

LEI Nº 4.207 DE 18 DE JUNHO DE 2010

Autoriza o Município, através do Executivo Municipal, firmar convênio com a Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim para prestação de serviços contemplando consultas médicas especializadas e procedimentos diagnósticos e cirúrgicos eletivos através da central de especialidades; serviços de oftalmologia; exames laboratoriais (internados); mamografia e tomografia; serviços médicos especializados na realização completa de exames externos e internados de video endoscopia diagnóstica e terapêutica, video colonoscopia diagnóstica e terapêutica e retossigmoidoscopia. serviços de internação hospitalar.

Bel. PEDRO PAULO PREZZOTTO,
Prefeito Municipal de Getúlio Vargas, Estado do Rio Grande do Sul.

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

Art 1º - Fica o Município, através do Executivo Municipal, autorizado a firmar Convênio com a FUNDAÇÃO HOSPITALAR SANTA TEREZINHA DE ERECHIM, CNPJ/MF nº 89.421.259/0001-10, objetivando a prestação de serviços contemplando consultas médicas especializadas e procedimentos diagnósticos e cirúrgicos eletivos através da central de especialidades; serviços de

oftalmologia; exames laboratoriais (internados); mamografia e tomografia; serviços médicos especializados na realização completa de exames externos e internados de video endoscopia diagnóstica e terapêutica, video colonoscopia diagnóstica e terapêutica e retossigmoidoscopia. serviços de internação hospitalar, conforme convênio em anexo.

Art. 2º - O prazo do presente convênio será 01 de junho de 2010 a 31 de maio de 2011, podendo haver renovação por iguais e sucessivos períodos até o limite de 60 (sessenta) meses.

Art 3º - As despesas decorrentes da aplicação desta Lei correrão por conta da seguinte dotação orçamentária:

10 - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

10301000192.055 - MANUTENÇÃO DA VIGILÂNCIA DE SAÚDE

3.3.90.39.00.0000 - Outros Serviços de Terceiros - PJ

1030100192.098 - MUNICÍPIO RESOLVE INCENTIVO A GESTÃO BÁSICA ESTADO

3.3.90.39.00.0000 - Outros Serviços de Terceiros - PJ

Art 4º - Esta Lei entrará em vigor na data de sua publicação, retroagindo seus efeitos a partir de 1º (primeiro) de junho de 2010.

Art 5º - Revogam-se as disposições em contrário, especialmente as Leis Municipais nºs 4.178/10, 4.179/10, 4.180/10, 4.181/10, 4.182/10 e 4.183/10.

PREFEITURA MUNICIPAL DE GETÚLIO VARGAS, 18 de junho de 2010.

Bel. PEDRO PAULO PREZZOTTO
Prefeito Municipal

Registre-se e Publique-se

Adv. JULIANO NARDI
Secretário de Administração

CONVÊNIO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS

CONVÊNIO DE
PRESTAÇÃO DE
SERVIÇOS
ESPECIALIZADOS,
CELEBRADO ENTRE O
MUNICÍPIO DE GETÚLIO
VARGAS E A FUNDAÇÃO
HOSPITALAR SANTA
TEREZINHA DE ERECHIM
PARA PRESTAÇÃO DE
SERVIÇOS
CONTEMPLANDO
CONSULTA MÉDICAS
ESPECIALIZADAS E
PROCEDIMENTOS
DIAGNÓSTICOS E
CIRÚRGICOS ELETIVOS
ATRAVÉS DA CENTRAL
DE ESPECIALIDADES;
SERVIÇOS DE
OFTALMOLOGIA; EXAMES
LABORATORIAIS
(INTERNADOS);
MAMOGRAFIA E
TOMOGRAFIA; SERVIÇOS
MÉDICOS
ESPECIALIZADOS NA
REALIZAÇÃO COMPLETA
DE EXAMES EXTERNOS E
INTERNADOS DE VIDEO
ENDOSCOPIA
DIAGNÓSTICA E
TERAPÊUTICA, VIDEO
COLONOSCOPIA
DIAGNÓSTICA E
TERAPÊUTICA E
RETOSSIGMOIDOSCOPIA;
SERVIÇOS DE

INTERNAÇÃO HOSPITALAR.

O **MUNICÍPIO DE GETÚLIO VARGAS**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ sob Nº 87.613.410/0001-96, com sede na cidade de Getúlio Vargas, situada à Av. Engº. Firmino Girardello, 85, na condição de CONVENIADA, neste ato representada por seu Prefeito, Senhor PEDRO PAULO PREZZOTTO, brasileiro, casado, residente e domiciliado neste Município, portador do CPF/MF nº 053.651.390-20, e **FUNDAÇÃO HOSPITALAR SANTA TEREZINHA DE ERECHIM**, fundação pública de direito privado, inscrita no CNPJ sob número 89.421.259/0001-10, com sede na cidade de Erechim, RS., à Rua Itália, 919, na condição de CONVENENTE, neste ato representada por seu Diretor Executivo, Sidnei Luis Rugeri, brasileiro, divorciado, administrador hospitalar, residente e domiciliado na cidade de Erechim, RS., têm justo e contratado na forma das estipulações a seguir clausuladas:

1. DO OBJETO

1.1. Constitui o objeto deste Convênio a prestação pela CONVENENTE, de:

- a) Exames de Tomografia (internado e externo);
- b) Exames de Mamografia (externo);
- c) Exames Laboratoriais (internados);
- d) Serviços de Central de Especialidade - Consultas Médicas Especializadas (externo) e Procedimentos Diagnósticos (externo) e Cirúrgicos Eletivos (internado) em conformidade à cláusula 3.1. deste instrumento;
- e) Serviços de Central de Especialidade - Consultas Especializadas em Oftalmologia (externo) em conformidade à cláusula 4 deste instrumento;
- f) Serviços Médicos Especializados (internado e externo) na realização completa (exame, diagnóstico, biópsia, ação terapêutica e emissão de laudo) de procedimentos de Vídeo Endoscopia Diagnóstica e Terapêutica, Vídeo Colonoscopia Diagnóstica e Terapêutica e Retossigmoidoscopia;
- g) Serviços Hospitalares de Internação;

2. DAS CONDIÇÕES DO SERVIÇO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR:

2.1. A CONVENIADA, através de sua Secretaria Municipal de Saúde, fará a triagem dos pacientes a serem encaminhados para internação junto à CONVENENTE, observando-se as rotinas quanto a Avaliação, Encaminhamento e Transferência, conforme já previsto no objeto do convênio e emitirá a Autorização de Internação Hospitalar – AIH.

2.2. A CONVENENTE, após disponibilizar a vaga de internação mediante contato prévio da CONVENIADA, fará o atendimento hospitalar, colocando à disposição dos pacientes todos os serviços próprios ou contratados junto a terceiros. A CONVENENTE não se responsabilizará, entretanto, por eventuais exames ou serviços não ofertados no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS e/ou não disponíveis no

hospital.

2.3. A título de ajuda de custo, para cada AIH emitida autorizada e faturada, a Conveniada pagará à CONVENENTE, a importância de R\$-411,45 (Quatrocentos e onze reais e quarenta e cinco centavos).

2.4. A título de controle e organização do sistema, a CONVENENTE, disponibilizará à CONVENIADA o quantitativo mensal de até (VER RELAÇÃO ANEXA) atendimentos via AIH, nas dependências de CONVENENTE, podendo ser ampliado se o município ainda disponibilizar de AIH do mês corrente, desde que a CONVENENTE não exceda seu limite estabelecido com a Secretaria Estadual de Saúde (1.005 internações/mês).

2.5. Todo internamento e/ou atendimento que exceder o limite pré-fixado na Cláusula 2.4, obedecendo a ordem cronológica dos atendimentos via AIH, serão atendidos e cobrados na modalidade "Convênio via Hospital Santa Terezinha".

2.6. A cobrança e os valores a que se refere a cláusula 2.5., tem como referência a tabela de procedimentos e valores do Sistema Único de Saúde, acrescida da "ajuda de custo a que se refere a cláusula 2.3. deste instrumento".

3. DAS CONSULTAS ESPECIALIZADAS E PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS E CIRÚRGICOS

3.1. As consultas especializadas e procedimentos diagnósticos e cirúrgicos eletivos terão os seus quantitativos disponibilizados/regulados pela Central de Especialidades da CONVENENTE e, conforme as necessidades da CONVENIADA serão divididos a critério desta e os encaminhamentos serão feitos pela Secretaria Municipal de Saúde nas áreas de cirurgia oncológica, cardiologia, cirurgia geral, cirurgia pediátrica, cirurgia vascular, cirurgia e traumatologia bucomaxilofacial, geriatria, ginecologia, mastologia, neurologia, nefrologia, ortopedia e traumatologia, otorrinolaringologia, proctologia, coloproctologia e urologia.

3.1.1. As consultas especializadas e procedimentos diagnósticos e cirúrgicos eletivos deverão seguir o agendamento cronológico da Central de Especialidades da CONVENENTE, não se admitindo em hipótese alguma solicitação de marcação em regime de urgência ou emergência.

3.2. As consultas especializadas e procedimentos diagnósticos e cirúrgicos via Central de Especialidades serão prestados através de atendimento individual, obedecendo os seguintes critérios:

3.2.1. A CONVENIADA deverá agendar previamente junto à Central de Especialidades da CONVENENTE o atendimento necessário, que sempre respeitará a sequência de agendamento e a disponibilidade do referido serviço.

3.2.2. O paciente enviado pela CONVENIADA deverá, além do agendamento prévio, portar Autorização Padrão assinada pela Secretária Municipal de Saúde da CONVENIADA, permitindo a

realização do Atendimento.

3.2.3. O Atendimento consistirá, conforme avaliação do profissional médico especialista, baseado na necessidade individual de cada paciente, em consulta médica, realização de exames especializados, diagnóstico, tratamento clínico, procedimento ambulatorial, procedimento cirúrgico, e a critério médico, uma consulta suplementar posterior, desde que previamente autorizado pela CONVENIADA.

3.2.4. Constatado no Atendimento, pelo profissional médico especialista, a necessidade de procedimento cirúrgico, a CONVENIENTE disponibilizará o tratamento cirúrgico mediante marcação prévia. Outros procedimentos que ultrapassem a capacidade resolutive do Hospital Santa Terezinha, deverão ser encaminhados para Centro de Alta Complexidade referência.

3.2.5. Se houver a necessidade de internação do paciente, a CONVENIADA deverá apresentar no ato, a Autorização de Internação Hospitalar – AIH, regendo-se a internação de acordo com a rotina já pactuada entre a CONVENIENTE e CONVENIADA conforme cláusula 2 deste instrumento.

3.2.6. Verificada a impossibilidade de continuidade do atendimento dos pacientes na CONVENIENTE, esta ficará responsável por providenciar a vaga e encaminhar os pacientes para Centro de Alta Complexidade referência inclusive deverá emitir laudo de transferência. A CONVENIADA ficará responsável pelo transporte/deslocamento do paciente para Centro de Alta Complexidade referência em veículo apropriado, bem como, pelo custeio do acompanhamento de profissional médico ou de enfermagem, quando a necessidade assim exigir, conforme valores estabelecidos no Anexo V deste convênio.

4. DO SERVIÇO ESPECIALIZADO EM OFTALMOLOGIA

4.1. O Serviço Especializado em Oftalmologia será prestado através de Atendimento individual, obedecendo os seguintes critérios:

4.1.1. A CONVENIADA deverá agendar previamente junto ao Centro de Oftalmologia da CONVENIENTE o Atendimento necessário, que sempre respeitará a seqüência de agendamento e a disponibilidade de atendimento do referido serviço.

4.1.2. O paciente enviado pela CONVENIADA deverá, além do agendamento prévio, portar Autorização Padrão (Anexo I) assinada pela Secretária Municipal de Saúde da CONVENIADA, em duas vias, permitindo a realização do Atendimento.

4.1.3. O Atendimento consistirá, conforme avaliação do profissional médico oftalmologista, baseado na necessidade individual de cada paciente, em consulta médica, realização de exames especializados, diagnóstico, tratamento clínico, procedimento ambulatorial, procedimento cirúrgico, e a critério médico, uma consulta suplementar posterior, desde que previamente autorizado pela CONVENIADA.

4.1.4. Constatado no Atendimento, pelo profissional médico oftalmologista, a necessidade de procedimento cirúrgico, a CONVENIENTE disponibilizará, mediante marcação prévia, tratamento com laser por sessões de Fotocoagulação,

cirurgias de Catarata com implante de lente intraocular, cirurgia de Estrabismo, Pterígio, Glaucoma, Chalázió, Evisceração e Eucleação. Outros procedimentos que ultrapassem a capacidade resolutiva do Hospital Santa Terezinha, deverão ser encaminhados para Centro de Alta Complexidade em Oftalmologia.

4.1.5. Se houver a necessidade de internação do paciente, a CONVENIADA deverá apresentar no ato, a Autorização de Internação Hospitalar – AIH, regendo-se a internação de acordo com a rotina já pactuada entre a CONVENIENTE e a CONVENIADA conforme cláusula 2 deste instrumento.

4.1.6. Verificada a impossibilidade de continuidade do atendimento no Hospital Santa Terezinha, este emitirá laudo de transferência, e a CONVENIADA ficará responsável pelo encaminhamento do paciente a Centro de Alta Complexidade em Oftalmologia.

5. DOS EXAMES DE TOMOGRAFIA E MAMOGRAFIA

5.1. A CONVENIADA solicitará o agendamento do exame, e encaminhará o paciente na data agendada com a autorização do município para realização do mesmo.

5.2. Todo exame de mamografia que exceder o limite pré-fixado na Cláusula 7.3.1., deste instrumento obedecendo a ordem cronológica dos agendamentos, será atendido e cobrado na modalidade “Convênio via Hospital Santa Terezinha”.

6. DOS EXAMES LABORATORIAIS (INTERNADOS)

6.1. Os exames laboratoriais complementares que não constam em código na Tabela SUS, para pacientes internados serão realizados, somente, após autorização da CONVENIADA, conforme valores descritos na tabela em anexo (Anexo II).

6.2. Em caso de solicitação de exames não contemplados na tabela (Anexo II), a Secretaria de Saúde da CONVENIADA será informada pela CONVENIENTE sobre o valor, e o exame somente será executado mediante autorização da Secretaria de Saúde da CONVENIENTE.

7. DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

7.1. Os serviços contratados compreendem as áreas em que a CONVENIENTE possui capacidade técnico resolutiva para atendimento ao paciente.

7.1.1. Em havendo a necessidade de transferência para outra Unidade Hospitalar para internamento e/ou exames de diagnóstico, este se dará em parceria entre a CONVENIADA e o CONVENIENTE, e se dará da seguinte maneira:

a) Caberá a CONVENIENTE com o auxílio da CONVENIADA, a busca da obtenção da vaga para o internamento e/ou exame. O transporte para o deslocamento bem como o pagamento aos profissionais que realizarão o deslocamento será suportado pelo município de origem do paciente (CONVENIADA), conforme acorda cláusula 3.2.6 deste convênio.

7.2. A prestação dos serviços será suspensa temporariamente pela CONVENIENTE, após comunicação escrita, caso verificar-se atraso no pagamento, pagamento incompleto ou ausência de apresentação de AIH para paciente internado oriundo do serviço, sendo imediatamente restabelecido assim que a CONVENIADA sanar os motivos da suspensão.

7.3. O número mensal de internações, tomografias e mamografias disponibilizados pela CONVENIENTE à CONVENIADA atenderá ao disposto na tabela constante na cláusula 7.3.1., porém dependerá sempre da disponibilidade de vagas da CONVENIENTE e deverão ser autorizados previamente pela CONVENIADA.

7.3.1. Quantitativos mensais disponibilizados pela CONVENIENTE À CONVENIADA:

SERVIÇO	QUANTIDADE MENSAL
Internações Hospitalares	35
Tomografias	13
Mamografias	0

7.3.2. Todo exame de Tomografia que exceder o limite pré-fixado na Cláusula 7.3.1. deste instrumento, obedecendo a ordem cronológica de agendamento, será atendido e cobrados na modalidade “Convênio via Hospital Santa Terezinha”.

7.3.3 A CONVENIENTE disponibilizará mensalmente o quantitativo extra de 70 (setenta) tomografias a ser dividido entre todas as CONVENIADAS. O atendimento do quantitativo extra obedecerá ao disposto na cláusula 5.1. deste instrumento. As tomografias serão realizadas em ordem cronológica de agendamento, e serão atendidas e cobradas imprescindivelmente na modalidade “Convênio via Hospital Santa Terezinha” conforme valores constantes no anexo IV.

8. DO CORPO CLÍNICO

8.1. Os serviços ora conveniados serão prestados diretamente por profissionais pertencentes ao corpo clínico da CONVENIENTE. Em relação aos profissionais médicos, o atendimento só poderá ser prestado por contratados pela CONVENIENTE, por membros do Corpo Clínico credenciados pelo Sistema Único de Saúde – SUS, ou por profissionais autônomos que eventualmente prestem serviços a conveniente. A CONVENIENTE não interferirá na relação médico/paciente.

9. DOS PRAZOS E VIGÊNCIA

9.1. A data limite para a disponibilização das AIH'S para faturamento do mês da competência será até o 3º (terceiro) dia útil do mês subsequente. Em não sendo disponibilizada a AIH até este período, acordam as partes, que o atendimento será considerado e cobrado na modalidade “Convênio Hospital Santa Terezinha”, com todos os reflexos financeiros correspondentes.

9.2. Fica estabelecido entre as partes que a vigência deste Convênio será 1º de junho de 2010 à de 31 de maio de 2011, podendo haver renovação por iguais e sucessivos períodos

até o limite de 60 meses.

10. DA REMUNERAÇÃO

10.1. O presente convênio visa à participação dos municípios no âmbito da AMAU pertencentes à 11ª CRS – Coordenadoria Regional de Saúde e outros que vierem a conveniar de outras Coordenadorias Regionais de Saúde, no custeio do atendimento aos pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS, considerando-se a condição de Hospital de Referência Regional, da CONVENENTE.

10.2. O pagamento dos serviços prestados pela CONVENENTE deverá ser efetuado pela CONVENIADA diretamente ou através da rede bancária em até cinco dias após a emissão/apresentação de nota fiscal. A nota fiscal deverá ser retirada junto a CONVENENTE pela CONVENIADA.

10.3. A CONVENENTE emitirá a nota fiscal para cobrança dos atendimentos, sendo de exclusiva responsabilidade da CONVENIADA o empenho prévio da despesa.

Parágrafo Único: O pagamento dos atendimentos efetuados via modalidade “Convênio Hospital Santa Terezinha”, se dará após a emissão da Nota Fiscal até 10(dez) dias da emissão.

10.4. Pela prestação dos serviços a CONVENIADA pagará à CONVENENTE, mediante documento fiscal próprio emitido por esta, os seguintes valores a título de ajuda de custo:

a) Serviço de Internações Hospitalares: o valor será apurado multiplicando-se o número de internações autorizadas mensalmente (considerando-se as AIH's emitidas) por R\$ R\$-411,45 (Quatrocentos e onze reais e quarenta e cinco centavos).

b) Serviços Médicos Especializados: Vídeo Endoscopia Diagnóstica no valor de R\$-189,01 (Cento e oitenta e nove reais e um centavo); Vídeo Colonoscopia Diagnóstica no valor de R\$-441,03 (Quatrocentos e quarenta e um reais e três centavos); Vídeo Retossigmoidoscopia no valor de R\$-189,01 (Cento e oitenta e nove reais e um centavo); Terapêutico (somado ao diagnóstico) no valor de R\$-126,00 (Cento e vinte e seis reais), por exame. Realizado procedimento terapêutico, de necessidade comprovada, o valor fixo constante na tabela será somado ao procedimento diagnóstico principal.

c) Exames de diagnóstico (Tomografias e Mamografias): multiplica-se o número de cada exame realizado pelos valores abaixo especificados:

c1) Tomografias R\$-31,71 (Trinta e um reais e setenta e um centavos) por exame efetivamente realizado;

c2) Mamografias R\$-28,96 (Vinte e oito reais e noventa e seis centavos) por exame efetivamente realizado;

d) Consultas Oftalmológicas: o valor de R\$-52,13 (Cinquenta e dois reais e treze centavos) por Atendimento individual;

e) Consultas Especializadas: o valor de R\$-52,13 (Cinquenta e dois reais e treze centavos) por Atendimento individual;

f) Procedimentos diagnósticos e exames via Central de Especialidades da CONVENENTE: conforme Anexo III, devidamente autorizado pela CONVENIADA;

f1): Poderá o CONVENENTE realizar quando disponível em suas instalações ou contratado junto a outro prestador de serviços, realizar à CONVENIADA todo e qualquer procedimento diagnóstico ou terapêutico bem como exames laboratoriais que não estejam contemplados neste Convênio, após autorização prévia da CONVENIADA, sendo automaticamente efetuada a cobrança via Nota Fiscal de Serviço, conforme a cláusula 10.2 deste instrumento.

g) Com relação aos procedimentos cirúrgicos eletivos, oriundos das consultas especializadas, será pago pela CONVENIADA a CONVENENTE o valor indicado para cada procedimento na tabela SUS multiplicado por 2, limitados a um teto máximo de R\$-1.055,00 (Hum mil e cinqüenta e cinco reais).

10.5. Nos valores conveniados não estão incluídas despesas de acompanhantes ou despesas extras, que deverão ser pagas pelo responsável no ato da alta hospitalar.

10.6. Juntamente com o documento fiscal será emitida relação completa dos pacientes atendidos e informações pertinentes.

10.7. As despesas referente a este Convênio de Prestação de Serviços serão suportadas pela seguinte dotação orçamentária:

10 - SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE E ASSISTÊNCIA SOCIAL

10301000192.055 - MANUTENÇÃO DA VIGILÂNCIA DE SAÚDE

3.3.90.39.00.0000 - Outros Serviços de Terceiros - PJ

1030100192.098 - MUNICÍPIO RESOLVE INCENTIVO A GESTÃO BÁSICA ESTADO

3.3.90.39.00.0000 - Outros Serviços de Terceiros - PJ

10.8. Em caso de termo aditivo de prorrogação do convênio por períodos adicionais, todos os valores constantes neste instrumento serão reajustados a cada período de doze meses pelo índice acumulado do período do IGPM/FGV ou outro índice oficial de correção que venha a substituí-lo.

11. DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

11.1. Rege o presente Convênio e as relações dele decorrentes a Lei Federal 8.666/93, Artigo 24, Inciso VIII.

12. DA SUSPENSÃO DOS SERVIÇOS

12.1. A inadimplência da CONVENIADA autoriza a imediata suspensão da prestação dos serviços conveniados, sem prejuízo da denúncia do convênio e o ressarcimento dos danos causados à CONVENIADA.

13. DA RESCISÃO

13.1. Constituem causa para rescisão deste contrato:

13.1.1. A manifestação expressa de uma das partes com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias da data referência de vencimento deste instrumento, sem ônus.

13.1.2. A ocorrência de qualquer um dos motivos elencados no artigo 78 da Lei Federal 8.666/93.

14. DO FORO

14.1. As partes elegem o Foro da Comarca de Erechim, RS., para dirimirem todas e quaisquer dúvidas oriundas do presente Convênio.

14.1.1. E, por estarem de pleno acordo e perfeitamente contratados, firmam o presente instrumento, em duas vias de igual teor e forma, após lido, conferido e considerado conforme em todos os seus termos, juntamente com as testemunhas.

Erechim,

Bel. PEDRO PAULO PREZZOTTO
LUIS RUGERI
Prefeito Municipal de
Executivo
Getúlio Vargas
Terezinha de Erechim

SIDNEI
Diretor
Fund. Hosp. Santa

Testemunhas:

(ANEXO I)

ENCAMINHAMENTO PARA AVALIAÇÃO OFTALMOLÓGICA

SECRETARIA MUNICIPAL DE
.....

Estamos encaminhando o senhor (a)

.....
do Município de para
atendimento no Centro de Referência em Oftalmologia da
Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim, no dia
____/____/____, às _____ horas.

A consulta foi agendada por
.....

Salientamos que o atendimento deverá ser prestado nos termos do convênio/contrato celebrado entre Município e a Fundação Hospitalar Santa Terezinha de Erechim.

(Nome do Município), (data), (mês), (ano).

Assinatura Secretário Municipal

08S: Deverá ser em folha timbrada e constar carimbo do responsável

(ANEXO II)

EXAMES LABORATORIAS QUE NÃO CONSTAM NA TABELA SUS

Exame	Valor por exame
Imunofenotipagem de Medula Óssea	R\$ 400,90
Cariótipo com Banda G medula óssea/Sangue periférico	R\$ 295,40
Teste do Pezinho Plus	R\$ 147,70
Teste do Pezinho Master	R\$ 206,80
D-Dímeros	R\$ 121,40
Triagem Mínima de Erros Inatos do Metabolismo	R\$ 189,90
Triagem ampliada de Erros Inatos do Metabolismo	R\$ 242,70

(ANEXO III)

VALORES DE EXAMES POR ESPECIALIDADE VIA
CENTRAL DE ESPECIALIDADES

EXAMES VASCULARES		
Procedimento	Valores Unitários	
	1 membro	2 membros
Eco Doppler Arterial MS/MI	R\$ 120,00	R\$ 192,00
Eco Doppler Venoso MS/MI	R\$ 120,00	R\$ 192,00
Eco Doppler de Aorta-Ilíaca	R\$ 120,00	R\$ 192,00
Eco Doppler de Artérias Renais (Mesentérica e Tronco-Celíaco)	R\$ 120,00	R\$ 192,00
Eco Doppler Artérias Esplâncnicas	R\$ 120,00	R\$ 192,00
Eco Doppler de Cava Ilíaca	R\$ 120,00	R\$ 192,00

CARDIOLOGIA	
Procedimento	Valores Unitários
Eletrocardiograma	R\$ 30,00
Eletrocardiograma com Doppler	R\$ 118,80
Holter 24 horas	R\$ 90,00
Teste Ergométrico	R\$ 90,00

UROLOGIA	
Procedimento	Valores Unitários

Cistoscopia	R\$ 250,00
-------------	------------

OTORRINOLARINGOLOGIA	
Procedimento	Valores Unitários
Videolaringoscopia Direta	R\$ 150,00
Endoscopia Nasosinusal	R\$ 150,00

(ANEXO IV)

VALORES DE TOMOGRAFIAS ATRAVÉS DO CONVÊNIO
HOSPITAL SANTA TEREZINHA

Tomografia	Valor com contraste	Valor sem contraste
Abdome total (pelve e abdome superior)	R\$ 312,80	Realizado somente com contraste
Abdome superior	R\$ 231,70	R\$ 208,60
Articulações (esternoclavicular,		

cotovelo, punho, sacro-ilíaca, coxo-femural, joelho e pé.	R\$ 231,70	R\$ 208,60
Coluna Cervical, Dorsal ou Lombar	R\$ 231,70	R\$ 208,60
Crânio	R\$ 231,70	R\$ 208,60
Face ou Seios da Face	R\$ 231,70	R\$ 208,60
Mastóides ou Ouvidos	R\$ 231,70	R\$ 208,60
Pelve ou Bacia	R\$ 231,70	R\$ 208,60
Pescoço	R\$ 231,70	R\$ 208,60
Segmentos (braço, antebraço, mão, coxa, perna e pé)	R\$ 231,70	R\$ 208,60

Tórax	R\$ 231,70	R\$ 208,60
Angiotomografia(crânio, pescoço, tórax, abdome superior, pelve-arterial e venosa + valor da tomografia	R\$ 372,50	Realizado somente com contraste
Angiotomografia de aorta torácica + valor da tomografia	R\$ 372,50	Realizado somente com contraste
Angiotomografia de aorta abdominal + valor da tomografia	R\$ 372,50	Realizado somente com contraste
Urotomografia (Pelve + Abdome Superior) geralmente sempre s/ contraste.	R\$ 463,40	R\$ 417,00

(ANEXO V)

PROFISSIONAIS MÉDICOS PARA ACOMPANHAMENTO DE
PACIENTES EM CASOS DE TRANSFERÊNCIAS PARA
CENTROS DE ALTA COMPLEXIDADE

CENTRO DE ALTA COMPLEXIDADE: PASSO FUNDO/RS

PROFISSIONAL MÉDICO	VALOR R\$
Dr. Vitor Demoliner Junior	250,00
Dr. Vinicius Scalco Costa	250,00
Dr. Wilson Taglieti	250,00
Dr. Edanir Celso Bichoff	250,00

CENTRO DE ALTA COMPLEXIDADE: PORTO ALEGRE/RS

PROFISSIONAL MÉDICO	VALOR R\$
Dr. Vitor Demoliner Junior	450,00
Dr. Vinicius Scalco Costa	450,00
Dr. Wilson Taglieti	450,00
Dr. Edanir Celso Bichoff	450,00

CENTRO DE ALTA COMPLEXIDADE: SANTA MARIA/RS

PROFISSIONAL MÉDICO	VALOR R\$
Dr. Vitor Demoliner Junior	450,00
Dr. Vinicius Scalco Costa	450,00
Dr. Wilson Taglieti	450,00
Dr. Edanir Celso Bichoff	450,00

