5º TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO Nº 01/2021, DE 01 DE ABRIL DE 2021

Pelo presente instrumento, de um lado o **MUNICÍPIO DE PROGRESSO,** Pessoa Jurídica de Direito Público, com sede na Rua Quatro de Novembro, 1.150, cidade de Progresso – RS, inscrito no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica - CNPJ, sob nº 92.454.800/0001-09, neste ato representado por seu Prefeito Municipal **Paulo Gilberto Schmitt,** inscrito no CPF sob nº 299.491.490-53, residente e domiciliado na Avenida Gramado, nº 887, centro Progresso – RS, doravante denominado **CONCEDENTE,** e a **SOCIEDADE SULINA DIVINA PROVIDÊNCIA – HOSPITAL SANTA ISABEL,** pessoa jurídica de direito privado, inscrita no Cadastro Nacional da Pessoa Jurídica – CNPJ sob nº 87.317.764/0007-89, com sede na rua Coronel Fett Filho, nº 50, centro, cidade de Progresso – RS, neste ato representada por sua Diretora Institucional **Joana Maria Wailand**, inscrita no CPF sob nº 220.380.609-59, doravante denominada **CONVENENTE** resolvem, de comum acordo, celebrar o presente **ADITIVO CONTRATUAL**, ao Convênio autorizado pela Lei Municipal no. 2.535 de 25 de março de 2021, bem como pela Lei Municipal nº 2633 de 22 de abril de 2022, que reger-se-á pelas normas gerais da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e suas alterações, no que couber, e na melhor forma de direito, acordam, o quanto segue:

CLÁUSULA PRIMEIRA: Da Fundamentação Legal

As Alterações acordadas neste Aditivo tem fundamento legal disposto no artigo 57, Inciso II, da Lei Federal nº 8.666/93, combinado com o disposto na Cláusula Sexta e Décima do Convênio.

CLÁUSULA SEGUNDA: Do Valor

Os recursos financeiros de responsabilidade do CONCEDENTE para atender ao presente convênio são reajustados conforme índice IPCA (5,5963%), aceito pelo CONVENENTE, entendido como valor justo e suficiente para a execução do objeto, obedecidas as disposições normativas e regulamentares referentes à transferência de recursos e seguindo cronograma de aplicação definida no Plano de Trabalho. Ainda referente ao item 4 – Exames de Ecografia, será acrescido o percentual de 25% (vinte e cinco porcento) no valor repassado para suprir a demanda de exames.

1 – Atendimentos de Urgência e Emergência: R$ 774.299,56 (setecentos e setenta e quatro mil duzentos e noventa e nove reais com cinquenta e seis centavos), pagáveis em 12 parcelas mensais no valor de R$ 64.519,13 (sessenta e quatro mil quinhentos e dezenove reais com treze centavos) cada, que foi aceito pelo Hospital Santa Isabel, entendido este como preço justo e suficiente para a total execução do presente objeto.

Os valores repassados nos meses de abril a março do ano seguinte serão destinados R$ 13.742,57 (treze mil e setecentos e quarenta e dois reais com cinquenta e sete centavos) para atendimentos ambulatoriais, internações, procedimentos e laudos hospitalares que serão faturados conforme tabela de valores em anexo, e R$ 50.776,56 (cinquenta mil setecentos e setenta e seis reais com cinquenta e seis centavos) para o custeio do atendimento médico-ambulatorial de urgência/emergência previsto na meta 01, incluindo valores referentes aos honorários dos médicos plantonistas.

2 – Sessões de Fisioterapia: R$ 15,17 (quinze reais com dezessete centavos) por sessão, no valor de até R$ 2.578,90 (dois mil quinhentos e setenta e oito reais com noventa centavos), para suprir a demanda de sessões de fisioterapia referenciadas, até o teto físico de 170 (cento e setenta) sessões mensais, R$ 116,73 (cento e dezesseis reais com setenta e três centavos) mensais para custeio de ações previstas na Descrição das Atividades, Meta 2, item "f". R$ 758,74 (setecentos e cinquenta e oito reais com setenta e quatro centavos) para complementação financeira aos valores referentes às sessões de fisioterapia previstas no Plano Operativo do Contrato 2021.09/2021, às sessões de fisioterapia prestadas aos pacientes internados pelo SUS. R$ 350,19 (trezentos e cinquenta reais com dezenove centavos) mensais para custeio de despesas operacionais e de manutenção da sala de fisioterapia. Totalizando, em 12 meses, o valor de até R$ 45.654,72 (quarenta e cinco mil seiscentos e cinquenta e quatro reais com setenta e dois centavos).

3 – Anestesias: para pagamento de anestesias, em procedimentos efetuados por meio do SUS, será respeitada a Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos (CBHPM), sendo a cobrança unitária realizada conforme o porte do procedimento e valoração prevista, em conformidade com o indicado na tabela a seguir:

PORTE	VALOR
1,2 e 3	R$ 424,05
4	R$ 652,30
5	R$ 938,19
6	R$ 1.269,75

4 – Exames de Ecografia: até R$ 77.041,71 (setenta e sete mil e quarenta e um reais com setenta e um centavos), pagáveis em 12 parcelas mensais e sucessivas de até R$ 6.420,14 (seis mil quatrocentos e vinte reais com quatorze centavos), sendo até R$ 5.836,49 (cinco mil oitocentos e trinta e seis reais com quarenta e nove centavos) para suprir a demanda de exames, que serão faturados de acordo com a tabela de procedimentos em anexo, e R$ 583,65 (quinhentos e oitenta e três reais com sessenta e cinco centavos) para manutenção da sala de exames.

5 – Atendimento médico-ambulatorial de urgência/emergência, quando praticados fora do horário de plantão, mediante solicitação documentada da Secretaria Municipal de Saúde ou na ocorrência de acesso espontâneo via Pronto Atendimento, cuja classificação de risco, conforme Protocolo de Acolhimento com Classificação de Risco, baseado na Escala de Manchester, seja vermelha, será faturado o valor de R$ 175,10 (cento e setenta e cinco reais com dez centavos) por consulta médica;

6 – Laudos excedentes devidamente autorizados pela Secretaria Municipal de Saúde, e para os quais não foi fornecida faixa numérica de Autorização para Internação Hospitalar (AIH), será faturado o valor de 200% (duzentos por cento) da Tabela SUS, conforme procedimento realizado.

7 – Exames laboratoriais - Complementação financeira destinada a realização de exames laboratoriais para pacientes em caráter de internação, ambulatório, observação e/ou Pronto Atendimento, no valor de até R$ 21.277,56 (vinte e um mil duzentos e setenta e sete reais com cinquenta e seis centavos), pagáveis em 12 parcelas mensais e sucessivas de até R$ 1.773,13 (um mil setecentos e setenta e três reais com treze centavos), que serão faturados

conforme necessidade e de acordo com a tabela de procedimentos em anexo. O valor referente a presente cláusula será repassado pela SOCIEDADE ao laboratório de análises clínicas prestador do serviço ao Hospital Santa Isabel, sendo, no momento, o Laboratório Progresso LTDA, inscrito no CNPJ nº 06.115.340/0001-44, ou outro que venha a substituir no decorrer da contratualidade.

8 – Exames automatizados – Repasse de R$ 38.014,68 (trinta e oito mil e quatorze reais com sessenta e oito centavos), pagáveis em 12 parcelas de R$ 3.167,89 (três mil cento e sessenta e sete reais com oitenta e nove centavos) para exames laboratoriais de urgência e emergência nos horários não cobertos pelo laboratório de análises clínicas, através de sistema automatizado com cassete multi-exames. Fica o Convenente responsável por fornecer a Concedente, por este valor, o total de 25 cassetes/mês, totalizando, aproximadamente, 275 exames com custo médio de R$ 11,52 por exame (onze reais com cinquenta e dois centavos). Os exames que ultrapassarem o teto contratado serão faturados individualmente conforme tabela aprovada no plano de trabalho.

CLÁUSULA TERCEIRA: Da Prorrogação de Prazo

Fica prorrogado, o prazo de vigência do Convênio supra citado, pelo período de 01 (um) ano a contar de 01 de abril de 2023.

CLÁUSULA QUARTA: Das demais Disposições

Continuam inalteradas e ficam revigoradas as demais cláusulas e condições ajustadas no Convênio original.

E, por estarem, assim, justos e acordados, os partícipes firmam o presente instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma, para os devidos efeitos legais, tudo na presença de duas testemunhas infra-assinadas, para a produção dos seus legais e jurídicos efeitos.

Gabinete do Prefeito de Progresso/RS, em 27 de março de 2023.

CONTRATANTE
MUNICÍPIO DE PROGRESSO
Paulo Gilberto Schmitt
Prefeito Municipal

CONTRATADA
SOCIEDADE SULINA DIVINA
PROVIDÊNCIA - HOSPITAL SANTA ISABEL
Joana Maria Wailand Joana Maria Wailand
Diretora Institucional
Diretora Institucional
Sociedade Sulina Div. Providência
Hospital Santa Isabel

TESTEMUNHAS: 010.186.990-82