



Prefeitura Municipal de Platina

ESTADO DE SÃO PAULO
CNPJ 44.543.999/0001-90

Platina
Terra querida, plena de humildade e cidadania.
Gestão 2021/2024

Fones: (18) 3354-1171 | 3354-1182 | 3354-1261 | 99632-9019
site: www.platina.sp.gov.br | e-mail: secretaria@platina.sp.gov.br

LEI Nº 1.367/2023, DE 18 DE AGOSTO DE 2023.

“Dispõe sobre autorização ao Município para celebrar convênios com Santas Casas, Hospitais Filantrópicos e Hospitais Universitários para realização de cirurgias eletivas, exames e dá outras providências”

WAGNER ROBERTO DE LIMA, Prefeito Municipal no uso de suas atribuições legais conferidas no disposto do Artigo 105, Inciso IV, da Lei Orgânica do Município.

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

Art. 1º Fica o Poder Executivo Municipal autorizado a firmar convênio, através da Secretaria Municipal de Saúde, com Santas Casas, Hospitais Filantrópicos e Hospitais Universitários, visando a prestação de serviços de saúde em caráter complementar, através da disponibilização de cirurgias eletivas e exames de alta complexidade, dentro das especialidades disponíveis na Instituição de Saúde conveniada, conforme o limite da dotação orçamentaria do exercício.

Art. 2º Integra esta Lei, a Minuta do Convênio em anexo, bem como todas as suas disposições que se constituirão no futuro regramento da relação jurídica dela decorrente.

Parágrafo único. A minuta padrão do convênio, em anexo, poderá ser regulamentada via decreto de acordo com a especificidade de cada instituição de saúde, sem alteração do objeto preconizado nesta lei.

Art. 3º Os beneficiários das cirurgias eletivas serão estritamente para pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS, que estiverem aguardando em fila de espera junto ao cadastro da Secretaria Municipal da Saúde para a realização do procedimento cirúrgico eletivo, custeadas pelo Município que seguirão sempre que possível os parâmetros da Tabela SUS, tendo parecer e encaminhamento médico.

§ 1º Para efeito desta Lei, procedimento cirúrgico eletivo é todo aquele atendimento prestado ao usuário em ambiente cirúrgico, com diagnóstico estabelecido e



Prefeitura Municipal de Platina

ESTADO DE SÃO PAULO
CNPJ 44.543.999/0001-90

Platina
Terra querida, plena de humildade e cidadania.
Gestão 2021/2024

Fones: (18) 3354-1171 | 3354-1182 | 3354-1261 | 99632-9019
site: www.platina.sp.gov.br | e-mail: secretaria@platina.sp.gov.br

indicação de realização cirúrgica, a ser realizada em serviço de saúde ambulatorial/hospitalar com possibilidade de agendamento prévio, sem caráter de urgência ou emergência.

§ 2º Caberá a Secretaria Municipal da Saúde o acompanhamento e a fiscalização das atividades necessárias à materialização dos objetivos a serem alcançados na forma autorizada por esta Lei.

Art. 4º As despesas decorrentes da execução da presente Lei correrão a conta da dotação orçamentaria da Secretaria Municipal de Saúde e do Fundo Municipal de Saúde, suplementadas oportunamente se necessário.

Art. 5º O convênio de que trata esta lei vigorará por 12 (doze) meses a partir de sua assinatura, e poderá ser prorrogado ou modificado na forma prevista no convênio anexo, adotadas as formalidades legais pertinentes.

Parágrafo único. Esta lei poderá ser regulamentada por decreto se necessário.

Art. 6º Esta lei entrará em vigor na data de sua publicação.

Art. 7º Revogam-se as disposições em contrário.

Prefeitura Municipal de Platina, em 18 de agosto de 2023.


WAGNER ROBERTO DE LIMA
Prefeito do Município
Prefeitura Municipal de Platina

Registrado nesta Secretaria Municipal na data supra, publicado e afixado no Átrio desta Prefeitura, em local visível e de costume, bem como publicado no Diário Oficial do Município de Platina, Estado de São Paulo, <https://www.govbrdionet.com.br/list/platina>


FLAVIANA RIBEIRO DA SILVA BOTÃO
Diretora de Secretaria



Prefeitura Municipal de Platina

ESTADO DE SÃO PAULO
CNPJ 44.543.999/0001-90

Platina
Terra querida, plena de humildade e cidadania.
Gestão 2021/2024

Fones: (18) 3354-1171 | 3354-1182 | 3354-1261 | 99632-9019
site: www.platina.sp.gov.br | e-mail: secretaria@platina.sp.gov.br

MINUTA DO CONVÊNIO

CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE XXX – PRIMEIRA CONVENIENTE E A ENTIDADE XXXXXX, SEGUNDA CONVENIENTE, OBJETIVANDO O DESENVOLVIMENTO DE PROGRAMA E PARCERIA NA ASSISTÊNCIA À SAÚDE DE XXXX, NO ÂMBITO DO SUS, PARA PRESTAÇÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS E REALIZAÇÃO DE EXAMES.

Por este instrumento e na melhor forma de direito, o **MUNICÍPIO DE XXXX**, através da Prefeitura Municipal, Estado de São Paulo, situada XXX, XX, inscrita no CNPJ/MF sob o nº. XXXXXXXX/XXX-XX, representado por seu Prefeito Municipal **Sr. XXXX** doravante denominado **MUNICÍPIO**, e de outro lado a **XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF nº. XXXXXXXXXXXXX, situada na cidade de XXXXX/SP, na XXXXXX, nº. XXX, XXXX representado neste ato por **XXXXXXXXXX**, XXXXXX, XXXX, XXXXXXXXXXX, residente e domiciliada na cidade de XXXXXX/SP, na XXXXXXXXXXX nº. XXX, Centro, com RG nº. XXXXX e CPF/MF nº. XXXXXX, doravante denominada **ENTIDADE**, tendo em vista o que dispõem a Constituição Federal, artigo 196 e seguintes; as Leis Orgânicas da Saúde n.º 8.080/90, em especial artigo 24, 25 e 26 e Lei n.º 8.142/90; a Lei n.º 8.666/93, em especial artigo 116, e suas alterações, no que couber; a Constituição Estadual, artigo 219 e seguintes; a Lei Complementar Estadual n.º 791 e demais disposições legais, e regulamentares aplicáveis à espécie, resolvem celebrar o presente Convênio.

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. - O presente Convênio tem por objeto a execução pela ENTIDADE de CIRURGIAS ELETIVAS hospitalares a serem prestados a usuários do SUS.

1.2. - Os serviços ora conveniados serão ofertados com base nas indicações técnicas de planejamento da saúde, mediante compatibilização da demanda existente, recursos operacionais e disponibilidade dos recursos financeiros do Município de XXX.



Prefeitura Municipal de Platina

ESTADO DE SÃO PAULO
CNPJ 44.543.999/0001-90

Platina

Terra querida, plena de humildade e cidadania.
Gestão 2021/2024

Fones: (18) 3354-1171 | 3354-1182 | 3354-1261 | 99632-9019
site: www.platina.sp.gov.br | e-mail: secretaria@platina.sp.gov.br

1.3. - Fica fazendo parte integrante deste convenio o PLANO DE TRABALHO, devidamente aprovado e assinado pelas partes convenientes.

1.4. - Constitui objeto do presente Convênio a parceria que se estabelecerá entre o MUNICÍPIO e a ENTIDADE, visando a prestação de serviços de saúde em caráter complementar, através da disponibilização de cirurgias eletivas, dentro das especialidades disponíveis da ENTIDADE e conforme prevê o Plano de Trabalho de Cirurgias eletivas.

1.5. - Os beneficiários das cirurgias eletivas serão estritamente pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS, que estiverem aguardando, em fila de espera junto ao cadastro da Secretaria Municipal da Saúde do MUNICÍPIO, para a realização do procedimento cirúrgico eletivo, custeadas pelo MUNICÍPIO que seguirão sempre que possível os parâmetros da Tabela SUS, tendo parecer e encaminhamento médico.

1.6. - Para efeito deste Convênio, procedimento cirúrgico eletivo é todo aquele atendimento prestado ao usuário em ambiente cirúrgico, com diagnostico estabelecido e indicação de realização cirúrgica, a ser realizada em serviço de saúde ambulatorial/hospitalar com possibilidade de agendamento prévio, sem caráter de urgência ou emergência.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA EXECUÇÃO DOS SERVIÇOS

2.1. - Os serviços referidos na Cláusula Primeira serão executados pela ENTIDADE de acordo com cronograma pré-estabelecido mensalmente e de acordo com o quadro de procedimentos e valores abaixo definidos:

Descrição procedimento	Classificação SIGTAP	Quantidades mensal

SIGTAP: Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos do SUS

Parágrafo Primeiro: Os valores das cirurgias eletivas seguirão sempre que possível os parâmetros da Tabela SUS ou outro parâmetro estabelecido por regulamento.

CLÁUSULA TERCEIRA - DAS NORMAS GERAIS



Prefeitura Municipal de Platina

ESTADO DE SÃO PAULO
CNPJ 44.543.999/0001-90

Platina
Terra querida, plena de humildade e cidadania.
Gestão 2021/2024

Fones: (18) 3354-1171 | 3354-1182 | 3354-1261 | 99632-9019
site: www.platina.sp.gov.br | e-mail: secretaria@platina.sp.gov.br

3.1. - Os serviços conveniados serão prestados diretamente por profissionais do estabelecimento da ENTIDADE.

3.2. - A ENTIDADE, não poderá cobrar das pessoas os atendimentos que forem prestados nos termos deste Convênio.

3.3. - É de responsabilidade exclusiva e integral da ENTIDADE a utilização de pessoal para a execução do objeto deste Convênio, incluídos os encargos trabalhistas, previdenciários, sociais, fiscais e comerciais resultantes de vínculo empregatício, cujo ônus e obrigações, em nenhuma hipótese, poderão ser transferidas para o MUNICÍPIO, e ainda, a prestação de serviços conveniados não implica vínculo empregatício, nem exclusividade de colaboração entre o MUNICÍPIO e a ENTIDADE.

3.4. - Todas as comunicações serão consideradas como regularmente efetuadas, se entregues mediante protocolo, ou remetidas por telegrama, fax ou correio eletrônico devidamente comprovado por conta, nos endereços dos partícipes.

3.5. - Será encaminhada à Entidade a documentação de autorização para cada cirurgia eletiva, conforme Plano de Trabalho anexo.

CLÁUSULA QUARTA - DAS OBRIGAÇÕES E COMPETÊNCIAS DO MUNICÍPIO

4.1. - Caberá ao MUNICÍPIO:

a) Elaborar todos os documentos necessários a implementação das cirurgias eletivas, objeto deste Convênio em conformidade com a legislação aplicável;

b) Providenciar e custear os exames pré-operatórios;

c) Analisar as prestações de contas da ENTIDADE;

d) Efetuar avaliação, controle e fiscalização através de técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, mediante procedimento de supervisão indireta ou local, os quais observarão o cumprimento das cláusulas e condições estabelecidas neste Convênio;

e) Proceder com a auditoria das contas apresentadas e emitir parecer autorizando o pagamento à entidade;



Prefeitura Municipal de Platina

ESTADO DE SÃO PAULO
CNPJ 44.543.999/0001-90

Platina
Terra querida, plena de humildade e cidadania.
Gestão 2021/2024

Fones: (18) 3354-1171 | 3354-1182 | 3354-1261 | 99632-9019

site: www.platina.sp.gov.br | e-mail: secretaria@platina.sp.gov.br

f) Comunicar a ENTIDADE, 30 (trinta) dias antes do término da vigência deste Convênio, sobre o interesse ou desinteresse do MUNICÍPIO em efetuar a prorrogação do mesmo.

g) Apresentar junto à ENTIDADE, em tempo hábil, a documentação e qualificação do paciente para a realização da cirurgia.

h) Custear a consulta de avaliação pré-cirúrgica no valor de uma tabela SUS.

CLÁUSULA QUINTA - OBRIGAÇÕES E COMPETÊNCIAS DA ENTIDADE

5.1. - Caberá à ENTIDADE:

- a) Cumprir as metas de atendimentos previstas no Plano de Trabalho anexo;
- b) Prestar serviços de saúde através da disponibilidade de cirurgias eletivas, respeitando as especialidades e os valores previstos, especificados no presente Convênio, nas Cláusulas 2.1 e 6.1 deste termo;
- c) Encaminhar, mensalmente, a Prefeitura Municipal de Platina a prestação de contas conforme item "a" da Cláusula "V" do Plano de Trabalho anexo;
- d) Manter sempre atualizado o registro dos procedimentos realizados às pessoas atendidas, em fichas ou pastas individuais, pelo prazo mínimo de 5 (cinco) anos e à disposição dos agentes públicos;
- e) Atender todas as pessoas com dignidade e respeito, de modo universal e igualitário, mantendo-se sempre a qualidade nestes atendimentos;
- f) Notificar ao MUNICÍPIO e à Secretaria Municipal de Saúde sobre eventual alteração de sua direção;
- g) Manter as dependências físicas em perfeito estado de conservação, higiene e funcionamento;
- h) Permitir e facilitar o acesso de representante do MUNICÍPIO a todos os documentos relativos à execução do objeto deste convênio, principalmente no que se refere aos procedimentos/prontuários médicos, bem como prestar todas e quaisquer informações solicitadas.



Prefeitura Municipal de Platina

ESTADO DE SÃO PAULO
CNPJ 44.543.999/0001-90

Platina
Terra querida, plena de humildade e cidadania.
Gestão 2021/2024

Fones: (18) 3354-1171 | 3354-1182 | 3354-1261 | 99632-9019
site: www.platina.sp.gov.br | e-mail: secretaria@platina.sp.gov.br

CLÁUSULA SEXTA - DO VALOR DOS RECURSOS E PAGAMENTO

6.1. - O valor do presente convênio fica estimado em até R\$ XXX (XXX) por ano, pagos em parcelas mensais conforme relatórios das cirurgias eletivas efetivamente realizadas entre a data da assinatura deste termo até xx de xxx de 20XX.

Parágrafo único: Ocorrendo complicações ou intercorrências que alterem o valor das cirurgias contratadas, devido ao aumento de materiais utilizados durante a cirurgia, ou necessidade de utilização da Unidade de Terapia Intensiva (UTI), desde que devidamente justificadas, os valores excedentes serão pagos no mês subsequente.

6.2. - O pagamento pelos serviços prestados pela ENTIDADE objeto deste Convênio será pago em até 05 (cinco) dias úteis, após a Secretaria Municipal de Saúde de Platina, ter recebido da ENTIDADE a prestação de contas referente aos procedimentos realizados no período apurado, conforme itens "a" e "b" da Cláusula "VI" do Plano de Trabalho.

6.3. - Caso seja identificado, durante a avaliação das contas apresentadas pela ENTIDADE, alguma ressalva, o pagamento do recurso relativo a essa ressalva somente será efetuado depois de sanadas as inconsistências apuradas. O pagamento das demais cirurgias será realizado no prazo do Convênio.

6.4. - Na prestação de contas deverá obrigatoriamente constar o nome do paciente atendido, bem como o procedimento realizado.

CLÁUSULA SÉTIMA - DA FISCALIZAÇÃO

7.1. - O controle e a fiscalização da execução do presente Convênio incumbirão pelo MUNICÍPIO, a Secretaria Municipal de Saúde, e pela ENTIDADE, ao seu(sua) Provedor(a) ou representante legal designado.

CLÁUSULA OITAVA - DA VIGÊNCIA

8.1. - O presente Convênio terá vigência até xx de xxxx de 20xx, prorrogável a critério dos partícipes, através de termos de aditamento, respeitando o limite máximo total permitido entre as partes.



Prefeitura Municipal de Platina

ESTADO DE SÃO PAULO
CNPJ 44.543.999/0001-90

Platina

Terra querida, plena de humildade e cidadania.
Gestão 2021/2024

Fones: (18) 3354-1171 | 3354-1182 | 3354-1261 | 99632-9019
site: www.platina.sp.gov.br | e-mail: secretaria@platina.sp.gov.br

8.2. – Expirado o prazo de vigência, e na hipótese de não haver renovação do presente Convênio por meio de aditivo ou por meio da celebração de novo Convênio, ou na hipótese de rescisão antecipada do presente Convênio, o MUNICÍPIO deverá continuar efetivando o pagamento dos valores devidos pelos serviços que foram efetivamente prestados pela ENTIDADE no decorrer da vigência contratual, até a quitação integral dos valores devidos à ENTIDADE, respeitando-se o teto mensal de pagamentos estabelecido no Cláusula “6.1” supra.

CLÁUSULA NONA - DA DENÚNCIA, DA RESCISÃO E DA EXTINÇÃO

9.1. - O presente Convênio, além da expiração natural de sua vigência, poderá ser rescindido, por infração legal ou descumprimento de suas Cláusulas, ou denunciado, por desinteresse unilateral ou consensual, mediante notificação prévia de 30 (trinta) dias, respondendo cada partícipe, em qualquer hipótese, pelas obrigações assumidas até a data do rompimento do acordo, ou pela superveniência de norma legal ou fato que o torne material ou formalmente inexecutável.

9.2. - Quando da denúncia, rescisão ou extinção, deverá a ENTIDADE apresentar ao MUNICÍPIO, no prazo de até 30 (trinta) dias, a documentação comprobatória do cumprimento das obrigações assumidas até aquela data. Os valores devidos remanescentes serão quitados pelo MUNICÍPIO, no prazo improrrogável de 10 (dez) dias do evento.

9.3. - Da rescisão em caso de inadimplemento das obrigações assumidas, a parte contrária poderá rescindir este convênio podendo ainda haver rescisão:

I - pelo município:

a) Se os objetivos buscados através do convênio não estiverem sendo realizados satisfatoriamente e com equidade de modo a atender o interesse público;

II - pela ENTIDADE:

a) Se os objetivos buscados através do convênio apresentar em desconformidade com os propósitos e finalidades previstas no seu Estatuto Social;



Prefeitura Municipal de Platina

ESTADO DE SÃO PAULO
CNPJ 44.543.999/0001-90

Platina

Terra querida, plena de humildade e cidadania.
Gestão 2021/2024

Fones: (18) 3354-1171 | 3354-1182 | 3354-1261 | 99632-9019
site: www.platina.sp.gov.br | e-mail: secretaria@platina.sp.gov.br

CLÁUSULA DÉCIMA - DAS ALTERAÇÕES

10.1. - Este Convênio poderá ser aditado e/ou modificado, mediante termo aditivo, por acordo entre as partes, nos casos de acréscimo ou redução do número de atendidos, bem como para suplementar, se necessário, o seu valor, mediante proposta justificada e autorização do representante legal do MUNICÍPIO, desde que não haja modificação no objeto deste termo.

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DISPOSIÇÃO GERAL

11.1. – Independentemente dos procedimentos técnicos que nortearão a prestação dos serviços, objetivando a solução das questões da saúde da população de XXX, a ENTIDADE dará especial atenção a presteza no atendimento, na eficiência, na economicidade e na publicidade, que deverá ser dada aos usuários, da melhor forma para orientá-los.

11.2. – As relações entre as partes far-se-á sempre de forma escrita e protocolada, de modo a se conhecer e dar publicidade de todas as tratativas, não só entre as partes, como, também, a todas as entidades envolvidas no controle dos serviços de saúde no Município, bem como, a população.

CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA - DO FORO

12.1. - Fica eleito o Foro da Comarca de Assis, Estado de São Paulo, para dirimir quaisquer questões resultantes da execução ou interpretação deste Convênio.

E, por estarem de acordo com as Cláusulas e condições ajustadas, firmam o presente Convênio em 03 (três) vias de igual teor, na presença das testemunhas abaixo, para que produza os efeitos legais.

XXXX, ____ de _____ de 2023.

MUNICÍPIO DE XXXX

xxxxx

Prefeito Municipal



Prefeitura Municipal de Platina

ESTADO DE SÃO PAULO
CNPJ 44.543.999/0001-90

Platina
Terra querida, plena de humildade e cidadania.

Gestão 2021/2024

Fones: (18) 3354-1171 | 3354-1182 | 3354-1261 | 99632-9019
site: www.platina.sp.gov.br | e-mail: secretaria@platina.sp.gov.br

ENTIDADE

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

Provedora

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

XXXXX

Secretária Municipal de Saúde

TESTEMUNHAS:

1º _____

2º _____

Nome:

Nome:

RG:

RG: