Perfusão	4E+07	R\$ 441,00
Cintilografia Pulmonar Inalação	4E+07	#####
Cintilografia Pool Hemácias	4E+07	#####
Cintilografia Refluxo	4E+07	#####
Cintilografia Vias Biliares	4E+07	#####

Cintilografia Tireóide c/ I131	4E+07	R\$ 170,00
Cintilografia Testicular	4E+07	#####
Linfocintilografia	4E+07	#####
Linfo para marcação de pele		#####
Linfo com gama probe		#####
Densitometria Óssea (Coluna Lombar e Fêmur)	4E+07	R\$ 130,00
Densitometria Óssea (1 segmento)		R\$ 105,00

**Obs.: VALORES REVISADOS EM NOVEMBRO/2017.**