



**MUNICÍPIO DE PINTO BANDEIRA
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

LEI Nº. 612, DE 19 DE JANEIRO DE 2024

Autoriza o Poder Executivo a firmar Termo de Cooperação com o Município de Farroupilha/RS, a fim de viabilizar atendimento médico, ambulatorial e hospitalar – Média Complexidade, aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, residentes no Município de Pinto Bandeira por meio de recursos próprios, com efeitos retroativos a 01 de janeiro de 2024.

O PREFEITO MUNICIPAL DE PINTO BANDEIRA

Faço saber que a Câmara Municipal de Vereadores aprovou e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º Fica o Poder Executivo autorizado firmar Termo de Cooperação com o Município de Farroupilha/RS, a fim de viabilizar atendimento médico, ambulatorial e hospitalar – Média Complexidade, aos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, residentes no Município de Pinto Bandeira, por meio de recursos próprios, com efeitos retroativos a 01 de janeiro de 2024, conforme Termo de Cooperação anexo.

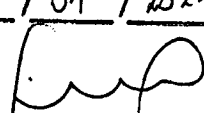
Art. 2º As despesas decorrentes desta Lei serão suportadas por dotações orçamentárias próprias.

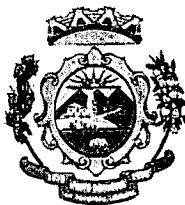
Art. 3º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

GABINETE DO PREFEITO DE PINTO BANDEIRA, aos dezoito dias do mês de janeiro do ano de dois mil e vinte e quatro.


HADAIR FERRARI
Prefeito Municipal

REGISTRADO E PUBLICADO
EM:

19 / 01 / 2024

Josana Lorenzatti Durante
Procuradora-Geral do Município



**MUNICÍPIO DE PINTO BANDEIRA
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

ANEXO ÚNICO

TERMO DE COOPERAÇÃO Nº ____/2024 – MÉDIA COMPLEXIDADE

O **MUNICÍPIO DE PINTO BANDEIRA**, jurídica de direito público, com sede na Rua Sete de Setembro, nº 689, Centro, inscrito no CNPJ sob nº 04.213.671/0001-91 neste ato representado por seu Prefeito Municipal, Sr. Hadair Ferrari, inscrito no CPF nº 312.089.670-53, adiante denominado simplesmente de **COOPERANTE** e o **MUNICÍPIO DE FARROUPILHA**, pessoa jurídica de direito público, com sede na Praça da Emancipação, s/nº, Farroupilha, RS, inscrito no CNPJ sob nº 89.848.949/0001-50, neste ato representado por seu Prefeito Municipal, Sr. Fabiano Feltrin, doravante denominado abreviadamente **COOPERADO**, e o, 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 e demais disposições legais pertinentes, resolvem celebrar presente **TERMO DE COOPERAÇÃO**, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

Constitui objeto do presente **TERMO DE COOPERAÇÃO** a conjunção de esforços entre os partícipes para a viabilização do atendimento médico, ambulatorial e hospitalar a usuários do Sistema Único de Saúde – SUS, residentes no Município de Pinto Bandeira integrando e definindo a participação do **COOPERANTE** na rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços de saúde.

§ 1º. O presente **TERMO DE COOPERAÇÃO** abrange uma base territorial e populacional, conforme Plano Operativo e Programação Pactuada e Integrada – PPI e Plano Diretor de Regionalização – PDR, sendo que os serviços médicos, ambulatoriais e hospitalares serão fornecidos conforme indicações técnicas de planejamento, compatibilizando-se com a demanda e a disponibilidade de recursos financeiros do SUS.

§ 2º. O atendimento aos pacientes encaminhados pelo **COOPERANTE** será realizado na rede ambulatorial e hospitalar conveniada ou contratada com o Município de Farroupilha.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS OBRIGAÇÕES DOS PARTÍCIPES

Para a consecução dos objetivos:

I. são obrigações do **COOPERADO**:

a) disponibilizar os procedimentos a seguir especificados no Anexo, aos pacientes encaminhados pelo **COOPERANTE** por meio da Central de Regulação do **COOPERADO**, dentro dos limites definidos por este na sua capacidade instalada, pactuada, contratada e disponível mensalmente;

b) manter convênio ou contrato com serviços ambulatoriais e hospitalares, de modo a disponibilizá-lo ao **COOPERANTE**;

c) encaminhar ao **COOPERANTE** relatório mensal de atendimentos; e



**MUNICÍPIO DE PINTO BANDEIRA
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

d) coordenar, fiscalizar, acompanhar e avaliar a execução do presente TERMO DE COOPERAÇÃO.

II. São obrigações do COOPERANTE:

- a) efetuar os repasses financeiros mensais ao COOPERADO, conforme estabelecido na cláusula terceira deste instrumento;
- b) acompanhar e avaliar a execução do presente TERMO DE COOPERAÇÃO;
- c) cumprir os prazos e as demais regras estabelecidas pelo SUS, por meio do COOPERADO.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO VALOR O COOPERANTE

O COOPERANTE repassará mensalmente ao COOPERADO, até o dia 10 de cada mês, os recursos financeiros equivalentes aos serviços prestados entre os COOPERANTES, sendo que a tabela relativa a cada procedimento, está anexada a este instrumento configurando-se como parte integrante.

§1º. Municípios da Região 26: pagam o valor do cofinanciamento constante na tabela anexa;

§2º. Municípios da Região 25: pagam o valor total constante na tabela anexa;

§3º Ocorrendo eventual atraso de pagamento provocado exclusivamente pelo COOPERANTE, nos termos do artigo 8º, I, da Lei Municipal nº 4.791/2022, sobre o valor em atraso, será aplicada multa de 2% (dois por cento) e correção monetária do valor conforme taxa IPCA-E, sendo ainda devidos juros de mora de acordo com a remuneração da Caderneta de Poupança.

CLÁUSULA QUARTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas decorrentes deste TERMO DE COOPERAÇÃO serão suportadas por dotações orçamentárias próprias de cada partícipe, de acordo com as obrigações e responsabilidades assumidas neste instrumento.

CLÁUSULA QUINTA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA

O presente TERMO DE COOPERAÇÃO terá vigência a partir de 01 de janeiro de 2024 até 31 de dezembro de 2024, podendo ser prorrogado por sucessivos períodos, a critério dos partícipes, até o limite máximo previsto em lei.

CLÁUSULA SEXTA – DA DENÚNCIA E DA RESCISÃO

Este TERMO DE COOPERAÇÃO poderá ser rescindido pelo descumprimento de quaisquer de suas cláusulas, pela superveniência de normas legais ou razões de interesse público que o tornem formal ou materialmente inexecutável ou, ainda, mediante prévio aviso, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

Parágrafo Único. A rescisão deste instrumento não quita eventuais débitos do COOPERANTE para com o COOPERADO.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA PUBLICIDADE O COOPERANTE

O COOPERANTE publicará extrato deste TERMO DE COOPERAÇÃO.



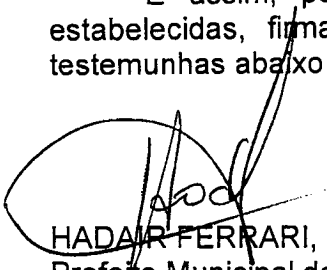
**MUNICÍPIO DE PINTO BANDEIRA
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL**

CLÁUSULA OITAVA – DO FORO

Fica eleito o foro da Comarca de Farroupilha – RS, para dirimir eventuais questões resultantes deste TERMO DE COOPERAÇÃO.

E assim, por estarem em pleno acordo com as cláusulas e condições estabelecidas, firmam o presente TERMO DE COOPERAÇÃO, na presença das testemunhas abaixo firmadas, para que surtam os devidos e legais efeitos.

Pinto Bandeira, ____ de janeiro de 2024.



HADAIR FERRARI,

Prefeito Municipal de Pinto Bandeira.

FABIANO FELTRIN

Prefeito Municipal de Farroupilha.

TESTEMUNHAS:

1)

2)



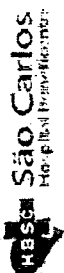
CONFIRMAÇÃO: RITO DE GUINHA – RELAÇÃO PSICOMÉTRICOS CONFIRMAÇÃO DE MÉDIA COMPLETUDE – VIGILÂNCIA 2024

[illegible]



MUNICÍPIO DE PINTO BANDEIRA
ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL

HOSPITAL BENEFICENTE SÃO CARLOS
CONTRATAMENTO REGIONAL - RELATÓRIO PROCEDIMENTOS ORÇAMENTOS DE MÉDIA COMPLEXIDADE - VIGÊNCIA 2024



UNIDADE	TIPO DE ATENDIMENTO	CÓDIGO	PROCEDIMENTO	VALOR PROCEDIMENTO	CONTRATAMENTO REGIONAL	TOTAL DO PROCEDIMENTO	RELAÇÃO A SUSP
010	0101012	04.01.01.01.2	AMIOCALISTOMIA / ADENECTOMIA	317,23	2.804,91	3.122,13	9
010	0101013	04.01.01.01.3	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	319,24	2.891,49	3.210,73	9
010	0101014	04.01.01.01.4	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	318,68	2.861,15	3.179,83	9
010	0101015	04.01.01.01.5	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	318,15	2.851,86	3.169,99	9
010	0101016	04.01.01.01.6	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	317,62	2.842,57	3.160,19	9
010	0101017	04.01.01.01.7	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	317,09	2.833,28	3.150,37	9
010	0101018	04.01.01.01.8	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	316,56	2.823,99	3.140,55	9
010	0101019	04.01.01.01.9	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	316,03	2.814,70	3.130,73	9
010	0101020	04.01.01.02.0	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	315,50	2.805,41	3.120,91	9
010	0101021	04.01.01.02.1	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	314,97	2.796,12	3.111,09	9
010	0101022	04.01.01.02.2	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	314,44	2.786,83	3.101,27	9
010	0101023	04.01.01.02.3	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	313,91	2.777,54	3.091,45	9
010	0101024	04.01.01.02.4	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	313,38	2.768,25	3.081,63	9
010	0101025	04.01.01.02.5	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	312,85	2.758,96	3.071,81	9
010	0101026	04.01.01.02.6	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	312,32	2.749,67	3.061,99	9
010	0101027	04.01.01.02.7	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	311,79	2.740,38	3.052,17	9
010	0101028	04.01.01.02.8	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	311,26	2.731,09	3.042,35	9
010	0101029	04.01.01.02.9	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	310,73	2.721,80	3.032,53	9
010	0101030	04.01.01.03.0	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	310,20	2.712,51	3.022,71	9
010	0101031	04.01.01.03.1	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	309,67	2.703,22	3.012,89	9
010	0101032	04.01.01.03.2	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	309,14	2.693,93	3.003,07	9
010	0101033	04.01.01.03.3	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	308,61	2.684,64	2.993,25	9
010	0101034	04.01.01.03.4	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	308,08	2.675,35	2.983,43	9
010	0101035	04.01.01.03.5	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	307,55	2.666,06	2.973,61	9
010	0101036	04.01.01.03.6	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	307,02	2.656,77	2.963,79	9
010	0101037	04.01.01.03.7	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	306,49	2.647,48	2.953,97	9
010	0101038	04.01.01.03.8	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	305,96	2.638,19	2.944,15	9
010	0101039	04.01.01.03.9	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	305,43	2.628,90	2.934,33	9
010	0101040	04.01.01.04.0	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	304,90	2.619,61	2.924,51	9
010	0101041	04.01.01.04.1	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	304,37	2.610,32	2.914,69	9
010	0101042	04.01.01.04.2	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	303,84	2.601,03	2.904,87	9
010	0101043	04.01.01.04.3	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	303,31	2.591,74	2.895,05	9
010	0101044	04.01.01.04.4	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	302,78	2.582,45	2.885,23	9
010	0101045	04.01.01.04.5	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	302,25	2.573,16	2.875,41	9
010	0101046	04.01.01.04.6	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	301,72	2.563,87	2.865,59	9
010	0101047	04.01.01.04.7	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	301,19	2.554,58	2.855,77	9
010	0101048	04.01.01.04.8	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	300,66	2.545,29	2.845,95	9
010	0101049	04.01.01.04.9	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	300,13	2.536,00	2.836,13	9
010	0101050	04.01.01.05.0	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	299,60	2.526,71	2.826,31	9
010	0101051	04.01.01.05.1	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	299,07	2.517,42	2.816,49	9
010	0101052	04.01.01.05.2	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	298,54	2.508,13	2.806,67	9
010	0101053	04.01.01.05.3	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	298,01	2.498,84	2.796,85	9
010	0101054	04.01.01.05.4	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	297,48	2.489,55	2.787,03	9
010	0101055	04.01.01.05.5	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	296,95	2.480,26	2.777,21	9
010	0101056	04.01.01.05.6	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	296,42	2.470,97	2.767,39	9
010	0101057	04.01.01.05.7	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	295,89	2.461,68	2.757,57	9
010	0101058	04.01.01.05.8	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	295,36	2.452,39	2.747,75	9
010	0101059	04.01.01.05.9	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	294,83	2.443,10	2.737,93	9
010	0101060	04.01.01.06.0	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	294,30	2.433,81	2.728,11	9
010	0101061	04.01.01.06.1	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	293,77	2.424,52	2.718,29	9
010	0101062	04.01.01.06.2	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	293,24	2.415,23	2.708,47	9
010	0101063	04.01.01.06.3	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	292,71	2.405,94	2.698,65	9
010	0101064	04.01.01.06.4	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	292,18	2.396,65	2.688,83	9
010	0101065	04.01.01.06.5	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	291,65	2.387,36	2.679,01	9
010	0101066	04.01.01.06.6	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	291,12	2.378,07	2.669,19	9
010	0101067	04.01.01.06.7	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	290,59	2.368,78	2.659,37	9
010	0101068	04.01.01.06.8	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	290,06	2.359,49	2.649,55	9
010	0101069	04.01.01.06.9	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	289,53	2.350,20	2.639,73	9
010	0101070	04.01.01.07.0	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	288,99	2.340,91	2.629,91	9
010	0101071	04.01.01.07.1	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	288,46	2.331,62	2.620,09	9
010	0101072	04.01.01.07.2	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	287,93	2.322,33	2.610,27	9
010	0101073	04.01.01.07.3	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	287,40	2.313,04	2.600,45	9
010	0101074	04.01.01.07.4	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	286,87	2.303,75	2.590,63	9
010	0101075	04.01.01.07.5	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	286,34	2.294,46	2.580,81	9
010	0101076	04.01.01.07.6	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	285,81	2.285,17	2.570,99	9
010	0101077	04.01.01.07.7	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	285,28	2.275,88	2.561,17	9
010	0101078	04.01.01.07.8	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	284,75	2.266,59	2.551,35	9
010	0101079	04.01.01.07.9	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	284,22	2.257,30	2.541,53	9
010	0101080	04.01.01.08.0	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	283,69	2.248,01	2.531,71	9
010	0101081	04.01.01.08.1	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	283,16	2.238,72	2.521,89	9
010	0101082	04.01.01.08.2	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	282,63	2.229,43	2.512,07	9
010	0101083	04.01.01.08.3	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	282,10	2.220,14	2.502,25	9
010	0101084	04.01.01.08.4	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	281,57	2.210,85	2.492,43	9
010	0101085	04.01.01.08.5	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	281,04	2.201,56	2.482,61	9
010	0101086	04.01.01.08.6	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	280,51	2.192,27	2.472,79	9
010	0101087	04.01.01.08.7	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	279,98	2.182,98	2.462,97	9
010	0101088	04.01.01.08.8	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	279,45	2.173,69	2.453,15	9
010	0101089	04.01.01.08.9	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	278,92	2.164,40	2.443,33	9
010	0101090	04.01.01.09.0	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	278,39	2.155,11	2.433,51	9
010	0101091	04.01.01.09.1	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	277,86	2.145,82	2.423,69	9
010	0101092	04.01.01.09.2	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	277,33	2.136,53	2.413,87	9
010	0101093	04.01.01.09.3	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	276,80	2.127,24	2.404,05	9
010	0101094	04.01.01.09.4	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	276,27	2.117,95	2.394,23	9
010	0101095	04.01.01.09.5	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	275,74	2.108,66	2.384,41	9
010	0101096	04.01.01.09.6	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	275,21	2.099,37	2.374,59	9
010	0101097	04.01.01.09.7	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	274,68	2.090,08	2.364,77	9
010	0101098	04.01.01.09.8	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	274,15	2.080,79	2.354,95	9
010	0101099	04.01.01.09.9	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	273,62	2.071,50	2.345,13	9
010	0101100	04.01.01.10.0	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	273,09	2.062,21	2.335,31	9
010	0101101	04.01.01.10.1	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	272,56	2.052,92	2.325,49	9
010	0101102	04.01.01.10.2	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	272,03	2.043,63	2.315,67	9
010	0101103	04.01.01.10.3	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	271,50	2.034,34	2.305,85	9
010	0101104	04.01.01.10.4	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	270,97	2.025,05	2.296,03	9
010	0101105	04.01.01.10.5	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	270,44	2.015,76	2.286,21	9
010	0101106	04.01.01.10.6	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	269,91	2.006,47	2.276,39	9
010	0101107	04.01.01.10.7	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	269,38	1.997,18	2.266,57	9
010	0101108	04.01.01.10.8	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	268,85	1.987,89	2.256,75	9
010	0101109	04.01.01.10.9	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	268,32	1.978,60	2.246,93	9
010	0101110	04.01.01.11.0	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	267,79	1.969,31	2.237,11	9
010	0101111	04.01.01.11.1	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	267,26	1.960,02	2.227,29	9
010	0101112	04.01.01.11.2	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	266,73	1.950,73	2.217,47	9
010	0101113	04.01.01.11.3	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	266,20	1.941,44	2.207,65	9
010	0101114	04.01.01.11.4	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	265,67	1.932,15	2.197,83	9
010	0101115	04.01.01.11.5	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	265,14	1.922,86	2.188,01	9
010	0101116	04.01.01.11.6	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	264,61	1.913,57	2.178,19	9
010	0101117	04.01.01.11.7	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	264,08	1.904,28	2.168,37	9
010	0101118	04.01.01.11.8	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	263,55	1.894,99	2.158,55	9
010	0101119	04.01.01.11.9	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	263,02	1.885,70	2.148,73	9
010	0101120	04.01.01.12.0	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	262,49	1.876,41	2.138,91	9
010	0101121	04.01.01.12.1	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	261,96	1.867,12	2.129,09	9
010	0101122	04.01.01.12.2	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	261,43	1.857,83	2.119,27	9
010	0101123	04.01.01.12.3	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	260,90	1.848,54	2.109,45	9
010	0101124	04.01.01.12.4	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	260,37	1.839,25	2.099,63	9
010	0101125	04.01.01.12.5	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	259,84	1.829,96	2.089,81	9
010	0101126	04.01.01.12.6	AMIOCALISTOMIA UNILATERAL	259,31	1.820,67	2.080,00	9
010	0101127	04.01.01.12.7	AMIOCALISTOMIA BILATERAL	258,74			