**PROJETO DE LEI Nº.027/2014, de 27 de Março de 2014.**

“Autoriza celebrar Convênio com a Sociedade Educacional e Beneficente São Carlos - Hospital Beneficente Padre Catelli , concede subvenção social e dá outras providências”.

 **NEORI LUIZ DALLA VECHIA,** Prefeito Municipal de Anta Gorda, Estado do Rio Grande do Sul.

 **FAÇO SABER,** que a Câmara de Vereadores aprovou e **EU,** no uso das atribuições legais, sanciono e promulgo a seguinte Lei:

 **Art. 1º -** Fica o Poder Executivo autorizado a celebrar Convênio e conceder Subvenção Social à Sociedade Educacional e Beneficente São Carlos - Hospital Beneficente Padre Catelli, tendo por objetivo a execução de serviços de internação hospitalar na forma de complementação do valor da AIH-Autorização de Internação Hospitalar, serviços de anestesiologia e sobreaviso médico para a população do Município, nos termos da minuta em anexo, que passa a fazer parte integrante da presente Lei.

 **Art. 2° -** Os recursos para cobertura das despesas autorizadas por esta Lei, correrão por conta da seguinte dotação orçamentária:

07.01.10.301.0400.02.069 ASPS - Subvenções a Entidades de Saúde

3.3.50.43.00.00.00 Subvenções Sociais

**Art. 3° -** Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação.

**GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL DE ANTA GORDA, 27 dias do Mês de Março de 2014**

**NEORI LUIZ DALLA VECHIA**

**Prefeito Municipal**

**JUSTIFICATIVA AO PROJETO DE LEI Nº .027/2014**

**Senhor Presidente e Senhores Vereadores:**

Encaminho, para análise, o Projeto de Lei nº. 027/2014 que substitui o de número 015/2014 cuja devolução foi solicitada e atendida pela Câmara.

 Tendo em vista a necessidade destes serviços para a população, reformulou-se os termos do convênio conforme entendimentos com a direção do Hospital Pe. Catelli.

 Assim, para que se possa dar continuidade a prestação de serviços médicos a nossa população estamos enviando o presente Projeto de Lei para análise pelo Legislativo.

Á consideração dos Senhores Edis.

**GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL DE ANTA GORDA, 27 de março de 2014**

**NEORI LUIZ DALLA VECCHIA**

**Prefeito Municipal**

**CONVÊNIO ENTRE O MUNICIPIO DE ANTA GORDA E A ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL E BENEFICENTE SÃO CARLOS - HOSPITAL BENEFICENTE PADRE HERMÍNIO CATELLI.**

Pelo presente instrumento de convênio que entre si celebram, de um lado o **MUNICÍPIO DE ANTA GORDA - RS**, pessoa jurídica de direito público interno, CNPJ/MF n.º 87.261.509/0001-76, neste ato representado pelo seu Prefeito Municipal, Senhor **NEORI LUIZ DALLA VECCHIA**, brasileiro, casado, residente e domiciliado nesta cidade, CPF n° 097.486.790-04, denominado **MUNICÍPIO** e de outro lado, a **ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL E BENEFICENTE SÃO CARLOS - HOSPITAL BENEFICENTE PADRE CATELLI**, inscrito no CNPJ/MF n.º93.012.904/0017-85, com sede na Rua Armindo Miotto, nº. 1032, na cidade de Anta Gorda-RS., denominada de **HOSPITAL**, representada neste ato pela Sra. **CILCE OSS EMER**, CI n.º 600.219.978-81 e CPF n.º 184.482.670-81, ajustam o presente instrumento nas seguintes cláusulas e condições, com base na Lei Municipal n°.........

**CLÁUSULA PRIMEIRA: Do Objeto do Convênio**

Constitui objeto do presente convênio a prestação de Subvenção Social ao HOSPITAL para fins de reverter aos munícipes de Anta Gorda, serviços médicos e hospitalares na forma de:

I - Sobreaviso médico;

II - Internação hospitalar na forma de complementação do valor da AIH repassada pelo SUS - Sistema Único de Saúde;

III - Serviços de anestesiologia.

**CLÁUSULA SEGUNDA: Das obrigações Comuns:**

I – O **HOSPITAL** prestará os serviços antes nominados na sede do seu estabelecimento hospitalar, sito no Município de Anta Gorda, cujos serviços abrangem aqueles mencionados na cláusula anterior.

II – O **HOSPITAL** compromete-se a seguir as normas que regem o SUS, no que diz respeito a internações, exames laboratoriais e demais procedimentos.

III – A contratação dos profissionais médicos, bem como dos demais profissionais necessários à consecução dos objetivos elencados na Cláusula Primeira deste convênio, será de exclusiva responsabilidade do **HOSPITAL** assim como as obrigações trabalhistas, previdenciárias e fiscais, isentando o **MUNICÍPIO** de qualquer encargo do gênero.

IV – O **MUNICÍPIO**, a título de contraprestação, repassará, mensalmente, ao **HOSPITAL**, os valores aqui conveniados e abaixo discriminados, referente aos atendimentos prestados e mediante comprovação, nos termos deste convênio.

V – O **HOSPITAL** realizará os serviços e/ou procedimentos descritos na CLÁUSULA PRIMEIRA de segunda a sexta-feira, nos finais de semanas e feriados nos horários das 19h às 07h, exclusivamente para o sobreaviso médico.

**CLÁUSULA TERCEIRA: Dos Valores**

Para a consecução deste Convênio, o MUNICÍPIO repassará ao HOSPITAL, mensalmente durante sua vigência, os valores a seguir especificados:

**I - Internação Hospitalar complementar ao SUS:**

 As Internações Hospitalares serão encaminhados pela Secretaria Municipal de Saúde através de AIH – Autorização de Internação Hospitalar - para até o limite de 30 (trinta) AIHs mensais no valor de R$ 18.000,00 (dezoito mil reais) mensalmente. Esta verba é concedida a titulo de cobertura parcial entre o que o SUS remunera o Hospital e os seus custos observando a capacidade de instalação e complexidade do mesmo.

**II - Serviços de Anestesiologia:**

 O **MUNICÍPIO** pagará o valor de R$ 3.695,00 (três mil seiscentos e noventa e cinco reais) mensalmente, para custear as despesas decorrentes de serviços de anestesiologia. Em contrapartida, o HOSPITAL compromete-se a realizar até 04 (quatro) procedimentos cirúrgicos por mês.

 Parágrafo único: Em qualquer hipótese o pagamento somente se efetivará mediante a apresentação do competente relatório de atendimento constante do ANEXO I, que passa a fazer parte integrante da presente Lei e que conterá: nome do paciente; endereço; data do atendimento; tipo de procedimento realizado e código

**III - Sobreaviso médico**

 O Município pagará a importância fixa mensal de R$ 11.000,00 (onze mil reais) para o Hospital manter à disposição do Município, médicos de seu corpo clínico nos horários fora de expediente, finais de semana e feriado, valor este pagável mediante a apresentação de relatório devidamente assinado pelas pessoas atendidas conforme ANEXO II, que passa a fazer parte integrante desta Lei.

**CLÁUSULA QUARTA: Do Pagamento**

O **MUNICÍPIO** obriga-se a efetuar o pagamento das faturas apresentadas até o 10º (décimo) dia útil do mês subseqüente do atendimento. Este pagamento se dará através de depósito em conta corrente especificada pelo **HOSPITAL**.

§ 1° O não pagamento dentro do prazo citado, independente da aplicação das penalidades previstas neste Instrumento, poderá implicar na suspensão imediata do presente Convênio, até a regularização da pendência.

§ 2° O **HOSPITAL** se compromete a apresentar, até o 5° dia útil do mês subseqüente ao da prestação dos serviços para fins de análise, revisão e empenho, as seguintes planilhas, que passam a ser parte integrante desta Lei, devidamente assinada pelos pacientes:

ANEXO I - Relatório de Atendimento de Anestesista

ANEXO II - Relatório de Sobreaviso Médico

ANEXO III - Relatório de Internações Hospitalares Através de AIH

ANEXO IV - Relatório de Pagamentos Efetuados com Cópia dos Comprovantes

**CLÁUSULA QUINTA: Do Prazo**

 O presente convênio vigorará pelo prazo de 01 (um) ano iniciando na data de sua assinatura e terá por termo final o dia anterior ao vencimento do prazo ora estabelecido.

 Parágrafo Único: Havendo necessidade e interesse público e mediante parecer e aprovação do Conselho Municipal de Saúde, o presente convênio poderá ser renovado pelo prazo de até 03 (três) meses, se assim entender o **MUNICÍPIO**.

**CLÁUSULA SEXTA: Das Obrigações da Secretaria de Saúde**

As fichas, autorizações, laudos e solicitações serão autorizados e visados pela Secretaria Municipal da Saúde do Município.

§ 1° Todos os documentos como laudos, solicitações e outros, serão elaborados (preenchidos e revisados) pelos profissionais médicos e pelo **HOSPITAL** e serão objetos de revisão e autorização pela Secretaria Municipal da Saúde do Município.

§ 2° As AIHs – Autorização de Internações Hospitalares de que trata a Cláusula Terceira, “I” deste convênio, deverão ser encaminhadas pela Secretaria Municipal da Saúde do Município, contendo numeração crescente de 01 (zero um) até o limite/mês para cada procedimento, devidamente rubricadas pelo gestor local.

§ 3° Quando se tratar de procedimentos de urgência e emergência as AIHs deverão ser encaminhadas em até 48 horas após o procedimento, pelo **HOSPITAL**, para fins de autorização do procedimento pelo gestor.

§ 4º As autorizações de internações deverão, obrigatoriamente, fazer parte integrante da prestação de contas a ser efetuada pelo HOSPITAL.

**CLÁUSULA SÉTIMA: Das Disposições Gerais**

I - O **HOSPITAL** não poderá efetuar cobrança adicional de valores, a qualquer titulo, dos pacientes encaminhados nos termos do presente Convênio.

II - O **HOSPITAL** sujeitar-se-á à fiscalização do **MUNICÍPIO** no que se refere ao fiel cumprimento do presente Convênio, através de servidor ou servidores seus previamente indicados à direção, independentemente das atribuições que detém o Conselho Municipal de Saúde.

III - Visando à prestação de interesses recíprocos quaisquer circunstâncias que possam caracterizar descumprimento dos termos deste Convênio, deverão ser objeto de notificação escrita, com prazo de 03 (três) dias para resposta para qualquer das partes.

IV – A regulação da demanda é realizada exclusivamente pela Secretaria Municipal da Saúde de Anta Gorda - SMS, mediante autorização carimbada e assinada pelo gestor local. Não será aceita cobrança de procedimentos que não tenham sido previamente autorizados pela SMS. Nos casos de atendimento em horários fora do expediente da SMS, o **HOSPITAL** deverá solicitar a autorização em até 48 horas após a realização do procedimento, sendo resguardado ao gestor a faculdade de aceitar ou não o mesmo.

**CLÁUSULA OITAVA: Do Foro**

Para dirimir eventuais dúvidas emergentes do presente Convênio as partes elegem, de comum acordo, o Foro da Comarca de Encantado, com renuncia expressa a qualquer outro.

**CLÁUSULA NONA: Da Dotação Orçamentária**

A despesa decorrente do presente convênio correrá por conta da dotação do orçamento vigente classificada sob código:

07.01.10.301.0400.02.069 ASPS - Subvenções a Entidades de Saúde

3.3.50.43.00.00.00 Subvenções Sociais

E por estarem justas e acordadas as partes, firmam o presente instrumento em 03 (três) vias, de igual teor e forma, juntamente com 02 (duas) testemunhas, para que gere seus jurídicos e legais efeitos.

Anta Gorda, RS, 01 de Abril de 2014.

**PREFEITO MUNICIPAL DE ANTA GORDA**

**NEORI LUIZ DALLA VECCHIA**

**ASSOCIAÇÃO EDUCACIONAL E BENEFICENTE SÃO CARLOS**

**HOSPITAL BENEFICENTE PADRE CATELLI**

**TESTEMUNHAS: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**CONVÊNIO COM PREFEITURA MUNICIPAL DE ANTA GORDA-RS**

**HOSPITAL BENEFICENTE PADRE CATELLI**

**ANEXO I - RELATÓRIO DE ATENDIMENTO ANESTESISTA**

**MÊS/ANO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.º** | **NOME DO PACIENTE** | **ENDEREÇO** | **DATA**  | **PROCEDIMENTO REALIZADO** | **CÓDIGO** | **ASSINTAURA PACIENTE OU RESPONSÁVEL** |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Assinatura do Responsável pelas Informações

**CONVÊNIO COM PREFEITURA MUNICIPAL DE ANTA GORDA-RS**

**HOSPITAL BENEFICENTE PADRE CATELLI**

**ANEXO II - RELATÓRIO DE SOBREAVISO MÉDICO**

**MÊS/ANO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.º** | **DATA** | **NOME DOPACIENTE** | **ASSINATURA/RESPONSÁVEL** | **NOME DO MÉDICO** | **ASSINATURA MÉDICO** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Assinatura do Responsável pelas Informações

**CONVÊNIO COM PREFEITURA MUNICIPAL DE ANTA GORDA-RS**

**HOSPITAL BENEFICENTE PADRE CATELLI**

**ANEXO III - RELATÓRIO DE INTERNAÇÕES HOSPITALARES ATRAVÉS DE AIH**

**MÊS/ANO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.º** | **DATA DA BAIXA INTERNAÇÃO** | **DATA DA ALTA INTERNAÇÃO** | **PERMANÊNCIA EM DIAS** | **NOME DO PACIENTE** | **ASSINATURA/RESPONSÁVEL** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Assinatura do Responsável pelas Informações

**CONVÊNIO COM PREFEITURA MUNICIPAL DE ANTA GORDA-RS**

**HOSPITAL BENEFICENTE PADRE CATELLI**

**ANEXO IV - RELATÓRIO DE PAGAMENTOS EFETUADOS**

**MÊS/ANO:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **N.º** | **DATA PAGAMENTO** | **FAVORECIDO** | **CNPJ** | **FINALIDADE** | **VALOR R$** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Assinatura do Responsável pelas Informações