TERMO DE CONVÊNIO N.º 009/2017.

Convênio que entre si celebram o Município de Uruguaiana e o Hospital Santa Casa de Caridade de Uruguaiana, visando à disponibilização de serviços da CLÍNICA RENAL MUNICIPAL aos usuários do SUS, residentes em Uruguaiana/RS.

O MUNICÍPIO DE URUGUAIANA, pessoa jurídica de Direito Público, CNPJ/MF sob o n.º 88.131.164/0001-07, com sede na Rua 15 de Novembro, 1882, nesta cidade, neste ato representado pelo Sr. RONNIE PETERSON COLPO MELLO, Prefeito Municipal, doravante denominado CONCEDENTE e o HOSPITAL SANTA CASA DE CARIDADE DE URUGUAIANA, CNPJ/MF n.º 98.416.225/0001-28, com sede a Rua Domingos de Almeida, 3801, representada neste ato pelo seu Provedor, Dr. EDUARDO VELO PEREIRA, a partir de agora denominada CONVENENTE, com base no artigo 199, § 1º da Constituição Federal e Decreto Municipal n.º 410/2016, resolvem celebrar o presente CONVÊNIO, nos termos e condições estabelecidas nas seguintes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO E FINALIDADE:

1.1. A finalidade do presente convênio é disponibilizar a comunidade uruguaianense os serviços e procedimentos realizados na **CLÍNICA RENAL MUNICIPAL**, junto à CONVENENTE, atendendo a demanda existente no município.

1.2. Deverão ser disponibilizados pela CONVENENTE os seguintes procedimentos:

Código	Procedimento	Valor Unitário RS
0202010210	DOSAGEM DE CÁLCIO	1,85
0202010279	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	3,51
0202010287	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	3,51
0202010295	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	1,85
0202010317	DOSAGEM DE CREATININA	1,85
0202010384	DOSAGEM DE FERRITINA	15,59
0202010392	DOSAGEM DE FERRO SERICO	3,51
0202010422	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	2,01
0202010430	DOSAGEM DE FÓSFORO	1,85
0202010473	DOSAGEM DE GLICOSE	1,85
0202010600	DOSAGEM DE POTÁSSIO	1,85
0202010627	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS E FRAÇÕES	1,85
0202010651	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	2,01
0202010678	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	3,51
0202010694	DOSAGEM DE URÉIA	1,85
0202010767	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	15,27
0202010767	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	15,24
0202020304	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA	1,53
0202020371	HEMATOCRITO	1,53
0202020380	HEMOGRAMA COMPLETO	4,11
0202030300	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HIV-1 + HIV-2 (ELISA)	10,00
0202030636	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (ANTI-HBS)	18,55

0202030679	PESQUISA DE ANTICORPOS CONTRA O VÍRUS DA HEPATITE C (ANTI-HCV)	18,55
0202030970	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VÍRUS DA HEPATITE B (HBSAG)	18,55
0202060276	DOSAGEM DE PARATORMÔNIO	43,13
0202070085	DOSAGEM DE ALUMINIO	27,50
0305010093	HEMODIÁLISE (MÁXIMO 1 SESSÃO POR SEMANA - EXCEPCIONALIDADE)	194,20
0305010107	HEMODIÁLISE (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)	194,20
0305010115	HEMODIÁLISE EM PACIENTE COM SOROLOGIA POSITIVA PARA HIV E/OU HEPATITE B E/OU HEPATITE C (MÁXIMO 3 SESSÕES POR SEMANA)	265,41
0305010123	HEMODIÁLISE EM PACIENTE COMSOROLOGIA POSITIVA PARA HIV E/OU HEPATITE B E/OU HEPATITE C (EXCEPCIONALIDADE)	265,41
0418010013	CONFECÇÃO DE FÍSTULA ARTÉRIO-VENOSA C/ ENXERTIA DE POLITETRAFLUORETILENO (PTFE)	1.453,85
0418010021	CONFECÇÃO DE FÍSTULA ARTÉRIO-VENOSA C/ ENXERTO AUTOLOGO	685,53
0418010030	CONFECÇÃO DE FÍSTULA ARTÉRIO-VENOSA P/ HEMODIÁLISE	600,00
0418010064	IMPLANTE DE CATÉTER DUPLO LUMEN P/HEMODIÁLISE	115,81
0702100021	CATÉTER P/ SUBCLAVIA DUPLO LUMEN P/ HEMODIÁLISE	64,76
0702100099	DILATADOR P/ IMPLANTE DE CATÉTER DUPLO LUMEN	21,59
0702100102	GUIA METÁLICO P/ INTRODUÇÃO DE CATÉTER DUPLO LUMEN	15,41
0418010048	IMPLANTE DE CATÉTER DE LONGA PERMANÊNCIA P/ HEMODIÁLISE	200,00
0702100013	CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA P/ HEMODIÁLISE	482,34
0418020019	INTERVENÇÃO EM FÍSTULA ARTÉRIO-VENOSA	600,00
0418020027	LIGADURA DE FÍSTULA ARTÉRIO-VENOSA	600,00
0418020035	RETIRADA DE CATÉTER TIPO TENCKHOFF / SIMILAR DE LONGA PERMANÊNCIA	400,00

* VALORES DE REFERÊNCIA SIGTAP (SISTEMA DE GERENCIAMENTO DA TABELA DE PROCEDIMENTOS, MEDICAMENTOS E OPM DO SUS).

CLÁUSULA SEGUNDA – DO VALOR DO CONVÊNIO:

2.1. Pela disponibilização dos serviços descritos na Cláusula Primeira, a CONCEDENTE repassará a CONVENENTE a totalidade do valor APROVADO e PAGO pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE, nos procedimentos realizados na CLÍNICA RENAL MUNICIPAL.
2.2. Os pagamentos serão realizados na competência seguinte àquela em que tiverem sido realizados os atendimentos/procedimentos, sendo vedado o repasse de valores pela CONCEDENTE antes da efetiva disponibilização dos serviços.
2.3. É expressamente proibida a apresentação de NOTA FISCAL solicitando o repasse financeiro antes do efetivo fechamento e envio do processamento da produção à CONVENENTE, conforme cronograma de processamento e liberação do MINISTÉRIO DA SAÚDE.

CLÁUSULA TERCEIRA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS E EXECUÇÃO ASSISTENCIAL:

3.1. Os serviços serão inteiramente gratuitos, não podendo ser cobrado, em nenhuma hipótese, qualquer tipo de honorário médico ou taxa hospitalar aos pacientes ou pela realização de procedimentos ambulatoriais aos usuários atendidos pelo SUS.

3.2. Os serviços objeto deste convênio serão executados por profissionais, materiais e/ou equipamentos necessários da CONVENENTE, e sob inteira responsabilidade da mesma, inclusive, quanto a possíveis vínculos, encargos ou taxas decorrentes.
3.3. A CONVENENTE ficará com 100% (cem por cento) do faturamento.
3.4. Os serviços serão prestados de acordo com a demanda encaminhada pela SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE - SMS e pela demanda apresentada na unidade hospitalar gerida pela CONVENENTE.
3.5. A CONVENENTE preservará o credenciamento do Serviço junto ao Sistema Único de Saúde.
3.6. A indicação dos pacientes a serem submetidos aos procedimentos relacionados no presente convênio será precedida de avaliação dos médicos vinculados a CONVENENTE (SMS).
3.7. Ocorrendo alterações de valor, inclusão ou exclusão de procedimentos por parte do Ministério da Saúde junto ao SIGTAP (Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos e OPM do SUS), envolvendo os procedimentos faturados pela CONVENENTE, fica autorizada a alteração deste instrumento para a devida adequação do ajuste, a partir da competência da alteração realizada.
3.8. Os serviços a serem prestados pela CONVENENTE serão executados por profissionais da área, com a utilização dos equipamentos necessários e sob inteira responsabilidade desta, inclusive, quanto a possíveis vínculos, encargos ou taxas não previstas neste convênio conforme Portarias RDC da ANVISA, que regulamentam o serviço de Hemodiálise.
3.9 Os serviços serão inteiramente gratuitos, observadas na íntegra as regras do SUS (gratuidade, equidade, universalidade), não podendo ser cobrado dos pacientes, qualquer valor sobre honorário médico ou taxa hospitalar quando da hospitalização em leitos SUS (Sistema Único de Saúde), independendo da vontade deste, em quartos ou apartamentos diferenciados, como, por exemplo, no caso de falta de leitos normais.

CLÁUSULA QUARTA – DAS OBRIGAÇÕES:

4.1. No cumprimento dos termos deste Convênio, a CONCEDENTE compromete-se a:

a) realizar o repasse do valor faturado pela execução dos procedimentos descritos no item 1.2, devidamente aprovado e pago pelo MINISTÉRIO DA SAÚDE, efetuando o depósito/transferência dos valores correspondentes, em conta especial vinculada e aberta pela CONVENENTE, após a devida aprovação das prestações de contas; e
b) acompanhar a execução dos serviços objeto deste Convênio.
4.2. No cumprimento e execução do objeto deste Convênio, caberá a CONVENENTE:
a) cumprir rigorosamente com a prestação dos serviços, objeto deste Convênio;
b) proceder à abertura de conta corrente especial, para receber os repasses da CONCEDENTE;
c) apresentar prestações de contas mensais, com a relação nominal de todas as pessoas beneficiadas pelos serviços com o referido endereço;
d) possibilitar o livre acesso da CONCEDENTE aos registros e controles clínico-administrativos da assistência conveniada;
e) a responsabilidade plena sobre os profissionais utilizados durante o cumprimento do Convênio, inclusive nas áreas de Direito Trabalhista, Civil, Previdenciário e risco contra terceiros, cujo ônus e obrigações em nenhuma hipótese poderão ser transferidos a CONCEDENTE;
f) apresentar relatórios mensais, na aplicação dos recursos transferidos pela CONVENENTE;
g) apresentar notas e relatórios mensais, informando da aplicação do recurso financeiro repassado pela CONCEDENTE.

CLÁUSULA QUINTA – DOS RECURSOS FINANCEIROS

5.1. Os recursos financeiros necessários ao cumprimento deste convênio correrão à conta das dotações orçamentárias previstas sob as rubricas e valores que seguem:

Vínculo	Local	Funcional	Cat. Econômica
4590	07.03	10.302.0505.4.008	33903950

5.2. O repasse dos valores à CONVENENTE fica condicionado aos depósitos dos recursos VINCULADOS previstos pela Lei Complementar 141/2012 e Decreto N.º 7.508/2011 e à disponibilidade dos recursos financeiros nas rubricas informadas pela CONCEDENTE;
5.3. Os serviços adquiridos pela CONVENENTE serão pagos conforme o previsto no item 4.1 deste instrumento, devendo ainda, na prestação de contas, estar incluída a relação nominal de todas as pessoas beneficiadas pelos serviços com referido endereço;

5.4. Os repasses dos valores correspondentes aos serviços adquiridos pela CONCEDENTE somente serão liberados após a aprovação das devidas prestações de contas, mensais e correspondentes ao período imediatamente anterior ao mês de apresentação.

CLÁUSULA SEXTA – DA VIGÊNCIA:

6.1. O presente Convênio terá vigência a partir da data de sua assinatura até 31 de dezembro de 2017.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA INEXECUÇÃO E DA RESCISÃO:

7.1. A inexecução total ou parcial do presente Convênio enseja sua rescisão, sem prejuízo da aplicação das penalidades previstas no artigo 87 da Lei n.º 8.666/93.

CLÁUSULA OITAVA – DO FORO:

8.1. Para dirimir quaisquer conflitos deste Termo de Convênio, as partes elegem o foro da Comarca de Uruguaiana, com renúncia expressa de qualquer outro, por mais privilegiado que seja.
8.2. Para validade do que pelas partes foi pactuado, firma-se este instrumento em 4 (quatro) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo assinadas, para que surta seus efeitos jurídicos e legais.

Uruguaiana, 1º de março de 2017.

Hospital Santa Casa de Caridadede Uruguaiana
CONVENENTE

Município de Uruguaiana
CONCEDENTE

Testemunhas:

_____ _____
Nome: Assinatura
RG: _____
CPF: _____

_____ _____
Nome: Assinatura
RG: _____
CPF: _____