



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
**MUNICÍPIO DE VIADUTOS**

Termo Aditivo ao Termo de convênio nº 001/2019

**TERMO ADITIVO AO TERMO DE CONVÊNIO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS**

Pelo presente instrumento, o *MUNICÍPIO DE VIADUTOS/RS*, Pessoa Jurídica de Direito Público Interno, inscrito no CNPJ sob nº 87.613.352/0001-09, com sede na Rua Anastácio Ribeiro, 84, neste ato representado pelo seu Prefeito Municipal, por seu Prefeito Municipal, Sr. Claiton dos Santos Brum, brasileiro, solteiro, portador da Cédula de Identidade RG nº 6033948925, inscrito no CPF sob nº 451.967.880-34, residente e domiciliado à Rua Pe. Henrique Koch, 74, Centro, Viadutos/RS, 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, brasileiro, viúvo, residente e domiciliado em Getúlio Vargas, à rua Albino Fernando Holzbach nº 770, inscrito CPF sob o nº 189.405.010-04, doravante denominado **HOSPITAL**, celebram o presente Termo Aditivo ao Convênio nº 001/2019, devidamente autorizado pela Lei Municipal nº 3.291/2019, de 02 de abril de 2019, 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. Internação hospitalar** de até setenta e duas (72) horas, com atendimento médico, serviços hospitalares, laboratoriais, diagnósticos por imagem e fornecimento de medicamentos.

§ 1º Poderão ser internadas, mensalmente, as pessoas encaminhadas pelo órgão de saúde do **MUNICÍPIO**, conforme a demanda, a maior disponibilidade de AIH’s ou a redução de recursos orçamentários.

§ 2º 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\$ 41,25;
- b) pelas **diárias hospitalares** o valor de R\$ 47,82;
- 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;
- e) pela prestação de **outros serviços**, os seguintes valores:

nebulização	R\$ 12,25 por sessão;
oxigênio	R\$ 10,72 por hora;
taxa de sala	R\$ 216,21 por utilização;
fototerapia	R\$ 1,52 por hora;
transfusão de sangue	R\$ 64,52 por procedimento;

f) os **diagnósticos por imagem** serão pagos pela tabela SUS.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
**MUNICÍPIO DE VIADUTOS**

§ 3º 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.

§ 4º 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 segunda.** Realização de **cirurgias eletivas**.

§ 1º O **HOSPITAL** deverá encaminhar ao **MUNICÍPIO** o laudo médico, diante do qual o **MUNICÍPIO** fornecerá a autorização para a cirurgia.

§ 2º 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\$ 1.024,50;
- b) cirurgias de pequeno porte com anestesista R\$ 737,66;
- c) cirurgias de pequeno porte sem anestesista R\$ 430,29;
- d) cirurgias ambulatoriais R\$ 194,67;
- e) consulta do médico cirurgião R\$ 135,78.

§ 3º O **HOSPITAL** deverá apresentar fatura detalhada relativa às cirurgias realizadas, constando na mesma: diagnóstico, tratamento indicado e intervenção realizada.

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

§ 1º 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.

§ 2º 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.

§ 3º Em caso de emergência justificada, o órgão de saúde do **MUNICÍPIO** encaminhará autorização posteriormente à prestação dos serviços.

§ 4º 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\$ 135,78;
- b) procedimentos ambulatoriais – R\$ 135,78;



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**  
**MUNICÍPIO DE VIADUTOS**

- c) procedimentos cirúrgicos com ou sem anestesista conforme cláusula segunda, parágrafo segundo;
- d) Para acompanhamento médico e curativos o valor de R\$ 37,24.

**Cláusula quarta.** Exames especializados na área de **Ecografia/Ultrassonografia**.

§ 1º O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente os exames a serem realizados, conforme a disponibilidade do **HOSPITAL**.

§ 2º Os pacientes encaminhados deverão apresentar requisição médica e autorização para a realização dos exames, dentre os relacionados abaixo:

EXAME	MUNICÍPIO
1. ABDOMEN TOTAL	R\$ 96,91
2. ABDOMEN SUPERIOR	R\$ 83,27
3. FIGADO E VIAS BILIARES	R\$ 75,71
4. PÉLVICO	R\$ 40,92
5. APARELHO URINÁRIO	R\$ 66,61
6. OBSTÉTRICO	R\$ 42,32
7. PRÓSTATA VIA ABDOMINAL	R\$ 57,57
8. PRÓSTATA TRANSRETAL	R\$ 68,16
9. PÉLVICO TRANSVAGINAL	R\$ 57,86
10. ECOGRAFIA DE MAMAS	R\$ 65,12
11. ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (tireóide, bolsa escrotal)	R\$ 57,57
12. OBSTÉTRICO MORFOLÓGICO	R\$ 302,85
13. PERFIL BIOFÍSICO FETAL	R\$ 166,56
14. ARTICULAÇÕES, MÚSCULOS E TENDÕES	R\$ 66,61
15. CARÓTIDAS E VERTEBRAIS C/DOPPLER	R\$ 228,33
16. MEMBROS SUPERIORES OU INFERIORES COM DOPPLER A CORES	R\$ 219,63
17. VEIAS SAFENAS COM DOPPLER A CORES	R\$ 143,95
18. AORTA E ILÍACAS COM DOPPLER A CORES	R\$ 234,74
19. ARTÉRIAS RENAIIS COM DOPPLER A CORES	R\$ 234,74
20. ABDOMEN COM DOPPLER A CORES	R\$ 234,74
21. TRANSVAGINAL OU PÉLVICO COM DOPPLER A CORES	R\$ 174,17
22. TESTÍCULOS OU ÓRGÃOS COM DOPPLER A CORES	R\$ 159,07
23. OBSTÉTRICO DOPPLER COLORIDO	R\$ 186,54

§ 3º 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.

**Cláusula quinta.** Exames especializados na área de **Mamografia**.

§ 1º O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente os exames a serem realizados, conforme a disponibilidade do **HOSPITAL**.

§ 2º Os pacientes encaminhados pelo **MUNICÍPIO** deverão apresentar requisição médica e autorização para o exame.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
**MUNICÍPIO DE VIADUTOS**

**Cláusula sexta.** Exames especializados na área de **Gastroenterologia, Endoscopia Digestiva Alta e Baixa e Cirurgia Digestiva.**

§ 1º O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente os exames, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**.

§ 2º Previamente à realização dos exames, o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** a competente autorização.

§ 3º 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\$ 135,78;
- b) para endoscopia R\$ 151,44 por exame;
- c) para colonoscopia R\$ 279,11 por exame;
- d) para retossigmoidoscopia R\$ 138,51 por exame;
- e) para polipectomia de cólon: R\$ 148,46 por procedimento (não precisando de autorização prévia);
- f) para teste de urease: R\$ 14,83 por procedimento (não precisando de autorização prévia);
- g) para hernioplastia inguinal unilateral: R\$ 1.018,38 por procedimento;
- h) para hemorroidectomia: R\$ 1.018,38 por procedimento;
- i) para fissurectomia anal: R\$ 1.018,38 por procedimento;
- j) para fistulectomia anal: R\$ 1.018,38 por procedimento;
- k) para ressecção de cisto pilonidal: R\$ 1.018,38 por procedimento;
- l) para drenagem de abscesso: R\$ 1.018,38 por procedimento;
- m) para colecistectomia aberta: R\$ 1.221,97 por procedimento;
- n) para videocolecistectomia: R\$ 1.494,11 por procedimento.

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

§ 1º O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente as consultas, exames e procedimentos cirúrgicos, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**.

§ 2º Previamente ao atendimento, o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** a competente autorização.

§ 3º 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:

- a) -R\$ 135,78 por consulta urológica
- b) -R\$ 1.129,29 por procedimento de cistostomia;
- c) -R\$ 1.129,29 por tratamento cirúrgico da incontinência urinária via vaginal;
- d) -R\$ 705,80 por procedimento de biópsia de bexiga;
- e) -R\$ 1.129,29 por procedimento de uretroplastia autógena;
- f) -R\$ 1.129,29 por tratamento cirúrgico da hemorragia vesical;



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
**MUNICÍPIO DE VIADUTOS**

- g) -R\$ 564,64 por procedimento de drenagem de abscesso da bolsa escrotal;
- h) -R\$ 564,64 por procedimento de exérese de cisto da bolsa escrotal;
- i) -R\$ 750,80 por procedimento de ressecção parcial da bolsa escrotal;
- j) -R\$ 1.129,29 por tratamento cirúrgico da torção de testículo/cordão espermático;
- k) -R\$ 1.129,29 por tratamento cirúrgico da hidrocele;
- l) -R\$ 1.129,29 por procedimento de orquidopexia unilateral;
- m) -R\$ 1.129,29 por tratamento cirúrgico da varicocele;
- n) -R\$ 1.129,29 por procedimento de exérese de cisto do epidídimo;
- o) -R\$ 705,80 por procedimento de vasectomia bilateral;
- p) -R\$ 1.129,29 por procedimento de amputação do pênis;
- q) -R\$ 564,64 por procedimento de biópsia de pênis;
- r) -R\$ 1.129,29 por procedimento de plástica total do pênis;
- s) -R\$ 494,06 por procedimento de eletrocoagulação de lesões cutâneas;
- t) -R\$ 494,06 por procedimento de meatotomia;
- u) -R\$ 494,06 por procedimento de parafimose – redução manual ou cirúrgica;
- v) -R\$ 635,23 por procedimento de postectomia;
- w) -R\$ 564,64 por procedimento de biópsia de próstata;
- x) -R\$ 451,71 por procedimento de cistoscopia/uretroscopia;
- y) -R\$ 1.341,04 por procedimento de hipospádia;
- z) -R\$ 2.823,23 por procedimento de ressecção endoscópica de próstata;
- aa) -R\$ 2.823,23 por procedimento de ressecção endoscópica de tumor vesical;
- bb) -R\$ 1.411,62 por procedimento de orquiectomia unilateral;
- cc) -R\$ 1.411,62 por procedimento de cistolitotomia;
- dd) -R\$ 1.129,29 por procedimento de postectomia em crianças com anestesia geral;
- ee) -R\$ 1.129,29 por procedimento cirúrgico da cistocele;
- ff) -R\$ 2.117,43 por procedimento de ressecção endoscópica de colo vesical;
- gg) -R\$ 352,89 por cada sessão de procedimento de dilatação uretral;
- hh) -R\$ 2.117,43 por procedimento de uretrotomia interna (endoscópica);
- ii) -R\$ 678,92 por procedimento de biópsia de uretra;
- jj) -R\$ 1.085,91 por procedimento de ressecção de carúncula uretral;
- kk) -R\$ 1.129,29 por procedimento de colpoperineoplastia posterior.
- ll) -R\$ 225,40 por procedimento de urefluxometria;
- mm) -R\$ 536,35 por procedimento de urodinâmica completa.

**Cláusula oitava.** Consultas especializadas na área de **Psiquiatria**.

§ 1º O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente as consultas, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**.

§ 2º Previamente ao atendimento, o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** a competente autorização.

§ 3º 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\$ 135,78 por consulta, a título de complementação.

**Cláusula nona.** Consultas especializadas na área de **Otorrinolaringologia**.



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**  
**MUNICÍPIO DE VIADUTOS**

§ 1º O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente as consultas, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**.

§ 2º Previamente ao atendimento, o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** a competente autorização.

§ 3º 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\$ 135,78 por consulta, a título de complementação.

**Cláusula décima.** Serviços especializados na área de **Cardiologia**, compreendendo consultas e eletrocardiogramas.

§ 1º O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente as consultas, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**. Para a realização de eletrocardiogramas não há necessidade de agendamento.

§ 2º Previamente às consultas e eletrocardiogramas o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** a competente autorização.

§ 3º 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\$ 135,78 por consulta e de R\$ 55,00 por eletrocardiograma.

**Cláusula décima primeira.** Exames especializados de **Ergometria**.

§ 1º O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente os exames, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**.

§ 2º Previamente aos exames o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** a competente autorização.

§ 3º 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\$ 181,70 por exame, a título de complementação.

**Cláusula décima segunda.** Consultas e cirurgias especializadas na área de **Oftalmologia**.

§ 1º O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente as consultas, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**.

§ 2º Previamente às consultas e cirurgias, o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** as competentes autorizações.

§ 3º Em pagamento às consultas o **MUNICÍPIO** repassará ao **HOSPITAL**, até o 5º (quinto) dia útil do mês seguinte, o valor de R\$ 135,78 por consulta. O valor das cirurgias, que também deve ser repassado no mesmo prazo, será aquele constante da **Cláusula segunda – Cirurgias eletivas - § Segundo**. Ambos os pagamentos serão realizados a título de complementação.



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**  
**MUNICÍPIO DE VIADUTOS**

**Cláusula décima terceira.** Atendimentos especializados na área de cirurgia e traumatologia **bucomaxilofacial**.

§ 1º 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.

§ 2º 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.

§ 3º O valor de cada avaliação será de R\$ 135,78. Quanto às cirurgias, seus valores seguirão os parâmetros da **Cláusula segunda – 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 quarta.** Consulta especializada de **ginecologia/obstetrícia**.

§ 1º O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente as consultas, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**.

§ 2º Previamente às consultas o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** a competente autorização.

§ 3º 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\$ 135,78 por consulta.

**Cláusula décima quinta.** Consulta especializada na área **Vascular**.

§ 1º O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente as consultas, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**.

§ 2º Previamente às consultas o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** a competente autorização.

§ 3º 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\$ 135,78 por consulta.

**Cláusula décima sexta.** Consulta especializada na área **Pediatria**.

§ 1º O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente as consultas, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**.

§ 2º Previamente às consultas o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** a competente autorização.



**ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**  
**MUNICÍPIO DE VIADUTOS**

§ 3º 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\$ 135,78 por consulta.

**Clausula décima sétima.** Consultas, exames e procedimentos cirúrgicos especializados na área de **Dermatologia**:

§ 1º O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente as consultas, exames e procedimentos cirúrgicos, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**.

§ 2º Previamente ao atendimento, o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** a competente autorização.

§ 3º 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:

- a) - R\$ 135,78 por consulta dermatológica;
- b) - R\$ 181,70 por procedimento de cauterização química;
- c) - R\$ 339,19 por procedimento de biópsia Incisional,
- d) - R\$ 460,32 por procedimento de biópsia excisional pequena/média;
- e) - R\$ 545,12 por procedimento de biópsia excisional grande;
- f) - R\$ 339,19 por procedimentos de retirada de nevo facial;
- g) - R\$ 242,98 por procedimento de shaving (01 lesão);
- h) - R\$ 339,19 por procedimentos de shaving ( 1 a 3 lesões);
- i) - R\$ 423,98 por procedimento de shaving (3 a 5 lesões)
- j) - R\$ 278,61 por procedimento de aplicação de Triancil;
- k) - R\$ 242,28 por procedimento de Peeling químico.

**Cláusula décima oitava.** Exames especializados de **Cardiotocografia**.

§ 1º O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente os exames, de acordo com a disponibilidade do **HOSPITAL**.

§ 2º Previamente aos exames o **MUNICÍPIO** deverá encaminhar ao **HOSPITAL** a competente autorização.

§ 3º 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\$ 28,21 por exame, a título de complementação.

**Cláusula décima nona.** Internação hospitalar compulsória.

§ 1º Poderão ser internados, mensalmente, até 02 (dois) pacientes encaminhados pelo órgão de saúde do **MUNICÍPIO**.

§ 2º O **MUNICÍPIO** deverá agendar previamente as internações, de acordo com a disponibilidade destes leitos no Hospital.





ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
**MUNICÍPIO DE VIADUTOS**

§ 3º Previamente a internação, o MUNICÍPIO deverá enviar ao HOSPITAL a competente autorização.

§ 4º 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\$ 112,92 por dia de internação.

**Cláusula vigésima.** 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 primeira.** 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 segunda.** 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.

§ 1º 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. Caso município disponibilizar os profissionais não será cobrado pelo Hospital este serviço.

§ 2º 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.

§ 3º 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 vigésima terceira.** A vigência do presente convênio será de 01 (um) ano, a partir de 31 de março de 2020 podendo ser renovado por iguais e sucessivos períodos até 60 (sessenta) meses.

**Cláusula vigésima quarta.** Os valores estabelecidos neste convênio serão reajustados anualmente, com base na variação do IGP-M/FGV acumulado no período se positivo, ou por outro indicador se este não mais existir.

**Cláusula vigésima quinta.** O presente instrumento poderá ser rescindido:

a) a qualquer momento, por qualquer das partes, desde que comunicado com antecedência mínima de trinta (30) dias;



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
**MUNICÍPIO DE VIADUTOS**

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 a vontade das partes.

**Cláusula vigésima sexta.** 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 vigésima sétima.** O **HOSPITAL** deverá apresentar, mensalmente, fatura detalhada sobre os atendimentos prestados que forem objeto do presente convênio.

**Cláusula vigésima oitava.** 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 vigésima nona.** As despesas decorrentes do presente convênio correrão à conta do seguinte recurso financeiro:

09.01 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE

1030201262.064000 CONVENIOS COM HOSPITAIS E BANCO DE SANGUE

3.3.50.43.00.00.00 251 SUBVENCOES SOCIAIS

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

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

Viadutos/RS, 31 de março de 2020.

**Claiton dos Santos Brum**  
Prefeito Municipal

**Clóvis Dallaganol**  
Presidente

Testemunhas:

1. Paulo Sergio Lazzarotto  
CPF: 883.232.690-68

2. Giséli Fátima Sperotto Leyser  
CPF: 012.525.560-80