

**PROJETO DE LEI Nº 016/25, DE 18 DE MARÇO DE 2025.**

*Autoriza o Município de Floriano Peixoto, RS, através do Poder Executivo, a celebrar Convênio com o Hospital São Roque, com repasse de subvenção, e dá outras providências.*

**JAIR ANTONIO OSTROWSKI, PREFEITO MUNICIPAL DE FLORIANO PEIXOTO, Estado do Rio Grande do Sul**, no uso das atribuições legais que lhe são conferidas pelo ordenamento jurídico vigente e de conformidade com a Lei Orgânica Municipal,

Faço saber que, o Poder Legislativo Municipal aprovou, e eu sanciono e promulgo a seguinte Lei:

**Art. 1º** - Fica o Município de Floriano Peixoto, RS, através do Poder Executivo, autorizado a firmar convênio com o Hospital São Roque, visando o atendimento hospitalar e ambulatorial, inclusive urgência e emergência médica, em regime de sobreaviso, bem como de clínicas especializadas, exames e consultas indicadas.

**Art. 2º** - A título de subvenção, a Municipalidade contraprestará mensalmente ao Hospital São Roque os valores fixados em Termo de Convênio próprio, com vigência de 12 (doze) meses, contados a partir de 1º (primeiro) de abril de 2025, podendo ser prorrogado, mediante Termo Aditivo próprio, por iguais e sucessivos períodos, conforme a Lei.

**Art. 3º** - As despesas decorrentes desta Lei correrão por conta de dotação orçamentária própria, constante da Lei-de-meios em execução.

**Art. 4º** - Esta Lei Municipal entrará em vigor na data de sua publicação, no local costume, revogadas as eventuais disposições em contrário.

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL DE FLORIANO PEIXOTO, RS, aos dezoito dias do mês de março de dois mil e vinte e cinco.

**JAIR ANTONIO OSTROWSKI,**  
Prefeito Municipal.

**EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS**

**PROJETO DE LEI Nº 16/2025**

Excelentíssimo Senhor Presidente,

Nobres Senhores Vereadores:

Apraz-me cumprimentá-los e na oportunidade enviar o Projeto de Lei nº 016/2025, que trata da autorização para celebrar novo Convênio com o Hospital São Roque, com o objetivo de manter os atuais serviços prestados.

Os valores estabelecidos foram pactuados em consenso com todos os Municípios da Microrregião.

Todos somos sabedores do importante trabalho realizado pela referida instituição, que atende satisfatoriamente nossos munícipes.

Diante do exposto, solicitamos a análise do presente pleito pelos Nobres Vereadores, esperando que o mesmo tenha acolhida junto à esta Casa Legislativa.

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL DE FLORIANO PEIXOTO,  
RS, aos dezoito dias do mês de março de dois mil e vinte e cinco.

**JAIR ANTONIO OSTROWSKI,**  
Prefeito Municipal.

**MINUTA DE TERMO ADMINISTRATIVO DE CONVÊNIO VISANDO A PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICO-HOSPITALARES, FIRMADO ENTRE O MUNICÍPIO DE FLORIANO PEIXOTO, RS, E O HOSPITAL SÃO ROQUE.**

**Nº xx/2025**

Pelo presente instrumento, o MUNICÍPIO DE FLORIANO PEIXOTO, RS, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ sob o nº 01.612.289/0001-62, com sede administrativa à Rua Antônio Dall' Alba, nº 1166, Centro, na cidade de Floriano Peixoto, RS, representado neste ato pelo Prefeito Municipal Senhor Jair Antonio Ostrowski, brasileiro, solteiro, residente e domiciliado à Avenida Alfredo Johannes Ducker, nº 1501, desta cidade, inscrito no CPF sob o nº 646.795.000-34, devidamente autorizado pela Lei Municipal nº xxx/2025, doravante denominado MUNICÍPIO e o HOSPITAL SÃO ROQUE, sociedade civil beneficente, com sede na rua Jacob Gremmelmaier nº 212, em Getúlio Vargas, inscrito no CNPJ sob o nº 90.156.217/0001-88, representado pelo seu Presidente Senhor Clovis Dall'Agnol, viúvo, residente e domiciliado em Getúlio Vargas, à rua Albino Fernando Hozbach nº 770, apartamento 504, inscrito no CPF sob o nº 189.405.010-04, doravante denominado HOSPITAL, celebram o presente convênio, mediante o qual o HOSPITAL coloca à disposição do MUNICÍPIO o seu Corpo Clínico e funcional, salas, equipamentos, materiais, medicamentos, enfim toda a infraestrutura disponível visando à prestação dos serviços a seguir descritos, de acordo com as cláusulas e condições assim estabelecidas:

**Cláusula Primeira** – Atendimento ambulatorial de urgência e emergência com plantão permanente no **Pronto Socorro 24 horas**, inclusive aos sábados, domingos e feriados.

**§ Único** – O **MUNICÍPIO** pagará ao **HOSPITAL** o valor mensal de R\$ 10.485,74 até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao da prestação dos serviços descritos acima.

**Cláusula Segunda** – Atendimento em regime de **sobreaviso**, com médicos à disposição nas áreas de clínica médica, cirúrgica, ginecológica/obstétrica, pediátrica e anestesiológica diariamente nos períodos diurno e noturno, inclusive aos sábados, domingos e feriados, como estrutura de apoio aos médicos plantonistas.

**§ Único** – O **MUNICÍPIO** pagará ao **HOSPITAL** o valor mensal de R\$ 6.8333,96 até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao da prestação dos serviços descritos acima.

**Cláusula Terceira** – **Internação hospitalar** de até setenta e duas (72) horas, com atendimento médico, serviços hospitalares, laboratoriais, diagnósticos por imagem e fornecimento de medicamentos.

**§ Primeiro** – Poderão ser internadas, mensalmente, até 30 (trinta) pessoas encaminhadas pelo órgão de saúde do **MUNICÍPIO**, que poderá diminuir esse limite de internações segundo a redução da demanda, a maior disponibilidade de AIH's ou a redução de recursos orçamentários.

**§ Segundo** – Os valores a serem pagos pelo **MUNICÍPIO** ao **HOSPITAL** pelas internações hospitalares, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao da prestação dos serviços, são os seguintes:

- a) pelas diárias médicas o valor de R\$ 59,14;
- b) pelas **diárias hospitalares** o valor de R\$ 68,47;
- c) os **exames laboratoriais** serão pagos à razão de 70% (setenta por cento) da Tabela AMB e serão limitados a hemogramas, exames comuns de urina, glicemia e parasitológico de fezes
- d) os **medicamentos** serão pagos com base na Tabela Brasíndice, ficando o valor total mensal limitado a R\$ 13.397,12 independentemente do número de pessoas internadas
- e) pela prestação de **outros serviços**, os seguintes valores:

|                     |                             |
|---------------------|-----------------------------|
| nebulização         | R\$ 17,29 por sessão        |
| oxigênio            | R\$ 15,69 por hora          |
| taxa de sala        | R\$ 309,86 por utilização   |
| fototerapia         | R\$ 2,11 por hora;          |
| transusão de sangue | R\$ 93,06 por procedimento; |
- f) os **diagnósticos por imagem** serão pagos pela tabela SUS

**§ Terceiro** – Para realização das internações previstas nesta cláusula, incumbe ao **HOSPITAL** encaminhar ao órgão de saúde do **MUNICÍPIO** pedido de autorização para internação, acompanhado de diagnóstico médico.

**§ Quarto** – Compete ao **HOSPITAL**, mensalmente:

- a) encaminhar, com a fatura, relação dos usuários internados
- b) encaminhar relação individualizada dos medicamentos utilizados em cada internação, com os respectivos preços;
- c) encaminhar relação detalhada, por usuário, dos exames laboratoriais realizados, restritos aos abrangidos pelo convênio

**Cláusula Quarta** – Realização de cirurgias **eletivas**.

**§ Primeiro** – O **HOSPITAL** deverá encaminhar ao **MUNICÍPIO** o laudo médico, diante do qual o **MUNICÍPIO** fornecerá a autorização para a cirurgia.

**§ Segundo** – Para cobertura das cirurgias realizadas, o **MUNICÍPIO** pagará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao da efetiva realização das cirurgias, os seguintes valores, a título de complementação:

- a) cirurgias de grande e médio porte R\$ 1.380,83 (um mil trezentos e oitenta reais e oitenta e três centavos);
- b) cirurgias de pequeno porte com anestesista R\$ 994,59 (novecentos e noventa e quatro reais e noventa e um centavos);
- c) cirurgias de pequeno porte sem anestesista R\$ 580,00 (quinhentos e oitenta reais);
- d) cirurgias ambulatoriais R\$ 262,45 (duzentos e sessenta e dois reais e quarenta e cinco centavos);
- e) consulta do médico cirurgião R\$ 184,00 (cento e oitenta e quatro reais);

**§ Terceiro** – o **HOSPITAL** deverá apresentar fatura detalhada relativa às cirurgias realizadas, constando na mesma: diagnóstico, tratamento indicado e intervenção realizada.

**Cláusula Quinta** – Consultas especializadas, procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos de pequeno e médio porte nas áreas de **Traumatologia e Ortopedia**.

**§ Primeiro** – O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente as consultas a serem realizadas, conforme a disponibilidade do **HOSPITAL**, sendo de inteira responsabilidade do **MUNICÍPIO** a quantidade de consultas autorizadas.

**§ Segundo** – O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente os procedimentos ambulatoriais e cirúrgicos a serem realizados, conforme a disponibilidade do **HOSPITAL**, sendo de inteira responsabilidade do **MUNICÍPIO** a quantidade autorizada, não podendo exceder a 30 (trinta) procedimentos cirúrgicos por mês e a 100 (cem) procedimentos ambulatoriais por mês;

**§ Terceiro** – Em caso de emergência justificada, o órgão de saúde do **MUNICÍPIO** encaminhará autorização posteriormente à prestação dos serviços.

**§ Quarto** – Pelos serviços descritos nesta cláusula, o **MUNICÍPIO** pagará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao da prestação dos serviços, a título de complementação, os seguintes valores:

- a) consultas especializadas – R\$ 199,52;
- b) procedimentos ambulatoriais – R\$ 199,52;
- c) procedimentos cirúrgicos com ou sem anestesista conforme cláusula quarta, parágrafo segundo;
- d) para acompanhamento médico e curativos o valor de R\$ 53,13;

**Cláusula Sexta** – Exames especializados na área de **Radiologia**.

**§ Primeiro** – O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente os exames a serem realizados, conforme a disponibilidade do **HOSPITAL**;

**§ Segundo** – Os pacientes encaminhados pelo **MUNICÍPIO** deverão apresentar requisição médica e autorização para a realização dos exames.

**§ Terceiro** – Pelos serviços descritos nesta cláusula, o **MUNICÍPIO** pagará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao da efetiva realização dos exames, a título de complementação, o valor mensal de até R\$ 1.341,85;

**Cláusula Sétima** – Exames especializados na área de **Ecografia/Ultrassonografia**.

**§ Primeiro** – O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente os exames a serem realizados, conforme a disponibilidade do **HOSPITAL** e até o limite previsto no § Terceiro.

**§ Segundo** – Os pacientes encaminhados deverão apresentar requisição médica e autorização para a realização dos exames, dentre os relacionados abaixo:

| <b>EXAME</b>                                            | <b>PREF/PAC</b> | <b>SUS</b> | <b>PREFEITURA</b> |
|---------------------------------------------------------|-----------------|------------|-------------------|
| 1. ABDOMEN TOTAL                                        | R\$ 208,74      | R\$ 37,95  | R\$ 132,98        |
| 2. ABDOMEN SUPERIOR                                     | R\$ 148,17      | R\$ 24,20  | R\$ 124,13        |
| 3. FIGADO E VIAS BILIARES                               | R\$ 114,34      | R\$ 24,20  | R\$ 103,76        |
| 4. PÉLVICO                                              | R\$ 114,34      | R\$ 24,20  | R\$ 103,76        |
| 5. APARELHO URINÁRIO                                    | R\$ 149,80      | R\$ 24,20  | R\$ 91,74         |
| 6. OBSTÉTRICO                                           | R\$ 114,34      | R\$ 24,20  | R\$ 103,76        |
| 7. PRÓSTATA VIA ABDOMINAL                               | R\$ 129,16      | R\$ 24,20  | R\$ 78,39         |
| 8. PRÓSTATA TRANSRETAL                                  | R\$ 155,59      | R\$ 24,20  | R\$ 93,05         |
| 9. PÉLVICO TRANSVAGINAL                                 | R\$ 144,88      | R\$ 24,20  | R\$ 78,39         |
| 10.ECOGRAFIA DE MAMAS                                   | R\$ 135,61      | R\$ 24,20  | R\$ 89,08         |
| 11.ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (tireoide, bolsa escrotal)   | R\$ 150,30      | R\$ 24,20  | R\$ 78,39         |
| 12.OBSTÉTRICO MORFOLÓGICO                               | R\$ 442,82      | R\$        | R\$               |
| 13.PERFIL BIOFÍSICO FETAL                               | R\$ 228,69      | R\$        | R\$               |
| 14.ARTICULAÇÕES, MÚSCULOS E TENDÕES                     | R\$ 135,61      | R\$ 24,20  | R\$ 91,74         |
| 15.CARÓTIDAS E VERTEBRAIS C/DOPPLER                     | R\$ 301,78      | R\$        | R\$               |
| 16.MEMBROS SUPERIORES OU INFERIORES COM DOPPLER A CORES | R\$ 301,78      | R\$        | R\$               |
| 17.Veias SAFENAS COM DOPPLER A CORES                    | R\$ 198,14      | R\$        | R\$               |
| 18.AORTA E ILÍACAS COM DOPPLER A CORES                  | R\$ 323,07      | R\$        | R\$               |
| 19.ARTÉRIAS RENAIIS COM DOPPLER A CORES                 | R\$ 323,07      | R\$        | R\$               |
| 20.ABDOMEN COM DOPPLER A CORES                          | R\$ 323,07      | R\$        | R\$               |
| 21.TRANSVAGINAL OU PÉLVICO COM DOPPLER A CORES          | R\$ 240,22      | R\$        | R\$               |
| 22.TESTÍCULOS OU ÓRGÃOS COM DOPPLER A CORES             | R\$ 219,44      | R\$        | R\$               |
| 23. OBSTETRICO DOPLER COLORIDO                          | R\$ 259,34      | R\$        | R\$               |

**§ Terceiro** – O **MUNICÍPIO** pagará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao da realização dos exames, que deverão constar de relação dos pacientes atendidos e informações pertinentes o valor mensal de até R\$ 12.686,40, a título de complementação.

**Cláusula Oitava** – Exames especializados na área de **Mamografia**.

**§ Primeiro** – O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente os exames a serem realizados, conforme a disponibilidade do **HOSPITAL**.

**§ Segundo** – Os pacientes encaminhados pelo **MUNICÍPIO** deverão apresentar requisição médica e autorização para o exame.

**§ Terceiro** – Pela realização dos exames, o **MUNICÍPIO** pagará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte à prestação dos serviços, o valor de R\$ 137,71 por exame (após excedida a cota do SUS);

**Cláusula Nona** – Consultas, exames e procedimentos cirúrgicos especializados na área de **Gastroenterologia, Endoscopia Digestiva Alta e Baixa e Cirurgia Digestiva**.

**§ Primeiro** – O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente os exames, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**;

**§ Segundo** – Previamente à realização dos exames, o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** a competente autorização.

**§ Terceiro** – Pela realização dos exames, o **MUNICÍPIO** pagará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte à prestação dos serviços, os seguintes valores, a título de complementação:

- a) para consultas: R\$ 199,52 por consulta;
- b) para endoscopia R\$ 220,75 por exame;
- c) para colonoscopia R\$ 408,20, por exame;
- d) para retossigmoidoscopia R\$ 202,11 por exame;
- e) para polipectomia de cólon: R\$ 216,77 por procedimento (não precisando de autorização prévia);
- f) para teste de urease: R\$ 21,28 por procedimento (não precisando de autorização prévia);
- g) para hernioplastia inguinal unilateral: R\$ 1.489,38 por procedimento;
- h) para hemorroidectomia: R\$ 1.489,38 por procedimento;
- i) para fissurectomia anal: R\$ 1.489,38 por procedimento;
- j) para fistulectomia anal: R\$ 1.489,38 por procedimento;
- k) para ressecção de cisto pilonidal: R\$ 1.489,38 por procedimento;
- l) para drenagem de abscesso: R\$ 1.489,38 por procedimento;
- m) para colecistectomia aberta: R\$ 1.787,34 por procedimento;
- n) para videocolecistectomia: R\$ 2.184,95 por procedimento.

**Cláusula Décima** – Consultas, exames e procedimentos cirúrgicos especializados na área de **Urologia**.

**§ Primeiro** – O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente as consultas, exames e procedimentos cirúrgicos, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**.

**§ Segundo** – Previamente ao atendimento, o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** a competente autorização.

**§ Terceiro** – Em pagamento às consultas, exames e procedimentos cirúrgicos, o **MUNICÍPIO** repassará ao **HOSPITAL**, até o 5º. (quinto) dia útil do mês seguinte ao da prestação dos serviços, os seguintes valores, a título de complementação:

R\$ 199,52 por consulta urológica  
R\$ 1.651,70 por procedimento de cistostomia;  
R\$ 1.651,70 por tratamento cirúrgico da incontinência urinária via vaginal;  
R\$ 1.032,00 por procedimento de biópsia de bexiga;  
R\$ 1.651,70 por procedimento de uretroplastia autógena;  
R\$ 1.651,70 por tratamento cirúrgico da hemorragia vesical;  
R\$ 825,79 por procedimento de drenagem de abscesso da bolsa escrotal;  
R\$ 825,79 por procedimento de exérese de cisto da bolsa escrotal;  
R\$ 1.032,00 por procedimento de ressecção parcial da bolsa escrotal;  
R\$ 1.651,70 por tratamento cirúrgico da torção de testículo/cordão espermático;  
R\$ 1.651,70 por tratamento cirúrgico da hidrocele;  
R\$ 1.651,70 por procedimento de orquidopexia unilateral;  
R\$ 1.651,70 por tratamento cirúrgico da varicocele;  
R\$ 1.651,70 por procedimento de exérese de cisto do epidídimo;  
R\$ 1.032,00 por procedimento de vasectomia bilateral;  
R\$ 1.651,70 por procedimento de amputação do pênis;  
R\$ 1.032,00 por procedimento de biópsia de pênis;  
R\$ 1.651,70 por procedimento de plástica total do pênis;  
R\$ 722,15 por procedimento de eletrocoagulação de lesões cutâneas;  
R\$ 722,15 por procedimento de meatotomia;  
R\$ 722,15 por procedimento de parafimose – redução manual ou cirúrgica;  
R\$ 928,24 por procedimento de postectomia;  
R\$ 825,79 por procedimento de biópsia de próstata;  
R\$ 659,63 por procedimento de cistoscopia/uretroscopia;  
R\$ 1.961,80 por procedimento de hipospádia;  
R\$ 4.129,09 por procedimento de ressecção endoscópica de próstata;  
R\$ 4.129,09 por procedimento de ressecção endoscópica de tumor vesical;  
R\$ 2.063,88 por procedimento de orquiectomia unilateral;  
R\$ 2.063,88 por procedimento de cistolitotomia;  
R\$ 1.651,70 por procedimento de postectomia em crianças com anestesia geral;  
R\$ 1.651,70 por procedimento cirúrgico da cistocele;  
R\$ 3.097,22 por procedimento de ressecção endoscópica de colo vesical;  
R\$ 515,94 por cada sessão de procedimento de dilatação uretral;  
R\$ 3.097,22 por procedimento de uretrotomia interna (endoscópica);  
R\$ 991,97 por procedimento de biópsia de uretra;  
R\$ 1.587,87 por procedimento de ressecção de carúncula uretral;  
R\$ 1.651,70 por procedimento de colpoperineoplastia posterior;  
R\$ 328,48 por procedimento de urefluxometria;  
R\$ 783,21 por procedimento de urodinâmica completa.

**Cláusula Décima Primeira** – Consultas especializadas na área de **Psiquiatria**.

**§ Primeiro** – O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente as consultas, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**.

**§ Segundo** – Previamente ao atendimento, o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** a competente autorização.

**§ Terceiro** – Em pagamento às consultas, o **MUNICÍPIO** repassará ao **HOSPITAL**, até o 5º. (quinto) dia útil do mês seguinte ao da prestação dos serviços, o valor de R\$ 199,52 por consulta, a título de complementação.

**Cláusula Décima Segunda** – Consultas especializadas na área de **Otorrinolaringologia**.

**§ Primeiro** – O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente as consultas, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**.

**§ Segundo** – Previamente ao atendimento, o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** a competente autorização.

**§ Terceiro** – Em pagamento às consultas, exames e procedimentos, o **MUNICÍPIO** repassará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao da prestação os seguintes valores a título de complementação:  
R\$ 199,52 por consulta;  
R\$ 284,60 por exame de nasofibrolaringoscopia;  
R\$ 50,09 por lavagem otológica.

**Cláusula Décima Terceira** – Serviços especializados na área de **Cardiologia**, compreendendo consultas e eletrocardiogramas.

**§ Primeiro** – O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente as consultas, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**. Para a realização de eletrocardiogramas não há necessidade de agendamento.

**§ Segundo** – Previamente às consultas e eletrocardiogramas o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** a competente autorização.

**§ Terceiro** – Em pagamento aos serviços, o **MUNICÍPIO** repassará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte à sua realização, a título de complementação, o valor de R\$ 199,52 por consulta e de R\$ 75,15 por eletrocardiograma.

**Cláusula Décima Quarta** - Exames especializados de **Ergometria**.

**§ Primeiro** – O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente os exames, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**.

**§ Segundo** – Previamente aos exames o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** a competente autorização.

**§ Terceiro** – Em pagamento aos exames o **MUNICÍPIO** repassará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao da prestação dos serviços, o valor de R\$ 265,72 por exame a título de complementação;

**Cláusula Décima Quinta** – Consulta, Cirurgias, exames e procedimentos na área de **Oftalmologia**:

**§ Primeiro** – O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente as consultas, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**.

**§ Segundo** – Previamente às consultas, cirurgias, **exames e procedimentos**, o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** as competentes autorizações;

**§ Terceiro** – Em pagamento às consultas, **exames e procedimentos**, o **MUNICÍPIO** repassará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil os seguintes valores a título de complementação:

R\$ 199,52 por consulta;

R\$ 142,73 por exame de Biometria Ultrassônica;

R\$ 158,59 por exame de Mapeamento de retina com gráfico;

R\$ 158,59 por exame de Microscopia especular de córnea;

R\$ 162,66 por exame de Teste Ortóptico;

R\$ 142,73 por exame de Topografia Computadorizada de Córnea;

R\$ 206,18 por exame de Biomicroscopia de fundo de olho;

R\$ 190,31 por exame de Curva diária de Pressão Ocular CDPO;

R\$ 190,31 por exame de Gonioscopia;

R\$ 158,59 por exame de Retinografia Colorida Binocular;

R\$ 317,19 por exame de Retinografia Fluorescente Binocular;

R\$ 158,59 por exame de Teste de Schirmer;

R\$ 142,72 por exame Paquimetria Ultrassônica.

**§ Quarto** – O valor das Cirurgias, que também deve ser repassado no mesmo prazo, será aquele constante da **Cláusula Quarta – Cirurgias eletivas**.

**Cláusula Décima Sexta** – Atendimentos especializados na área de cirurgia e traumatologia **bucomaxilofacial**.

**§ Primeiro** - Os atendimentos previstos nesta cláusula são destinados a pacientes que forem atendidos no serviço de Urgência e Emergência e compreendem a avaliação imediata e, se necessário, a cirurgia.

**§ Segundo** – A autorização do **MUNICÍPIO** para a avaliação poderá ser feita no mesmo momento ou posteriormente; a cirurgia, entretanto, necessitará de autorização prévia na forma normal.

**§ Terceiro** – O valor de cada avaliação será de R\$ 199,52. Quanto às cirurgias, seus valores seguirão os parâmetros da **Cláusula Quarta – Cirurgias eletivas - § Segundo**. Em pagamento a esses serviços o

**MUNICÍPIO** repassará ao **HOSPITAL**, até o 5º dia útil do mês seguinte, os valores apurados pelo setor de faturamento, a título de complementação.

**Cláusula Décima Sétima** – Consulta especializada de **ginecologia/obstetrícia**.

**§ Primeiro** – O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente as consultas, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**.

**§ Segundo** – Previamente às consultas o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** a competente autorização.

**§ Terceiro** – Em pagamento aos serviços, o **MUNICÍPIO** repassará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte à sua realização, a título de complementação, o valor de R\$ 199,52 por consulta.

**Cláusula Décima Oitava** – Consulta especializada na área **Vascular**.

**§ Primeiro** – O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente as consultas, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**.

**§ Segundo** – Previamente às consultas o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** a competente autorização.

**§ Terceiro** – Em pagamento aos serviços, o **MUNICÍPIO** repassará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte à sua realização, a título de complementação, o valor de R\$ 199,52 por consulta.

**Cláusula Décima Nona** – Consulta especializada na área **Pediatria**.

**§ Primeiro** – O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente as consultas, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**.

**§ Segundo** – Previamente às consultas o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** a competente autorização.

**§ Terceiro** – Em pagamento aos serviços, o **MUNICÍPIO** repassará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte à sua realização, a título de complementação, o valor de R\$ 199,52 por consulta.

**Clausula Vigésima** – Consulta especializada na área de **Neurocirurgia**:

**§ Primeiro** – O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente as consultas, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**.

**§ Segundo** – Previamente às consultas o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** a competente autorização;

.

**§ Terceiro** – Em pagamento aos serviços, o **MUNICÍPIO** repassará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte à sua realização, a título de complementação, o valor de R\$ 234,00 por consulta;

**Clausula Vigésima Primeira** – Consultas, exames e procedimentos cirúrgicos especializados na área de **Dermatologia**:

**§ Primeiro** – O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente as consultas, exames e procedimentos cirúrgicos, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**.

**§ Segundo** – Previamente ao atendimento, o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** a competente autorização.

**§ Terceiro** – Em pagamento às consultas, exames e procedimentos cirúrgicos, o **MUNICÍPIO** repassará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao da prestação dos serviços, os seguintes valores, a título de complementação:

R\$ 199,52 por consulta dermatológica;  
R\$ 265,95 por procedimento de cauterização química;  
R\$ 495,98 por procedimento de biopsia Incisional,  
R\$ 672,97 por procedimento de biópsia excisional pequena/média;  
R\$ 797,90 por procedimento de biópsia excisional grande;  
R\$ 495,98 por procedimentos de retirada de nevo facial;  
R\$ 353,73 por procedimento de shaving (1 lesão);  
R\$ 469,68 por procedimentos de shaving (1 a 3 lesões);  
R\$ 619,70 por procedimento de shaving (3 a 5 lesões);  
R\$ 406,89 por procedimento de aplicação de Triancil;  
R\$ 353,73 por procedimento de Peeling químico.

**Cláusula Vigésima Segunda** - Exames especializados de **Cardiotocografia**.

**§ Primeiro** – O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente os exames, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**.

**§ Segundo** – Previamente aos exames o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** a competente autorização.

**§ Terceiro** – Em pagamento aos exames o **MUNICÍPIO** repassará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao da prestação dos serviços, o valor de R\$ 41,20 por exame, a título de complementação.

**Cláusula Vigésima Terceira** – **Internação hospitalar compulsória**.

**§ Primeiro** - Poderão ser internados, mensalmente, até 02 (dois) pacientes encaminhados pelo órgão de saúde do **MUNICÍPIO**;

**§ Segundo** - O MUNICÍPIO deverá agendar previamente as internações, de acordo com a disponibilidade destes leitos no Hospital;

**§ Terceiro** - Previamente a internação, o MUNICÍPIO deverá enviar ao HOSPITAL a competente autorização;

**§ Quarto** - Em pagamento às internações o MUNICÍPIO repassará ao HOSPITAL, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao da prestação dos serviços, o valor de R\$ 164,83 por dia de internação.

#### **Cláusula Vigésima Quarta – Sessão de Fisioterapia:**

**§ Primeiro** - Em pagamento as **Sessões de Fisioterapia** MUNICÍPIO repassará ao HOSPITAL, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao da prestação dos serviços, o valor de R\$ 17,30 por sessão de fisioterapia (não precisando de autorização prévia);

#### **Cláusula Vigésima Quinta – Exames especializados de Tomografia Computadorizada, Angiotomografia, Urotomografia, Enterotomografia, Biopsias, Punções e Outros exames especializados:**

**§ Primeiro** - O MUNICÍPIO deverá agendar previamente os exames, de acordo com a disponibilidade da **Atenas – Centro de Diagnóstico por Imagem**;

**§ Segundo** - Previamente aos exames o MUNICÍPIO deverá encaminhar a **Atenas – Centro de Diagnóstico por Imagem** a competente autorização;

**§ Terceiro** - Pela realização dos exames, o MUNICÍPIO pagará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte a prestação dos serviços, os seguintes valores, a título de complementação:

R\$ 478,68 por exame de TC de coluna cervical;

R\$ 478,68 por exame de TC de coluna lombo-sacra/TC sacrococcígea;

R\$ 478,68 por exame de TC de coluna torácica;

R\$ 445,49 por exame de TC de face/TC de seios da face/TC de art. têmporo-mand./mastoide;

R\$ 398,93 por exame de sela túrcica;

R\$ 468,09 por exame de TC de crânio;

R\$ 478,67 por exame de TC de pescoço;

R\$ 578,47 por exame de TC de abdome superior;

R\$ 445,48 por exame de TC de articulações de membro inferior;

R\$ 518,62 por exame de TC de Pelve/TC de Bacia/TC de abdome inferior;

R\$ 445,48 por exame de TC de membro superior;

R\$ 445,48 por exame de TC de seg. apendiculares (braço, antebraço, mão, coxa, perna, pé);

R\$ 445,48 por exame de TC de tórax;

R\$ 4445,48 por exame de TC de hemitórax, pulmão ou mediastino;

R\$ 771,30 por exame de abdome total;

R\$ 997,38 por exame de angiotomografia de crânio (venoso ou arterial);  
R\$ 997,38 por exame de angiotomografia de tórax (venoso ou arterial);  
R\$ 997,38 por exame de angiogramografia de segmento (venoso ou arterial);  
R\$ 997,38 por exame de angiotomografia de pescoço (venoso ou arterial);  
R\$ 997,38 por exame de angiotomografia de abdome superior (venoso ou arterial);  
R\$ 997,38 por exame de angiotomografia de pelve (venoso ou arterial);  
R\$ 997,38 por exame de angiotomografia da aorta abdominal (arterial);  
R\$ 1.196,85 por exame de angiotomografia de abdome total;  
R\$ 930,88 por exame de angiotomografia da aorta torácica (arterial);  
R\$ 664,91 por exame de urotomografia;  
R\$ 864,38 por exame de Enterotomografia;  
R\$ 497,74 PAAF Guiada por Ultrassom (lesão de partes moles);  
R\$ 939,09 Biopsia Guiada por Ultrassom de Tumor Partes Moles (Músculo, dorso, etc);  
R\$ 829,56 Biopsia Guiada por Ultrassom Hepatica;  
R\$ 939,09 Biopsia Guiada por Ultrassom Pulmão/Pulmonar;  
R\$ 1.013,91 Biopsia Guiada por Tomografia Pulmão/Pulmonar;  
R\$ 1.090,90 Biopsia Renal;  
R\$ 1.968,18 Nefrostomia Guiada por Ultrassom;  
R\$ 1.682,98 Drenagem de Coleção;  
R\$ 2.378,08 Drenagem de Vias Biliares;  
R\$ 1.550,69 Cistostomia;  
R\$ 1.575,63 Troca de Cistostomia;  
R\$ 1.006,32 Punção Cisto Renal ou Punção Renal;  
R\$ 497,74 Punção de Mama (PAAF);  
R\$ 650,64 Punção biópsia de Mama (core-Biopsy);  
R\$ 789,44 Agulhamento Mama guiada por Ultrassom (marcação pré-cirúrgica);  
R\$ 504,25 Punção de Tireoide (PAAF);  
R\$ 650,64 Punção Biopsia de Próstata guiada por Ultrassom;  
R\$ 529,19 Toracocentese guiada por Ultrassom (diagnóstica);  
R\$ 529,19 Paracentese guiada por Ultrassom (Alivio);  
R\$ 529,19 Paracentese guiada por Ultrassom (diagnóstica);  
R\$ 2.470,26 Alcolização do Plexo Celiaco;  
R\$ 151,82 Densitometria Óssea;  
R\$ 347,00 Ecocardiograma Adulto e Pediátrico.

**Clausula Vigésima Sexta** – Consulta especializada na área de **Reumatologia**:

**§ Primeiro** – O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente as consultas, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**.

**§ Segundo** – Previamente às consultas o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** a competente autorização;

**§ Terceiro** – Em pagamento aos serviços, o **MUNICÍPIO** repassará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte à sua realização, a título de complementação, o valor de R\$ 199,52 por consulta;

**Cláusula Vigésima Sétima** – O **HOSPITAL** colocará seu Corpo Clínico, serviços auxiliares, salas, equipamentos, materiais, medicamentos, enfim toda a infraestrutura necessária para a realização dos serviços descritos no presente convênio.

**Cláusula Vigésima Oitava** – A contratação de todo o pessoal necessário à consecução dos objetivos propostos neste termo será de responsabilidade do **HOSPITAL**, incluídos os encargos trabalhistas e previdenciários e ainda eventuais danos a terceiros decorrentes do atendimento.

**Cláusula Vigésima Nona** – Na hipótese das condições técnico-científicas disponibilizadas serem insuficientes para o adequado atendimento ao paciente, o **HOSPITAL** deverá encaminhá-lo a outro centro médico-hospitalar que possua as condições necessárias, sem que isso implique em responsabilidade do **HOSPITAL** no custeio da internação naquele estabelecimento.

**§ Primeiro** – Para o encaminhamento do paciente, o **MUNICÍPIO** deverá providenciar o transporte através de veículo adequado ao caso e o **HOSPITAL** providenciará o acompanhamento da Enfermagem e do Médico, se necessário.

**§ Segundo** – Em pagamento ao acompanhamento da Enfermagem, o **MUNICÍPIO** repassará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte ao do encaminhamento do paciente, o valor que será calculado pelo setor de Recursos Humanos do **HOSPITAL**, baseado no tempo de afastamento do funcionário e na sua remuneração normal.

**§ Terceiro** – O valor que deverá ser pago pelo **MUNICÍPIO** ao **HOSPITAL** até o quinto (5º) dia útil do mês seguinte ao do encaminhamento do paciente, pelo acompanhamento do Médico, será calculado com base no tempo de afastamento do mesmo e na remuneração paga aos Médicos Plantonistas do Pronto Socorro.

**Cláusula Trigésima** – A vigência do presente convênio será de 01(um) ano, a partir de 1º (primeiro) de abril de 2025 podendo ser renovado por iguais e sucessivos períodos até o limite de 60 (sessenta) meses.

**Cláusula Trigésima Primeira**– As partes CONVENIENTES elegem o IGPM (Índice de Preços do Mercado) como índice de reajuste anual do convênio, utilizando-se a variação dos últimos 12 (doze) meses. No entanto, para preservar o equilíbrio econômico-financeiro do contrato, no caso deste índice se tornar muito baixo ou demasiado alto, as partes ajustarão percentual ou outro índice de variação condizente com a prestação do serviço,

restabelecendo assim o equilíbrio contratual devido à alta variação de preços dos materiais, medicamentos, recursos humanos e demais custos.

**Cláusula Trigésima Segunda** – O presente instrumento poderá ser rescindido:

- a) a qualquer momento, por qualquer das partes, desde que comunicado com antecedência mínima de trinta (30) dias
- b) a qualquer momento, por comum acordo entre as partes, sem a necessidade da antecedência mínima de trinta (30) dias
- c) a qualquer momento, mediante aviso prévio de 30(trinta) dias por qualquer uma das partes, quando verificado um desequilíbrio financeiro que possa causar prejuízos decorrentes de alterações econômicas alheias à vontade das partes

**Cláusula Trigésima Terceira** - O **HOSPITAL** ficará sujeito à fiscalização do **MUNICÍPIO** no que se refere ao fiel cumprimento do presente convênio, através de servidores indicados à Direção.

**Cláusula Trigésima Quarta** – O **HOSPITAL** deverá apresentar, mensalmente, fatura detalhada sobre os atendimentos prestados que forem objeto do presente convênio.

**Cláusula Trigésima Quinta**– Visando preservar interesses recíprocos, quaisquer circunstâncias que possam caracterizar descumprimento dos termos deste convênio deverão ser objeto de notificação escrita, com prazo de três (3) dias úteis para resposta de qualquer das partes.

**Cláusula Trigésima Sexta** – As despesas decorrentes do presente convênio correrão à conta de dotação financeira consignada para o exercício vigente.

**Cláusula Trigésima Sétima** – Para dirimir eventuais dúvidas emergentes da aplicação deste convênio, as partes elegem, de comum acordo, o Foro da Comarca de Getúlio Vargas.

E por assim estarem ajustados, assinam o presente instrumento, em quatro (4) vias de igual teor e forma.

Florianópolis, RS, xx de março de 2025.

**JAIR ANTONIO OSTROWSKI**  
Prefeito Municipal  
C/ CONVENIENTE

**CLOVIS DALL'AGNOL**  
Presidente Hospital São Roque  
C/ CONVENIADA

Registre-se.