



Estado do Rio Grande do Sul  
**Município de Poço das Antas**  
CNPJ: 91.693.333/0001-07 Fone: (51)3773-1122 Fax: 3773-1183 Av. São Pedro, 1213  
Site: www.pocodasantas-rs.com.br E-mail: prefeitura@pocodasantas-rs.com.br

**LEI N° 1.617/2013, DE 19 DE ABRIL DE 2013.**

***Autoriza a firmar Convênio com a Sociedade Beneficência e Caridade de Lajeado, mantenedora do Hospital Bruno Born, e dá outras providências.***

O PREFEITO MUNICIPAL DE POÇO DAS ANTAS, Estado do Rio Grande do Sul, no uso de suas atribuições legais, que lhe são conferidas pelo art. 53, inciso IV, da Lei Orgânica do Município.

Faço saber que a Câmara Municipal de Vereadores aprovou e eu sanciono a seguinte:

### **LEI**

**Art. 1º** É o Poder Executivo Municipal autorizado a firmar Convênio com a Sociedade Beneficência e Caridade de Lajeado, mantenedora do Hospital Bruno Born, inscrita no CNPJ sob o nº 91.162.511/0001-65, para a execução de serviços médico-hospitalares a serem prestados na área de consultas médicas, exames de apoio ao diagnóstico e terapia e cirurgias, para munícipes encaminhados através dos setores competentes da Administração Municipal, nos termos da minuta em anexo, que é parte integrante da presente Lei.

**Art. 2º** As despesas decorrentes da presente Lei, correrão por conta por conta das seguintes dotações orçamentárias:

7 – SECRETARIA MUN. DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

01 – FMS – Fundo Municipal da Saúde

10.301.0029.2009 – Manutenção dos Serviços da Saúde

3.3.3.90.39.00.000000 – Outros Serviços de Terceiros – P. Jurídica (712)

02 – FMS – Vinculados não computáveis

10.301.0029.2009 – Manutenção dos Serviços da Saúde (PAB FIXO)

3.3.3.90.39.00.000000 – Outros Serviços de Terceiros – P. Jurídica (739)

**Art. 3º** Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Gabinete do Prefeito – Poço das Antas, 19 de abril de 2013.

**GLICÉRIO IVO JUNGES**  
Prefeito Municipal

*Registre-se e publique-se:*

**HIDELBRANO LABRES MACHADO**  
Secretário Municipal Administração



Estado do Rio Grande do Sul  
**Município de Poço das Antas**  
CNPJ: 91.693.333/0001-07 Fone: (51)3773-1122 Fax: 3773-1183 Av. São Pedro, 1213  
Site: www.pocodasantas-rs.com.br E-mail: prefeitura@pocodasantas-rs.com.br

## MINUTA CONVÊNIO

### PARA ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR PELA CENTRAL DE CONVÊNIOS DO HBB

O **MUNICÍPIO DE** ....., pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Av. ...., n° ....., Bairro ....., de ....., Cep ....., telefone (XX) ..... - ....., inscrito no CNPJ/MF sob n° ....., neste ato representado pelo Prefeito Municipal, Sr. xxxxxxxxxxx xxxxxxxxxxx doravante denominado simplesmente de **MUNICÍPIO**, e a **SOCIEDADE BENEFICÊNCIA E CARIDADE DE LAJEADO**, pessoa jurídica de direito privado, mantenedora do Hospital Bruno Born, inscrita no CNPJ/MF sob n° 91.162.511/0001-65, com sede na Av. Benjamim Constant, 881, Bairro Centro, Lajeado/RS, Cep 95900-000, telefone: (51) 3714-7500, neste ato representada pelo seu Diretor Administrativo Élcio Darci Callegaro, doravante denominada simplesmente de **CONVENIADA**, resolvem firmar o presente convênio, autorizado pela Lei Municipal n° xxxxx, de xx de xxxxx de 2013, que será regido pelas seguintes cláusulas e condições, bem como, naquilo em que não conflitar com estas, pela Lei Federal n° 8.666/93:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO.** É o objeto do presente convênio a prestação de serviços médico-hospitalares pela CONVENIADA aos habitantes do MUNICÍPIO, em nível ambulatorial ou de internação, consistentes em consultas, cirurgias e exames de apoio ao diagnóstico e terapia, conforme rol em ANEXO.

§ 1º Para fins deste convênio, a CONVENIADA prestará os seguintes serviços aos habitantes do MUNICÍPIO:

- a. **CONSULTAS MÉDICAS** com os médicos credenciados a atenderem pela Central de Convênios do HBB, podendo a consulta ser realizada na CONVENIADA ou no consultório do profissional. Na segunda hipótese, antes da consulta, é obrigatória a apresentação do paciente na Central de Convênios do HBB para liberação do atendimento.
- b. **EXAMES DE APOIO AO DIAGNÓSTICO E TERAPIA (SADT)** disponíveis na estrutura hospitalar mantida pela CONVENIADA.
- c. **CIRURGIAS** disponíveis na estrutura mantida pela CONVENIADA, seguindo a solicitação médica e com a autorização do MUNICÍPIO.

§ 2º Os serviços acima descritos deverão ser agendados preliminarmente junto à Central de Marcação do HBB, pelo telefone **(51) 3714-7590**.

§ 3º Os serviços objeto deste convênio somente serão prestados pela CONVENIADA mediante a apresentação de Guia de Autorização, preenchida pelo MUNICÍPIO, seguindo o modelo constante em ANEXO a convênio.

§ 4º Os serviços objeto deste convênio são pautados pela seletividade, assim, dentre aqueles profissionais credenciados para atender pela Central de Convênios, está autorizado ao usuário escolher qual profissional lhe prestará o serviço.

§ 5º As partes declaram que estão cientes e de acordo que os serviços prestados através deste convênio deverão ser realizados de modo desvinculado do Sistema Único de Saúde (SUS), não podendo, em hipótese alguma, ocorrer a prestação de serviço pelas cotas contratualizadas para o SUS ou o faturamento



Estado do Rio Grande do Sul  
**Município de Poço das Antas**  
CNPJ: 91.693.333/0001-07 Fone: (51)3773-1122 Fax: 3773-1183 Av. São Pedro, 1213  
Site: www.pocodasantas-rs.com.br E-mail: prefeitura@pocodasantas-rs.com.br

pele SUS de serviço prestado.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DA CONTRAPRESTAÇÃO PELOS SERVIÇOS REALIZADOS:** Os serviços descritos na Cláusula Primeira serão remunerados da seguinte forma:

- I – pelo serviço descrito na **alínea “a”**, o valor a ser pago à CONVENIADA, a cada consulta médica realizada, será o de R\$ 75,00 (setenta e cinco reais).
- III – pelo serviço descrito na **alínea “b”**, o valor a ser pago à CONVENIADA, a cada exame realizado, será aquele que consta na Tabela de Preços da Central de Convênios do HBB, conforme ANEXO deste Convênio.
- III – pelos serviços descritos nas **alíneas “c”**, o valor a ser pago à CONVENIADA, a cada cirurgia realizada, será fornecido mediante orçamento prévio, com base na Tabela de Preços da Central de Convênios do HBB.

§ 1º Se houver necessidade de realização de curativos no paciente, o MUNICÍPIO pagará à CONVENIADA, a cada curativo realizado, o valor de R\$ 30,00 (trinta reais).

§ 2º O faturamento pela realização do serviço objeto deste convênio será definido pelo MUNICÍPIO, na Guia de Autorização constante em **ANEXO**, devidamente preenchida. Caberá ao MUNICÍPIO consignar na Guia de Autorização o valor do procedimento a ser faturado contra o MUNICÍPIO ou contra o paciente.

§ 3º Eventual ausência da apresentação da Guia de Autorização, quando do atendimento do paciente em situação excepcional, poderá, a critério da CONVENIADA, ser suprida no prazo de até 48 horas. Caso a guia em questão não seja apresentada neste prazo, o serviço prestado será faturado contra o MUNICÍPIO.

**CLÁUSULA TERCEIRA – PRESTAÇÃO DE CONTAS:** A CONVENIADA repassará ao MUNICÍPIO a relação dos serviços prestados até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao da prestação dos serviços, mediante **relatório** com o nome do paciente, data do atendimento, nome do procedimento realizado e o seu respectivo valor.

§ 1º O atraso na entrega do relatório acima referido retardará o pagamento do valor devido pelo MUNICÍPIO à CONVENIADA, o qual somente será liberado, com a efetiva entrega do relatório.

§ 2º O relatório acima referido será encaminhado mediante correio eletrônico (*e-mail*), ao endereço fornecido pelo MUNICÍPIO. É de responsabilidade do MUNICÍPIO verificar o recebimento do relatório em questão, no prazo previsto para o seu envio. Caso o relatório não tenha sido encaminhado no prazo, deverá o MUNICÍPIO solicitar o envio deste à CONVENIADA.

**CLÁUSULA QUARTA – DA DATA E FORMA DE PAGAMENTO:** O MUNICÍPIO efetuará o pagamento da contraprestação devida à CONVENIADA até o dia 15 (quinze) do mês seguinte à prestação dos serviços. Para efetivação do pagamento, deverá a CONVENIADA fornecer a competente nota fiscal.

§ 1º Para os fins desta cláusula, o pagamento acima referido será efetuado mediante depósito na conta bancária nº 07349-0, Banco Sicredi, agência de Lajeado (nº 0179), de titularidade da CONVENIADA.

§ 2º O atraso sem justo motivo do MUNICÍPIO no pagamento da contraprestação devida o sujeita a pagar, em favor da CONVENIADA, multa moratória de 2% sobre o valor devido em atraso, acrescido de juros moratórios de 1% ao mês e correção monetária pelo IGP-M/FGV *pro rata die*, até o efetivo pagamento.



Estado do Rio Grande do Sul

## Município de Poço das Antas

CNPJ: 91.693.333/0001-07 Fone: (51)3773-1122 Fax: 3773-1183 Av. São Pedro, 1213

Site: www.pocodasantas-rs.com.br E-mail: prefeitura@pocodasantas-rs.com.br

§ 3º O atraso do MUNICÍPIO no pagamento dos serviços objeto deste convênio, por prazo superior a 30 dias, autoriza a CONVENIADA a suspender a execução de todos os serviços ora conveniados, sem prévia notificação judicial ou extrajudicial, até o cumprimento integral das obrigações pendentes pelo MUNICÍPIO. Nesta hipótese, a CONVENIADA fica exonerada de qualquer responsabilidade civil, administrativa, penal ou ética pela suspensão do cumprimento do convênio.

**CLÁUSULA QUINTA.** Se for necessário, para fins de comprovação da prestação do serviço, a liberação de documentação médica seguirá normas legais, em especial o Código de Ética Médica e as resoluções emanadas do Conselho Regional e Federal de Medicina.

**CLÁUSULA SEXTA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA:** O prazo de vigência do presente convênio é de 12 (doze) meses, a contar da data da sua assinatura.

**Parágrafo Único.** Findo o prazo acima, o presente convênio poderá ser renovado por iguais períodos ou por qualquer prazo, até o limite de 60 meses, mediante termo aditivo, devidamente assinado pelos representantes legais das partes.

**CLÁUSULA SÉTIMA – DAS FORMAS DE EXTINÇÃO DO CONVÊNIO:** É motivo para a rescisão automática do presente convênio o descumprimento de quaisquer de suas cláusulas e condições, por qualquer uma das partes, bem como os motivos previstos na Lei Federal 8.666/93.

§ 1º As partes podem rescindir o presente convênio a qualquer tempo, de forma unilateral e imotivada, mediante notificação escrita de uma parte a outra, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, sem qualquer ônus, desde que quitadas todas as obrigações.

§ 2º A CONVENIADA poderá dar por rescindido o presente convênio e pleitear por perdas e danos, independentemente de formalidade prévia, se o MUNICÍPIO for inadimplente no pagamento pelos serviços objeto do presente convênio por prazo superior a 30 (trinta) dias contados da data ajustada para o pagamento.

§ 3º Independente da hipótese de encerramento do convênio, persistirá a responsabilidade do MUNICÍPIO de realizar o pagamento dos serviços prestados até a alta do último paciente atendido em virtude deste convênio, e à CONVENIADA a responsabilidade pela manutenção dos serviços até a alta desse paciente.

**CLÁUSULA OITAVA – DO VÍNCULO DA PRESTAÇÃO DO SERVIÇO:** Os serviços objeto do presente convênio serão prestados diretamente por profissionais contratados pela CONVENIADA, ou autorizados a atuarem no âmbito desta, na forma do seu Estatuto Social e Regimento.

**Parágrafo Único.** É de responsabilidade exclusiva e integral da CONVENIADA as obrigações trabalhistas, previdenciárias e tributárias que tenha relação com a execução do objeto do presente convênio, cujo ônus e obrigação em nenhuma hipótese poderão ser transferidos ao MUNICÍPIO.

**CLÁUSULA NONA – DA PREVISÃO ORÇAMENTÁRIA:** As despesas decorrentes do presente convênio correrão por conta da seguinte previsão orçamentária:

7 – SECRETARIA MUN. DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

01 – FMS – Fundo Municipal da Saúde

10.301.0029.2009 – Manutenção dos Serviços da Saúde

3.3.3.90.39.00.000000 – Outros Serviços de Terceiros – P. Jurídica (712)

02 – FMS – Vinculados não computáveis

10.301.0029.2009 – Manutenção dos Serviços da Saúde (PAB FIXO)

3.3.3.90.39.00.000000 – Outros Serviços de Terceiros – P. Jurídica (739)



Estado do Rio Grande do Sul

## Município de Poço das Antas

CNPJ: 91.693.333/0001-07 Fone: (51)3773-1122 Fax: 3773-1183 Av. São Pedro, 1213

Site: www.pocodasantas-rs.com.br E-mail: prefeitura@pocodasantas-rs.com.br

**CLÁUSULA DÉCIMA – DO REAJUSTE DE PREÇOS:** Para assegurar o equilíbrio econômico-financeiro deste convênio, os preços previstos na Cláusula Segunda poderão ser reajustados de comum acordo entre as partes, não necessitando, para isso, que seja observado determinado período de tempo.

**Parágrafo Único.** Eventual reajuste de preços será objeto de termo aditivo, a ser assinado pelos representantes legais de ambas as partes.

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – ANEXOS:** Os ANEXOS referidos neste convênio, após assinados, integram o para todos os fins de direito.

**CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DO FORO:** As partes elegem o foro da Comarca a que pertence o MUNICÍPIO, para a solução de quaisquer divergências ou conflitos oriundos do presente convênio, não resolvidos administrativamente.

E por estarem de acordo, firmam as partes o presente convênio, em duas vias de igual teor e forma, juntamente com duas testemunhas, para que produza seus jurídicos e legais efeitos.

Lajeado, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2013.

---

**MUNICÍPIO**  
Prefeito Municipal

---

**CONVENIADA**  
Diretor Administrativo

---

**Testemunha**  
CPF:

---

**Testemunha**  
Janaína Schwingel  
Coordenadora de Convênios/HBB



Estado do Rio Grande do Sul  
**Município de Poço das Antas**  
CNPJ: 91.693.333/0001-07 Fone: (51)3773-1122 Fax: 3773-1183 Av. São Pedro, 1213  
Site: www.pocodasantas-rs.com.br E-mail: prefeitura@pocodasantas-rs.com.br

## ANEXO

### Modelo de Guia de Autorização Padrão

GUIA DE AUTORIZAÇÃO PARA ATENDIMENTO PELA CENTRAL DE CONVÊNIOS DO HOSPITAL BRUNO BORN / LAJEADO			
TIMBRE DO MUNICÍPIO			
Nome do Paciente:			
Endereço:		Telefone:	
Procedimento:		Valor:	
Data do Atendimento:	Horário:	Horário de Saída:	
Especialidade:		Profissional:	
<b>Serviço Faturado para:</b>		Reservado para autorização do HBB:	
( ) Paciente                      ( ) Prefeitura			
Ass. Responsável			

**OBS:** No campo : "**TIMBRE DO MUNICÍPIO**" favor rtespeitar o Sistema de Cores que indica o Setor da Instituição.

**MUNICÍPIO**  
Prefeito Municipal

**CONVENIADA**  
Diretor Administrativo

\_\_\_\_\_  
**Testemunha**  
CPF:

\_\_\_\_\_  
**Testemunha**  
Janaína Schwingel  
Coordenadora de Convênios/ HBB