



Estado do Rio Grande do Sul
Prefeitura Municipal de Santa Tereza
Gabinete da Prefeita

PROJETO DE LEI MUNICIPAL Nº 1.585/2023, DE 10 DE MARÇO DE 2023.

**AUTORIZA O PODER EXECUTIVO MUNICIPAL
A FIRMAR TERMO ADITIVO AO TERMO DE
COOPERAÇÃO Nº 01/2019 – LEI MUNICIPAL
Nº 1.606/2019.**

GISELE CAUMO, Prefeita Municipal de Santa Tereza, 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 Poder Executivo Municipal autorizado a firmar Termo Aditivo ao Termo de Cooperação nº 01/2019- Lei Municipal nº 1.606/2019, nos termos da minuta anexa, que é parte integrante da presente Lei, alterando valores, conforme tabela que integra a referida minuta.

Art. 2º As despesas decorrentes desta Lei serão suportadas por dotações orçamentárias próprias.

Art. 3º Está lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Gabinete da Prefeita Municipal de Santa Tereza, aos dez dias do mês de março do ano de dois mil e vinte e três.


GISELE CAUMO
Prefeita Municipal de Santa Tereza



Estado do Rio Grande do Sul
Prefeitura Municipal de Santa Tereza
Gabinete da Prefeita

JUSTIFICATIVA

Senhor Presidente,
Senhora Vereadora,
Senhores Vereadores:

Projeto de Lei nº 1.585/2023, de 10 de março de 2023.

Envia-se para apreciação dos Senhores Vereadores o Projeto de Lei acima nominado, autorizando o Poder Executivo Municipal a firmar Termo Aditivo ao Termo de Cooperação nº 01/2019 - Lei Municipal nº 1.606/2019.

Conforme minuta anexa, que integra a presente Lei, ocorreram alterações nos serviços e valores, sendo necessário a aprovação de Vossas Excelências para que passem a vigorar.

Como é de conhecimento de todos, a saúde é um dever constitucional de todos entes públicos, previsto, inclusive, na Lei Orgânica. Portanto, o ajuste é indispensável para o bem estar dos habitantes de Santa Tereza.

Assim, encaminha-se o presente Projeto de Lei para a devida tramitação na Câmara de Vereadores, objetivando apreciação e aprovação.

Gabinete da Prefeita Municipal de Santa Tereza, aos dez dias do mês de março do ano de dois mil e vinte e três.


GISELE CAUMO
Prefeita Municipal de Santa Tereza

Av. Itália. 474 – Centro – Santa Tereza – RS – CEP 95715 – 000 – Fone: (54) 3456 – 1033

E-mail: gabinete@santatereza.rs.gov.br



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FARROUPILHA

TERMO ADITIVO Nº ____/202__ AO TERMO DE COOPERAÇÃO Nº

O Município de _____, pessoa jurídica de direito público, com sede _____, inscrito no CNPJ sob nº _____, neste ato representado por seu Prefeito Municipal Sr _____, inscrito no CPF sob nº _____, adiante denominado COOPERANTE e o **MUNICÍPIO DE FARROUPILHA**, pessoa jurídica de direito público, CNPJ sob nº 89.848.949/0001-50, com sede na Praça da Emancipação, s/nº, CEP 95170-416, Farroupilha/RS, doravante denominado **MUNICÍPIO**, neste ato representado por seu Prefeito Municipal, Sr. **FABIANO FELTRIN**, domiciliado e residente em Farroupilha, RS, adiante denominado COOPERADO, ambos, em conjunto, adiante denominados abreviadamente como PARTES, com suporte nos artigos 196 e seguintes da Constituição Federal, na Lei Federal nº 8.080, de 19-09-1990, no Decreto Federal nº 7.508, de 28-06-2011, na Lei Municipal nº _____, na ata nº 003/2021 – CIR VINHEDOS E BASALTO, de 27 de setembro de 2021, na ata nº 004/2021 – CIR UVA E VALES, de 24 de setembro de 2021 e demais disposições legais pertinentes,

Considerando que o Hospital Beneficente São Carlos, contratado pelo COOPERADO por meio do Contrato Administrativo de Prestação de Serviços nº 001/2020 é referência para a Região 26-UVA E VALES e Região 25-VINHEDOS E BASALTO para prestação de serviços na Especialidade de Cirurgias de Alta Complexidade de Traumatologia e Ortopedia;

Considerando que o aporte realizado pela União Federal, para fins de custeio de cirurgias de alta complexidade na modalidade de traumato-ortopedia tem sido insuficiente para o atendimento da demanda apresentada pelas partes;

Considerando a necessidade de contratação, com recursos próprios, pelo COOPERANTE, de cirurgias extrateto MAC;

Considerando a possibilidade de compra de Serviços na Especialidade de Traumatologia e Ortopedia – Alta Complexidade extrateto MAC pelo COOPERANTE, em reunião ordinária ocorrida

CENTRO ADMINISTRATIVO PREFEITO AVELINO MAGGIONI
Praça Emancipação, s/n - CEP 95170-444 - Farroupilha - RS
Caixa Postal 241 - Telefone/Fax: (54) 3268-1611



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FARROUPILHA

em vinte e quatro de setembro de dois mil e vinte um, nas dependências do Salão Nobre da Prefeitura Municipal de Farroupilha, conforme Ata nº 004/2021- CIR UVA E VALES e reunião ordinária ocorrida em vinte e sete de setembro de dois mil e vinte um, nas dependências da Secretaria Municipal de Monte Belo do Sul, conforme Ata nº 003/2021 – CIR VINHEDOS E BASALTO, ambos órgãos de instância colegiada, não paritários, de natureza permanente, cujas decisões são tomadas por consenso, em conformidade com as disposições estabelecidas pelo Pacto pela Saúde (Portaria GM/MS 399 de 22 de Fevereiro de 2006), constituindo-se em um espaço de planejamento, pactuação cogestão solidária entre os gestores municipais;

As PARTES resolvem celebrar o presente Termo Aditivo ao Termo de Cooperação nº _____, na forma a seguir avençada:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DA CONTRATAÇÃO SUPLEMENTAR DE CIRURGIAS DE ALTA COMPLEXIDADE - TRAUMATO-ORTOPEDIA

Fica autorizada, pelo presente aditivo, a contratação suplementar, pelo COOPERANTE, de acordo com a sua disponibilidade orçamentária, na modalidade extrateto, de cirurgias de caráter eletivo de alta complexidade de traumato/ortopedia, a serem realizadas no hospital de referência contratado pelo COOPERADO.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA FORMA DA CONTRATAÇÃO

O COOPERANTE encaminhará, após esgotar as cotas usuais via teto MAC, solicitação de autorização para a realização de cirurgias extrateto, de caráter eletivo de alta complexidade de traumato/ortopedia ao hospital contratado pelo COOPERADO.

§1º A verificação do cumprimento dos requisitos e agendamento para a realização dos procedimentos será realizada pelo Hospital contratado pelo COOPERADO, de acordo com a disponibilidade de atendimento da unidade hospitalar.

§2º A contratação suplementar objeto do presente instrumento será realizada entre o COOPERANTE e o Hospital contratado pelo COOPERADO, sendo da responsabilidade do

CENTRO ADMINISTRATIVO PREFEITO AVELINO MAGGIONI
Praça Emancipação, s/n - CEP 95170-444 - Farroupilha - RS
Caixa Postal 241 - Telefone/Fax: (54) 3268-1611



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FARROUPILHA

COOPERANTE o custeio integral dos procedimentos.

§3º O COOPERANTE autoriza, pelo presente instrumento, que a cobrança dos procedimentos extrateto autorizados por meio deste Termo Aditivo, seja realizada por meio de Nota Fiscal de Prestação de Serviços, bem como emissão de boleto bancário, empenho ou qualquer outra forma prevista em lei que venha a ser ajustada entre as partes emitidos pelo Hospital contratado pelo COOPERADO diretamente ao COOPERANTE.

§4º Os preços e forma de pagamento estabelecidos pelo Hospital contratado pelo COOPERADO para a realização dos procedimentos objetos deste Termo Aditivo estão descritos no Anexo I, que desde já faz parte integrante do presente instrumento, tendo os mesmos validade até 31/12/2023.

§5º Eventual reajuste dependerá de referendo do colegiado.

§6º O COOPERADO figura no presente instrumento como interlocutor, na condição de gestor das regiões 25 e 26, ajustando as PARTES que a relação obrigacional advinda das contratações extrateto previstas no presente instrumento são exclusivamente entre o COOPERANTE e o Hospital Contratado.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA AUTORIZAÇÃO LEGISLATIVA

Fica ciente o COOPERANTE de que deverá submeter à apreciação da Câmara de Vereadores de seu Município projeto de lei autorizando a contratação suplementar, com recursos próprios, de acordo com sua previsão orçamentária, de cirurgias de alta complexidade, na modalidade de traumatologia-ortopedia, a fim de atender a demanda reprimida sob sua égide.

CLÁUSULA QUARTA – DAS DEMAIS DISPOSIÇÕES

Permanece hígido o Termo de Cooperação nº _____ firmado entre as PARTES em relação às cotas usuais via teto MAC, tendo efeito o presente Aditivo exclusivamente em relação às contratações excedentes.

CLÁUSULA QUINTA – DO FORO

CENTRO ADMINISTRATIVO PREFEITO AVELINO MAGGIONI
Praça Emancipação, s/n - CEP 95170-444 - Farroupilha - RS
Caixa Postal 241 - Telefone/Fax: (54) 3268-1611



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE FARROUPILHA

Fica eleito o foro da Comarca de Farroupilha, RS, para dirimir as questões resultantes do presente instrumento.

E assim, por estarem de acordo e ajustados, depois de lido e achado conforme, assinam o presente Termo Aditivo em duas vias de igual teor e forma, para que surta os devidos e legais efeitos.

_____/RS, ____ de ____ de 202__.

MUNICÍPIO DE

MUNICÍPIO DE FARROUPILHA

FABIANO FELTRIN

Prefeito Municipal

Prefeito Municipal

Testemunhas

1.

1.

CENTRO ADMINISTRATIVO PREFEITO AVELINO MAGGIONI
Praça Emancipação, s/n - CEP 95170-444 - Farroupilha - RS
Caixa Postal 241 - Telefone/Fax: (54) 3268-1611



HOSPITAL BENEFICENTE SÃO CARLOS

VALORES DE PROCEDIMENTOS ELETIVOS DE ALTA COMPLEXIDADE EM TRAUMATO ORTOPEDIA PARA MUNICÍPIOS DE REFERÊNCIA ATRAVÉS DO TERMO DE COOPERAÇÃO ENTRE ENTES PÚBLICOS

REGIÃO DE SAÚDE 25: VINHEDOS E BASALTO

REGIÃO DE SAÚDE 26: VINHEDOS E BASALTO

VIGÊNCIA 01/01/2023 a 31/12/2023

Código Procedimento	Descritivo	Hospitalar	OPME	Valor
04.08.04.009-2	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO QUADRIL NÃO CIMENTADA / HÍBRIDA	7.808,73	4.191,27	12.000,00
04.08.05.006-3	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMÁRIA DO JOELHO	7.851,21	3.148,79	11.000,00
04.08.03.013-5	ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR / POSTERO -LATERAL UM NÍVEL	10.650,93	4.279,07	14.930,00
04.08.03.014-3	ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL DOIS NÍVEIS	11.584,58	6.635,42	18.220,00
04.08.03.016-0	ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR / POSTERO-LATERAL TRES NÍVEIS	11.505,99	7.895,01	19.401,00
04.08.03.015-1	ARTRODESE INTERSOMÁTICA VIA POSTERIOR / POSTERO -LATERAL QUATRO NÍVEIS	11.505,99	9.095,01	20.601,00
04.08.03.023-2	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA ANTERIOR UM NÍVEL	10.651,03	4.278,97	14.930,00
04.08.03.024-0	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA ANTERIOR DOIS NÍVEIS	11.580,78	6.635,22	18.216,00
04.08.03.025-9	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA ANTERIOR, TRES NÍVEIS,	11.506,53	8.991,47	20.498,00
04.08.03.026-7	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR UM NÍVEL	10.653,80	6.327,20	16.981,00
04.08.03.029-1	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, DOIS NÍVEIS,	11.581,02	4.703,98	16.285,00
04.08.03.027-5	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR TRÊS NÍVEIS	11.506,10	7.764,90	19.271,00
04.08.03.030-5	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, QUATRO NÍVEIS,	11.505,76	7.485,24	18.991,00
04.08.03.028-3	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR CINCO NÍVEIS	13.955,76	8.485,24	22.441,00
04.08.03.031-3	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR, SEIS NÍVEIS,	14.518,76	9.485,24	24.004,00
04.08.03.011-9	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR UM NÍVEL	10.650,81	4.479,19	15.130,00

04.08.03.007-0	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR DOIS NÍVEIS	11.578,90	6.187,10	17.766,00
04.08.03.006-2	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR TRÊS NÍVEIS	11.505,99	7.895,01	19.401,00
04.08.03.010-0	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR QUATRO NÍVEIS	11.506,08	9.602,92	21.109,00
04.08.03.009-7	ARTRODESE CERVICAL ANTERIOR CINCO NÍVEIS	13.955,17	11.310,83	25.266,00
04.08.03.038-0	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (1 NÍVEL C/ MICROSCÓPIO)	7.200,00		7.200,00
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA - CBO 225270 - Médico Ortopedista e Traumatologista			250,00

Observações:

Não estão incluídos nos valores diárias de UTI e Transfusão de Hemocomponentes.
 Para procedimentos do grupo Coluna Vertebral a partir de seis níveis, valor a consultar.
 Outros procedimentos não constantes na Tabela de Valores, consultar o prestatador para orçamento.

JANETE DE FÁTIMA TOIGO D'AGOSTINI 43498680030
Assinado de forma digital por JANETE DE FÁTIMA TOIGO D'AGOSTINI em 15/09/2022 10:18:29 -03'00'

Janete de Fátima Toigo D'Agostini
 Superintendente Geral HBSC

