

PROJETO DE LEI Nº 015/2026 DE 24 DE MARÇO DE 2.026.

**CÂMARA DE VEREADORES DE
CAPITÃO - RS**

Sessão de 25 / 03 / 2026
Despacho Aprovado por
Unanimidade
Eduardo Scheidt
PRESIDENTE

AUTORIZA o Município de Capitão a conceder um repasse financeiro à **SOCIEDADE SULINA DIVINA PROVIDÊNCIA – HOSPITAL SÃO JOSÉ de Arroio do Meio/RS**, indica recursos, celebra Convênio de serviços e dá outras providências.

MÁRCIO ANDRÉ DA COSTA, PREFEITO MUNICIPAL DO MUNICÍPIO DE CAPITÃO, RS.,

FAÇO SABER, que a Câmara Municipal de Vereadores aprovou e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º - Fica o Poder Executivo, autorizado a conceder um repasse financeiro mensal no valor de **R\$ 41.137,56(Quarenta e um mil, cento e trinta e sete reais e cinquenta e seis centavos)**, para custeio e manutenção de serviços médico-hospitalares, atendimentos de especialidades, serviços em saúde e manutenção da Unidade de Terapia Intensiva - UTI, celebra Convênio, indica recursos e dá outras providências, conforme Minuta de Convênio em anexo.

§ 1º - Os serviços em saúde relacionados no Quadro II do Convênio, serão cobrados por produção, sendo praticados os valores da tabela constante do Anexo I, que integra o Convênio a ser celebrado. Os munícipes que precisarem de atendimentos junto à instituição conveniada, deverão obrigatoriamente ser encaminhados através da Secretaria Municipal de Saúde do Município.

§ 2º - O repasse mensal no valor de **R\$ 22.305,30(Vinte e dois mil, trezentos e cinco reais e trinta centavos)** destinado à manutenção econômica da Unidade de Tratamento Intensivo - UTI, será encerrado no momento que iniciar o aporte financeiro do Governo Federal à Conveniada.

Art. 2º - A vigência do Convênio será de 12(doze) meses, vigendo a partir de **01 de abril de 2.026.**

Parágrafo Único: O convênio a ser celebrado, poderá ser renovado por iguais e sucessivos períodos, caso houver interesse entre as partes, sendo o mesmo reajustado por índice oficial adotado pelo Município.

Art. 3º - As despesas decorrentes desta Lei, serão atendidas pela seguinte dotação orçamentária:



05.01 **Secretaria Municipal de Saúde**

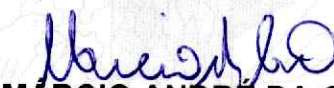
2.028 **Manutenção Serviços Médicos/Odontológicos**

3.3.90.39.00.000000 **OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS PJ (144)**

Art. 4º - A Entidade conveniada deverá prestar contas mensalmente ao Município, através de relatório de atendimentos, encaminhado para a Secretaria Municipal de Saúde, a qual autorizará o pagamento.

Art. 5º - Revogadas as disposições em contrário, a presente Lei entrará em vigor na data de sua publicação.

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL DE CAPITÃO, 24 de março de 2026.



MARCIO ANDRÉ DA COSTA
PREFEITO MUNICIPAL

Registre-se e Publique-se

VANUSA LORENZON

Secretária Municipal de Administração e Finanças



MINUTA DE TERMO CONVÊNIO

Pelo presente instrumento, de um lado, **MUNICÍPIO DE CAPITÃO**, pessoa jurídica de direito público, inscrito no CNPJ sob o nº 94.706.132/0001-87, representado pelo Prefeito Municipal, Sr. **Marcio Andre da Costa**, brasileiro, residente e domiciliado no Município de Capitão/RS, doravante denominada simplesmente **CONVENENTE** e de outro lado, **SOCIEDADE SULINA DIVINA PROVIDÊNCIA - HOSPITAL SÃO JOSÉ**, pessoa jurídica de direito privado, associação civil, sem fins econômicos e lucrativos, de caráter beneficente e assistência social, qualificada como de utilidade pública, com atividade preponderante na área da saúde, sediada em Arroio do Meio/RS, na Rua Júlio de Castilhos, 314, bairro Centro, inscrita no CNPJ nº 87.317.764/0002-74, presente neste ato por seu procurador, Sr. **JOSÉ CLÓVIS SOARES**, brasileiro, inscrita no CPF nº 347.325.000-72 e portadora da cédula de identidade RG nº 4014589421, doravante denominada simplesmente **CONVENIADA**, tem como justo e acordado o que segue:

Disposições Preliminares

Este Termo tem como objetivo a concessão de auxílio financeiro pela Conveniente à Conveniada, pelo período de 12 (doze) meses, conforme Lei Municipal nº de /...../2026

CLÁUSULA PRIMEIRA: Do Objeto e Valores pagos

1.1 Constitui objeto do presente convênio a concessão de auxílio financeiro, a ser repassado pela **CONVENENTE** à **CONVENIADA**, com a finalidade de viabilizar o custeio e manutenção dos serviços médico-hospitalares especificados nos Quadros I da cláusula 1.4 e II da Cláusula 1.5, proporcionando atendimento adequado e condigno à população do Município de **CAPITÃO/RS**, que necessite dos serviços prestados por ela.

1.2 Os atendimentos referidos no item 1.1, a critério da **CONVENIADA**, poderão ser realizados no Hospital Estrela, em Estrela/RS, no Hospital Santa Isabel em Progresso/RS ou no Hospital Divina Providência em Porto Alegre/RS também mantidos pela Sociedade Sulina Divina Providência.

1.3 Os recursos referidos no item 1.1 deverão ser aplicados conforme cronograma do anexo, compreendendo os serviços médico-hospitalares especificados nos Quadros I da cláusula 1.4 e II da Cláusula 1.5.

1.4 A **CONVENENTE** pagará à **CONVENIADA**, mensalmente, a importância de **R\$ R\$ 41.137,56 (quarenta e um mil cento e trinta e sete reais e cinquenta e seis centavos)** considerando-se 2.994 habitantes, conforme Quadro I a seguir:

QUADRO I – Dos valores fixos:



ESPECIFICAÇÃO	VALOR (R\$)
Pronto Socorro (Urgência e Emergência): honorários de plantonista e manutenção dos serviços básicos e de urgência/emergência: procedimentos de ambulatório, sala de observação, materiais, medicamentos, exames (RX e eletrocardiograma). Plantão presencial de 24 (vinte e quatro) horas por dia, 07 (sete) dias por semana.	R\$ 1,89 (um real e oitenta e nove centavos) por habitante, totalizando R\$ 5.658,66 (cinco mil seiscientos e cinquenta e oito reais e sessenta e seis centavos) • Número de habitantes para fins de cálculo – 2.994
Obstetrícia (Urgência e Emergência): manutenção do plantão da especialidade. Plantão presencial de 24 (vinte e quatro) horas por dia, 07 (sete) dias por semana. Na obstetrícia os atendimentos pós-cirúrgicos devem ser realizados na UBS, incluindo a retirada de pontos. Na obstetrícia inclui 1 (um) atendimento pós cirúrgico no prazo de 15 dias após a alta hospitalar. Caso a paciente necessite de uma avaliação pós-cirúrgica após 15 dias de alta ou a partir da segunda em prazo menor encaminhada pela UBS deverá haver autorização prévia do município. Anestesiologia: manutenção do plantão da especialidade. Plantão sobreaviso de 24 (vinte e quatro) horas por dia, 07 (sete) dias por semana. Pediatria (Urgência e Emergência): manutenção do plantão da especialidade, com cobertura para sala de parto e atendimento pediátrico. Plantão sobreaviso de 24 (vinte e quatro) horas por dia, 07 (sete) dias por semana.	R\$ 4,40 (quatro reais e quarenta centavos) por habitante, totalizando R\$ 13.173,60 (treze mil cento e setenta e três reais e sessenta e centavos)
Unidade de Terapia Intensiva UTI: Manutenção da viabilidade econômica.	R\$ 7,45 (sete reais e quarenta e cinco centavos) por habitante, totalizando R\$ 22.305,30 (vinte e dois mil trezentos e cinco reais e trinta centavos)
Total Valor Fixo	R\$ 41.137,56
Observação: O pagamento relativo à manutenção da viabilidade econômica da Unidade de Terapia Intensiva será encerrado quando iniciar o aporte do incentivo federal à CONVENIADA.	



1.5 Além dos valores estabelecidos na Cláusula 1.4 supra, para os serviços variáveis a CONVENIENTE pagará à CONVENIADA os valores constantes no Quadro II, a seguir:

QUADRO II – Dos valores por produção:

ATENDIMENTO / AVALIAÇÃO		
ESPECIFICAÇÃO	VALOR	
Avaliação de especialista Urgência/Emergência: avaliações de especialidades solicitadas pelo médico assistente da internação ou médico plantonista do pronto socorro, exceto obstetrícia.	. R\$ 200,99 (duzentos reais e noventa e nove centavos) por atendimento . R\$ 261,37 (duzentos e sessenta e um reais e trinta e sete centavos) por atendimento horário especial *Segunda a Sexta-feira: 19h às 07h. * Sábados, Domingos e Feriados.	
Consulta Médica em Atenção especializada: consultas de especialidades e/ou médicos anestesiastas, exceto obstetrícia.	R\$ 107,14 (cem e sete reais e quatorze centavos) por atendimento.	
SERVIÇOS PROFISSIONAIS CIRÚRGICOS		
Todos os procedimentos realizados, inclusive urgências (estas sem necessidade de autorização prévia), serão cobradas por produção, compreendendo a AIH mais complementação dos honorários médicos e hospitalar da seguinte forma:		
- Grupo 01: Procedimentos dos Portes Cirúrgicos 1A ao 3C da tabela CBHPM 2016:		
GRUPO 01:		
Procedimentos dos portes cirúrgico 1A ao 3C:	PORTE	VALOR
Serviços Médicos e hospitalares com AIH		R\$ 1.072,43
Anestesia		Valor porte anestésico
- Grupo 02: procedimentos dos portes cirúrgicos 4A ao 6C da tabela CBHPM 2016:		
GRUPO 02:		
Procedimentos dos portes cirúrgico 4A ao 6C:	PORTE	VALOR
Serviços Médicos e hospitalares com AIH		R\$ 2.235,21



Anestesia		Valor porte anestésico
- Grupo 03: procedimentos dos portes cirúrgicos 7A ao 8C da tabela CBHPM 2016:		
GRUPO 03:		
Procedimentos dos portes cirúrgico 7A ao 8C:	PORTE	VALOR
Serviços Médicos e hospitalares com AIH		R\$ 2.804,34
Taxa de equipamentos (Torre de vídeo, laser, endoscópio flexível, endoscópio rígido)		R\$ 281,42
Anestesia		Valor porte anestésico
- Grupo 04: procedimentos dos portes cirúrgicos 9A ao 11C da tabela CBHPM 2016:		
GRUPO 04:	PORTE	VALOR
Procedimentos dos portes cirúrgico 9A ao 11C:		
Serviços Médicos e hospitalares com AIH		R\$ 3.886,47
Taxa de equipamentos (Torre de vídeo, laser, endoscópio flexível, endoscópio rígido)		R\$ 281,42
Anestesia		Valor porte anestésico
- Grupo 05: procedimentos dos portes cirúrgicos 12A ao 14C da tabela CBHPM 2016:		
GRUPO 05:	PORTE	VALOR
Procedimentos dos portes cirúrgico 12A ao 14C:		
Serviços Médicos e hospitalares com AIH		R\$ 5.277,84
Taxa de equipamentos (Torre de vídeo, laser, endoscópio flexível, endoscópio rígido)		R\$ 281,42
Anestesia		Valor porte anestésico
Observações:		
* Para procedimentos eletivos sem AIH será acrescido 35% nos valores de Honorários médicos, anestesistas e serviços Hospitalares.		
* Honorários Médicos conforme tabela CBHPM 2016 e Unidade de Custo Operacional - UCO R\$ 21,50, atualizada em 29 de outubro de 2018;		
* Órteses, próteses e materiais especiais não cobertos pelo SUS, será solicitada complementação de valores, conforme apresentação de orçamento, devendo as diferenças serem pagas pela CONVENENTE;		



** Procedimentos considerados de Alta Complexidade poderão ser realizados de acordo com os portes da tabela CBHPM 2016 (UCO R\$ 21,50) e mediante avaliação de capacidade técnica.*

** Quanto ao exame de colangeopancreatografia (CPRE) fica estabelecido o fluxo para os pacientes de Capitão RS que após sete dias de cadastro no GERINT, não havendo êxito na referência neste período poderão ser agendados no Hospital Divina (HD) mediante orçamento prévio a ser autorizado pelo Município. Neste caso, mantendo o cadastro no GERINT até a efetiva realização do exame no HD.*

Serviço de Anestesiologia:

Os honorários de anestesia serão pagos por cirurgia/produção, baseados nos portes anestésicos da tabela CBHPM 2016, da seguinte forma:

- Porte Anestésico 1, 2 e 3 da CBHPM 2016: R\$ 486,73 (quatrocentos e oitenta e seis reais e setenta e três centavos) – equivalente a 77% do porte cirúrgico 4C da CBHPM;
- Porte Anestésico 4 da CBHPM 2016: R\$ 748,85 (setecentos e quarenta e oito reais e oitenta e cinco centavos) — equivalente a 77% do porte cirúrgico 6B da CBHPM;
- Porte Anestésico 5 da CBHPM 2016: R\$ 1.076,90 (Um mil e setenta e seis reais e noventa centavos) – equivalente a 77% do porte cirúrgico 7C da CBHPM;
- Porte Anestésico 6 da CBHPM 2016: R\$ 1.457,64 (um mil quatrocentos e cinquenta e sete reais e sessenta e quatro centavos) — equivalente a 77% do porte cirúrgico 9B da CBHPM;

Observações:

** Honorários Médicos conforme tabela CBHPM 2016 e Unidade de Custo Operacional - UCO R\$ 21,50, atualizada em 29 de outubro de 2018;*

Obstetrícia:

Procedimentos obstétricos sem a necessidade de autorização prévia.

AIH + Complementação de honorários médicos e hospitalar da seguinte forma:

Procedimento	Horário Normal	Horário Especial
Cesariana	R\$ 4.232,98	R\$ 4.674,08
Cesariana + Ligadura tubária	R\$ 5.899,02	R\$ 7.668,75
Parto Normal	R\$ 2.659,70	R\$ 2.814,65
Curetagem	R\$ 1.711,21	R\$ 1.840,72
Internações clínicas (adulto/pediátrico): Complementação da diária internação SUS		R\$ 96,54 (noventa e seis reais e cinquenta e quatro centavos) por diária



Exames Laboratoriais e Exames de Imagem, como Ecografia, endoscopia, tomografia, colonoscopia, entre outros. Mediante autorização prévia.	Conforme tabela
Materiais e medicamentos não cobertos pelo SUS	Mediante apresentação do valor a ser ressarcido

1.6 Da valoração dos atos cirúrgicos:

1.6.1 Quando previamente planejada, ou quando se verificar, durante o ato cirúrgico, a indicação de atuar em vários órgãos ou regiões ou em múltiplas estruturas articulares a partir da mesma via de acesso, a quantificação do porte da cirurgia será a que corresponder, por aquela via, ao procedimento de maior porte, acrescido de 50% do previsto para cada um dos demais atos médicos praticados, desde que não haja um código específico para o conjunto.

1.6.2 Quando ocorrer mais de uma intervenção por diferentes vias de acesso, deve ser adicionado ao porte da cirurgia considerada principal o equivalente a 70% do porte de cada um dos demais atos praticados.

1.6.3 Obedecem às normas acima as cirurgias bilaterais, realizadas por diferentes incisões (70%), ou pela mesma incisão (50%).

1.6.4 Quando duas equipes distintas realizarem simultaneamente atos cirúrgicos diferentes, a cada uma delas será atribuído porte de acordo com o procedimento realizado e previsto nesta Classificação.

1.6.5 Quando um ato cirúrgico for parte integrante de outro, valorar-se-á não o somatório do conjunto, mas apenas o ato principal.

1.7 Dos auxiliares de cirurgia:

1.7.1 A valoração dos serviços prestados pelos médicos auxiliares dos atos cirúrgicos corresponderá ao percentual de 30% da valoração do porte do ato praticado pelo cirurgião para o primeiro auxiliar, de 20% para o segundo e terceiro auxiliares e, quando o caso exigir, também para o quarto auxiliar.

1.7.2. Quando uma equipe, num mesmo ato cirúrgico, realizar mais de um procedimento, o número de auxiliares será igual ao previsto para o procedimento de maior porte, e a valoração do porte para os serviços desses auxiliares será calculada sobre a totalidade dos serviços realizados pelo cirurgião.

1.8 Os atos médicos praticados em caráter de urgência ou emergência terão um acréscimo de trinta por cento (30%) em seus portes nas seguintes eventualidades:

- a) No período compreendido entre 19h e 7h do dia seguinte;
- b) Em qualquer horário aos sábados, domingos e feriados;
- c) Ao ato médico iniciado no período normal e concluído no período de urgência/emergência, aplica-se o acréscimo de 30% quando mais da metade do procedimento for realizado no horário de urgência/emergência;



- d) Para as especialidades médicas com pagamento de sobreaviso, previsto no Quadro I do item 1.4, não será aplicada a cobrança diferenciada para o médico obstetra em caráter de urgência ou emergência.

1.9 Para as Órteses, próteses e materiais especiais (OPME) não cobertos pelo SUS, ou com valores superiores a Tabela Unificada SUS, será solicitada complementação de valores, conforme apresentação de orçamento, devendo as diferenças serem pagas pela CONVENIENTE.

1.10 Para os serviços prestados deverão ser observados os seguintes critérios referentes à complementação de valores:

- a) **Para outros procedimentos não descritos neste convênio, a complementação de honorários médicos e/ou valor hospitalar será apresentada conforme tabela aplicada ao caso específico: AIH + Complementação.** Os honorários médicos serão faturados ao hospital, que repassará aos profissionais;
- b) No caso de mutirão de Cirurgias Eletivas, serão aplicados os valores específicos para o mutirão, mediante apresentação de orçamento prévio;
- c) Situações pontuais não especificadas neste convênio serão resolvidas entre as partes;
- d) Exames de diagnósticos eletivos poderão ser realizados mediante aprovação prévia;
- e) Para as especialidades médicas que não possuem cobertura de sobreaviso os atendimentos serão condicionados a avaliação de capacidade técnica e disponibilidade dos profissionais.

Cláusula II - Do Pagamento

2.1 O CONVENIENTE repassará à CONVENIADA o valor fixo mensal especificado no Quadro I, item 1.4, acrescidos do valor de produção, conforme fatura de valores especificados no Quadro II, item 1.5.

2.2 O pagamento será efetuado até o 10º (décimo) dia do mês seguinte ao vencido, mediante depósito na Conta Corrente nº 97152-9 e agência 0136 do Banco do Sicredi

2.3 Ocorrendo atraso nos pagamentos, os valores deverão ser acrescidos de correção monetária pelo INPC (FGV), ou outro índice oficial que venha a substituí-lo.

Cláusula III – Da Vigência

3.1 Este Convênio vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, a contar de 01/04/2026. Caso não ocorra manifestação em contrário, observado o prazo de 60 dias antes do encerramento, o convênio será renovado, automaticamente, por períodos sucessivos de 12 (doze) meses.

Cláusula IV - Do Reajuste

4.1 Os valores objetos do presente convênio serão reajustados da seguinte forma:

I – Automaticamente, a cada período de vigência do presente instrumento, pela aplicação da variação positiva acumulada dos últimos 12 (doze) meses, pelo índice relacionado à saúde – IPCA/IBGE sobre o valor fixo por habitante – Quadro I, cláusula 1.4, e sobre os valores variáveis – Quadro II, cláusula 1.5;

II – Anualmente, sempre que atualizados os dados acerca da "População Estimada" do CONVENIENTE, conforme último dado divulgado pelo IBGE no seu site oficial (<http://www.cidades.ibge.gov.br>). Nesta hipótese, as partes deverão assinar um termo aditivo ao convênio, atualizando-se o valor mensal per capita, num prazo máximo de 30 dias.

Cláusula V - Da Dotação Orçamentária

5.1 As despesas deste Convênio serão atendidas pela dotação orçamentária vigente, a seguir descrita:

05.01 - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

2.028 – Manutenção serviços médicos/odontológicos

3.3.9.0.39.00.000000 – OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS PJ (144)

Cláusula VI – Do Encaminhamento do Paciente

6.1 Todo encaminhamento de paciente do município de CAPITÃO ou de outro hospital para a CONVENIADA, obrigatoriamente, deverá observar o disposto nos incisos e alíneas abaixo:

I - Previamente ao encaminhamento do paciente, deverá existir contato telefônico entre profissional médico da CONVENIENTE, de preferência o médico que assiste o paciente, ou por médico da Secretaria Municipal de Saúde, com a equipe médica de plantão da CONVENIADA, observando o seguinte:

- a) Todas as informações referentes ao quadro clínico do paciente deverão ser repassadas à equipe médica da CONVENIADA de modo fiel, claro, técnico e completo.
- b) Sempre que houver prévia avaliação do quadro clínico do paciente, por profissional da medicina, o diagnóstico deverá ser escrito em receituário datado e com a identificação do médico (com nome, assinatura e CRM), bem como deverá ser encaminhado junto com o paciente. Tal documentação poderá ser enviada previamente por e-mail, após contato prévio com a equipe médica de plantão.
- c) Todos os exames realizados previamente pelo paciente em sua localidade de origem, de preferência, devem ser encaminhados à CONVENIADA para um melhor diagnóstico e acompanhamento do caso.

II - O documento de referência e contra referência deverá ser encaminhado junto com o paciente.

6.2 A CONVENIENTE é integralmente responsável pelos pacientes até que sejam recebidos pela CONVENIADA, inclusive pelo transporte em veículo apropriado, assumindo os riscos de eventuais acidentes e/ou intercorrências ocorridas durante esse deslocamento.

6.3 Para os atendimentos não enquadrados como de urgência e emergência e não previstos neste contrato a CONVENIENTE deverá recorrer à Coordenadoria Regional de Saúde e à Central Estadual de Regulação de Leitos, para localização e encaminhamento do paciente a hospital que reúna as condições necessárias para tratamento do quadro clínico do paciente.



Cláusula VII – Das Obrigações

7.1 Compete à CONVENIENTE:

- a) Encaminhar as AIHs autorizadas no prazo de 72hs após o recebimento do laudo preenchido, sendo que em caso de cirurgias eletivas, as AIHs devem vir acompanhadas do paciente no momento da internação;
- b) Caso a CONVENIADA perca o prazo de apresentação da fatura ao SUS pela falta de emissão e fornecimento de Autorização para Internação Hospitalar (AIH) pela CONVENIENTE, esta se compromete a pagar a conta gerada pelo paciente no próximo faturamento, conforme valores previstos na tabela de preços da CONVENIADA (duas vezes o valor da fatura do SUS);
- c) Emitir parecer quanto aos relatórios mensais de atendimentos realizados pela CONVENIADA até o quinto dia útil do mês seguinte ao vencido;
- d) Depositar rigorosamente em dia o repasse referente a este Convênio;
- e) Fiscalizar a aplicação dos recursos através de servidor designado pela SMSAS e acompanhamento da prestação de contas;
- f) Disponibilizar o transporte adequado para o paciente, especialmente o caracterizado como "UTI Móvel", se assim requerer o quadro clínico do paciente e havendo negativa da Central de Regulação do Estado. Além disso, é de exclusiva responsabilidade da CONVENIENTE a contratação dos profissionais adequados para acompanhamento do transportado(a) em deslocamentos por ambulância;
- g) Manter o atendimento na ASSISTÊNCIA BÁSICA DE SAÚDE aos seus munícipes, sendo certo que tais serviços não são de responsabilidade da CONVENIADA.

7.2 Compete à CONVENIADA:

- a) Apresentar relatórios mensais de atendimentos realizados, até o último dia do mês;
- b) Enviar a nota fiscal até o quinto dia útil do mês seguinte ao vencido;
- c) Manter os serviços contratados;
- d) Manter os serviços básicos, material/medicamentos, procedimentos ambulatoriais, sala de observação, exames (RX e eletrocardiograma), serviços de enfermagem e todos os demais necessários para atender ao objeto deste convênio;
- e) Realizar curativos e retiradas de pontos nos finais de semana e feriados, conforme horários estipulados pela CONVENIADA, mediante fornecimento de autorização da CONVENIENTE;
- f) Manter sobreaviso médico conforme objeto deste convênio;
- g) Providenciar encaminhamento/transferência do paciente sempre que o atendimento não puder ser prestado no Hospital São José ou naqueles indicados no item 1.2, da Cláusula I, conforme objeto deste convênio, buscando as referências em alta complexidade junto às instituições hospitalares e Secretaria de Saúde do Estado (Coordenadoria Regional de Saúde, DAHA – Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial e Central de Regulação de Leitos).

Cláusula VIII – Da Resolução

8.1 Resolve-se este convênio mediante prévio comunicado, com prazo de 60 (sessenta) dias, de qualquer das partes.

Cláusula IX - Das Sanções

9.1 Pelo inadimplemento total ou parcial deste ajuste caberá, à CONVENIENTE a aplicação das sanções previstas no art. 87 e incisos, da Lei 8.666/93, permitida cumulação da aplicação de multa.



9.1.1 A multa fica, desde já, estipulada em 0,5% até o total de 10% do valor do objeto descrito na Cláusula I, caput do item 1.4, não elidindo a imediata resolução do Convênio.

9.1.2 A resolução do ajuste não exclui a responsabilidade de composição de perdas e danos, desde que devidamente apurados e comprovados.

9.1.3 As sanções de que trata esta cláusula serão aplicadas mediante procedimento administrativo prévio, no qual seja assegurado o contraditório e a ampla defesa.

Cláusula X - Das Disposições Gerais

10.1 Quaisquer modificações das condições aqui ajustadas só terão validade se por escrito.

10.2 Qualquer tolerância em relação à obediência das obrigações recíprocas assumidas de parte-a-parte, deverá ser compreendida restritivamente, não tendo o condão de revogar as disposições pactuadas.

10.3 As comunicações, notificações, citações e intimações de parte a parte, relacionadas tanto em relação à execução como também na solução de conflitos do presente, poderão ser efetuadas por qualquer forma inequívoca de cientificação; ou seja correspondência, e-mail, fac-símile ou entrega pessoal.

10.4 O presente contrato se sobrepõe a todas as disposições relacionadas à matéria em questão.

10.5 Caso qualquer das cláusulas seja considerada, em juízo, sem força legal, tal nulidade não afetará a sobrevivência das outras cláusulas deste contrato.

10.6 As Partes, em comum acordo, submetem-se ao cumprimento dos deveres e obrigações referentes à proteção de dados pessoais e se obrigam a tratar os dados pessoais compartilhados no âmbito deste contrato conforme a legislação vigente aplicável, incluindo, mas não se limitando ao art. 5º, inciso LXXIX da Constituição Federal e à Lei nº 13.709, de 14 de agosto de 2018 (Lei Geral de Proteção de Dados Pessoais ou "LGPD"), no que couber. As partes deverão, também, garantir que seus empregados, agentes e subcontratados observem os dispositivos dos diplomas legais em referência relacionados à proteção de dados pessoais, incluindo, mas não se limitando, à LGPD.

Cláusula XI – Do Foro

11.1 Elegem as partes o foro da comarca de Arroio do Meio/RS para dirimir quaisquer dúvidas decorrentes deste Convênio.

E, estando justas e acordadas, firmam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, para que surta os jurídicos e legais efeitos.

CAPITÃO/RS, de de 2026.





CONTRATANTE

MUNICÍPIO DE CAPITÃO

Marcio André da Costa

Prefeito Municipal

CONTRATADA

SOCIEDADE SULINA DIVINA PROVIDÊNCIA –

HOSPITAL SÃO JOSÉ

José Clóvis Soares

TESTEMUNHAS: _____



Tomografias Municípios diversos	Valor	
	S/ Contra	C/C Não Ionico
Tomografia Comp. do Abdomen Superior	R\$ 354,46	R\$ 737,95
Tomografia do Abdomen Total	R\$ 664,30	R\$ 970,12
Tomografia de segmento adicional	R\$ 80,39	
Tomografia comp. de crânio ou orbitas ou sela	R\$ 371,74	R\$ 544,45
Tomografia comp. de face ou seios da face	R\$ 371,74	R\$ 544,45
Tomografia Comp. de Mastoides ou Ouvidos	R\$ 371,74	R\$ 544,45
Tomografia Comp. de Pelve ou Bacia	R\$ 345,41	R\$ 737,95
Tomografia Comp. do Torax	R\$ 345,41	R\$ 624,69
Tomografia da Coluna dorsal, cervical e Lombar	R\$ 345,41	R\$ 544,45
Tomografia de Orbitas	R\$ 371,74	R\$ 544,45
Tomografia Sela turcica	R\$ 371,74	R\$ 544,45
Tomografia 3D	R\$ 159,49	
Tomografia da Face	R\$ 371,74	R\$ 544,45
Tomografia das articulações	R\$ 371,74	R\$ 544,45
Tomografia do Abdomen Inferior	R\$ 345,41	R\$ 690,94
Tomografia da Região Cervical	R\$ 345,41	R\$ 677,46
Tomografia de Pescoco	R\$ 345,41	R\$ 677,46
Tomografia de Segmentos Apendiculares com Iopamiron		R\$ 677,46
Angiotomografia abdominal		R\$ 1.208,70
Angiotomografia torácica		R\$ 1.208,70
Angiotomografia abdominal + torácica		R\$ 2.126,01
Urotomografia		R\$ 983,28

Ecografia Dr. Vinicius	
Procedimento	Valor
Eco Doppler das Carotidas	R\$ 371,74
Eco Doppler das Carotidas e Vertebrais	R\$ 431,91
Eco Doppler Aorta e Iliacas	R\$ 371,74
Eco Doppler Arterial MI Unilateral	R\$ 371,74
Eco Doppler Venoso MI Unilateral	R\$ 371,74
Eco Doppler Arterias Renais	R\$ 371,74

Pequenos procedimentos ambulatoriais	
Procedimento	TOTAL
Curativo Especial Grande	R\$ 941,34
Curativo Especial Médio	R\$ 636,77
Curativo Especial Pequeno	R\$ 448,50
Revisão/Consulta no ambulatório	R\$ 193,04
Sangria	R\$ 93,55
Sutura I	R\$ 181,08
Sutura II	R\$ 271,00
Pequenos procedimentos ambulatoriais	R\$ 918,49

Bolsa de Sangue		
CHAD - Sangue	Qtde Bolsa	Valor
Concentrado de Hemácias	1	R\$ 775,81
Concentrado de Hemácias	1	R\$ 928,12
Plasma fresco congelado	1	R\$ 531,24
Obs: Se for plaquetas filtradas será cobrado + R\$ 100,00		

Reserva		
CHAD - Sangue	Qtde	Valor
CHAD	1	R\$ 212,25
Plaquetas	1	R\$ 146,32

Transporte de Hemocomponentes por chamado R\$ 55,69

Outros Serviços	Valor
Eletrocardiograma	R\$ 94,81
Ecocardiograma	R\$ 397,91
Holter	R\$ 371,74
Interpretação de ECG (para o Cardiologista/por exame):	R\$ 56,83

Código	Exame	Valor
40308340	MONOTESTE	R\$ 10,65
020203087-3	TOXOPLASMOSE (IFI-IGM)	R\$ 26,38
40307280	IMUNOGLOBULINA G (IgG)	R\$ 34,80
40306976	ANTI HBE HEPATITE B	R\$ 36,00
40306941	ANTI-HAV IgM	R\$ 36,00
40306119	ANTICORPOS ANTI-SS-A(RO)	R\$ 37,14
40306089	ANTICORPOS ANTI-SS-B(LA)	R\$ 37,14
020203030-0	HIV 1 E 2 PESQUISA DE ANTÍGENO E ANTICORPOS	R\$ 40,79
020203030-0	HIV 1 E 2 PESQUISA DE ANTÍGENO E ANTICORPOS	R\$ 40,79
40302571	TROPONINA I	R\$ 40,79
40302571	TROPONINA II	R\$ 50,00
40306933	ANTI-HAV IgG	R\$ 44,32
40316459	SULFATO DE DEHIDROEPIANDROSTERONA	R\$ 44,32
40316068	ALFA FETO-PROTEINA	R\$ 44,32
40309010	ADENOSINA DEAMINASE ADA - LÍQUIDO PLEURAL	R\$ 45,47
40309010	ADENOSINA DEAMINASE	R\$ 45,47
40310248	HEMOCULTURA	R\$ 56,35
40309169	LIQUOR	R\$ 61,13
40309169	R. DE LIQUIDO ASCITICO	R\$ 61,13
40309169	R. DE LIQUIDO PLEURAL	R\$ 61,13
40310159	CULTURA PARA MYCOBACTERIA	R\$ 70,82
40305015	1,25 -VITAMINA D	R\$ 70,82
40316378	CA 125	R\$ 71,95
40316378	CA 72-4	R\$ 71,95
40316378	CA 15-3	R\$ 71,95
40316378	CA 19-9	R\$ 71,95
40306950	ANTI-HBc TOTAL	R\$ 88,65
40301435	CARBAMAZEPINA	R\$ 88,65
40316190	CORTISOL URINARIO	R\$ 88,65
40307301	IMUNOGLOBULINA M (IgM)	R\$ 104,32
40304906	D-DIMEROS	R\$ 120,00
40316394	PEPTIDEO C	R\$ 106,72
40307409	LEPTOSPIROSE IGG	R\$ 127,07
40306984	HBeAG	R\$ 141,53
40311058	CATECOLAMINAS URINARIA	R\$ 159,49
202030024	CD4	R\$ 212,25
40307417	LEPTOSPIROSE IGM	R\$ 254,19
40314103	PCR PARA VIRUS C - quantitativo	R\$ 406,17
40314120	CARGA VIRAL PARA HIV	R\$ 528,73
213010828	CULTURA DE VIGILANCIA EPI	R\$ 45,50
213010828	CULTURA DE ESCARRO	R\$ 45,50
213010828	ANTIBIOGRAMA	R\$ 45,50
21301828	UROCULTURA	R\$ 43,55
202070050	ACIDO VALPROICO	R\$ 20,21

213010828	BACTERIOSCOPIA	R\$ 30,00
202010660	TRANSFERRINA	R\$ 50,00
	CLOSTRIDIUM DIFFICILE	R\$ 140,00
202010708	VITAMINA B12	R\$ 70,00

Ecografia Prefeituras Diversas	
Descrição	Valor
U.S Abdomen Superior	R\$ 146,33
U.S Abdomen Total	R\$ 212,25
U.S Articulações	R\$ 106,72
U.S Pelvica Ginecológica	R\$ 119,93
U.S Pelvica Transvaginal	R\$ 119,93
U.S Prostata Via Abdominal	R\$ 106,72
U.S Prostata Via Trans Retal	R\$ 146,32
U.S Transvaginal para controle de Ovulação	R\$ 226,72
U.S Pelvica Transvaginal - Doppler Colorido	R\$ 279,43
Ecografia Fígado - Vesícula biliar e pâncreas	R\$ 106,72
Ecografia estudo de 3 ou mais Vasos com Doppler Convencional	R\$ 398,13
Ecografia Obstétrica simples	R\$ 146,32
Ecografia Obstétrica Transvaginal	R\$ 146,32
Ecografia Obstétrica: com Doppler colorido	R\$ 266,21
Ecografia Obstétrica com Translucência nucal	R\$ 266,21
Ecografia mamária	R\$ 146,32
Ecografia Parede Abdominal - Hernia (região Inguinal)	R\$ 106,72
Ecografia da Pelve	R\$ 106,72
Ecografia Aparelho Urinário feminino	R\$ 146,32
Ecografia Aparelho Urinário masculino	R\$ 159,49
Ecografia de Cranio Tranfontanelar	R\$ 159,49
Ecografia Músculos e Tendões	R\$ 106,72
Ecografia Região Cervical	R\$ 133,10
Ecografia Órgãos e Estruturas Superficiais	R\$ 106,72
Ecografia de Tireoide	R\$ 106,72
Ecografia Bolsa Testicular com Doppler Colorido	R\$ 212,25
Ecografia Bolsa Testicular	R\$ 106,72
Ecografia Abdomen Inferior Feminino	R\$ 133,10
Ecografia Apendice Cecal	R\$ 106,72
Ecografia Transvaginal com Doppler	R\$ 358,58
Ecografia Abdomen Inferior Masculino	R\$ 133,10
Eco Doppler Colorido Arterias Carótidas	R\$ 345,41
Eco Doppler Colorido Arterias Vertebrais	R\$ 345,41
Eco Doppler Vascular Periférico Venoso	R\$ 345,41
Eco Doppler Vascular Periférico Arterial	R\$ 345,41
Eco Doppler Arterial Bilateral	R\$ 610,33
Eco Doppler Venoso Bilateral	R\$ 610,33
Ecografia Tireoide com Doppler Colorido	R\$ 185,87
Ecografia Tireoide com PAAF	R\$ 266,21

Biopsia de Prostata guiada por ultrassom transretal	R\$ 916,05
---	------------



Rede de Saúde Divina Providência
**Hospital
São José**
Amor é sua Vida

Sociedade Sulina Divina Providência
Hospital São José

Exames Endoscopia e Colonoscopia

EXAME	Médico	Hospital	Anestesista	Total
Anátomo por fator				R\$ 76,31
Endoscopia Digestiva-Normal	R\$ 299,80	R\$ 204,20	R\$ -	R\$ 504,00
Endoscopia Digestiva-Com anestesia Geral	R\$ 299,80	R\$ 204,20	R\$ 340,60	R\$ 844,60
Videocolonoscopia, com polipectomia	R\$ 681,05	R\$ 613,95	R\$ 340,60	R\$ 1.635,60
Retossigmoidoscopia flexível	R\$ 206,25	R\$ 203,90	R\$ -	R\$ 410,15

Tal cenário evidencia risco concreto de descontinuidade dos serviços de UTI, o que acarretaria grave prejuízo à rede regional de saúde e, de forma direta, à população do Município de Capitão, que depende deste serviço para atendimentos de urgência e emergência, já tendo histórico de utilização e com demanda potencial futura.

Desta forma, em conjunto com o Município de Arroio do Meio, foi acordado pelo repasse financeiro em caráter excepcional e temporário, com o objetivo de garantir a continuidade e a viabilidade econômica da Unidade de Terapia Intensiva, sendo o valor mensal a ser destinado pelo Município de Capitão de **R\$ 22.305,30**.

Ressalta-se que o referido aporte possui natureza transitória, **estando condicionado à efetivação da pactuação e ao início dos repasses financeiros pelo Governo Federal, momento em que cessará a necessidade do complemento financeiro por parte dos municípios, conforme previsto no Termo de Convênio.**

A presente medida encontra respaldo no interesse público e nos princípios do Sistema Único de Saúde – SUS, especialmente no que se refere à integralidade da assistência, regionalização e garantia de acesso aos serviços de saúde.

Os serviços a serem prestados pela instituição de saúde, bem como os valores, estão discriminados na Minuta do Termo de Convênio anexo a presente Lei.

Diante do acima exposto, o repasse ora justificado visa assegurar a continuidade de serviços essenciais, prevenindo a desassistência da população e resguardando o direito fundamental à saúde.

Encaminha-se o presente Projeto de Lei para análise, apreciação e posterior votação por parte dos nobres vereadores, garantindo desta forma a continuidade dos serviços de saúde à população do Município de Capitão.

Atenciosamente,


MÁRCIO ANDRÉ DA COSTA
PREFEITO MUNICIPAL

