



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA ROSA DE LIMA  
GABINETE DO PREFEITO**

**TERMO DE CONVÊNIO DE CONCESSÃO DE AUXÍLIO FINANCEIRO**



**Convênio nº. 02/2022  
De 09 de fevereiro de 2022.**

**CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM, DE UM LADO A MUNICÍPIO DE SANTA ROSA DE LIMA/SC, ATRAVES DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, GESTORA DO SUS MUNICIPAL E A ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE SANTA TERESINHA HOSPITAL SANTA TERESINHA VISANDO AO DESENVOLVIMENTO CONJUNTO DE AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE NO ÂMBITO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE SUS.**

Pelo presente instrumento, de um lado o **MUNICÍPIO DE SANTA ROSA DE LIMA/SC**, representado neste ato pelo Senhor **SALÉSIO WIEMES** Prefeito Municipal, portador do CPF nº. 767.649.829-53 e pela Senhora **SIUZETE VANDRESEN BAUMANN**, Secretária Municipal de Saúde,

---

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA ROSA DE LIMA  
RUA 10 DE MAIO Nº 80  
SANTA ROSA DE LIMA/SC 88.763-000 – CENTRO  
FONE: (48) 3654.00077

  
  
Página 1 de 6



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA ROSA DE LIMA**  
**GABINETE DO PREFEITO**

portadora do CPF nº. 472.530.029-20, na qualidade de gestora do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**, doravante denominada Simplesmente de **MUNICÍPIO**, e de outro lado, a **ASSOCIAÇÃO BENEFICIENTE SANTA TERESINHA**, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ sob nº 86.437.845/0001-64, entidade de fins filantrópicos, doravante denominada abreviamente **HOSPITAL**, representada neste ato por seu Presidente Senhor **PEDRO MICHELS NETO**, portador do CPF Nº. 915.763.349-53, Residente e domiciliado no Município de Braço do Norte/SC considerando a necessidade de implementar, um sistema de saúde que priorize uma assistência humanizada e valorize a atenção integral à saúde da população, e em atendimento e cumprimento do termo de conduta pactuado com a referida instituição, Ministério Público e os demais Municípios e autorizado pela *Lei Municipal nº.2.370/22 de 09 de fevereiro de 2022*, resolve celebrar o presente **CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO**, nos termos que dispõem a Lei nº. 8.080/90, Art. 24 e seguintes e Portarias MS nº. 1.695, de 23/09/94 e 1.044/MG, de 01/06/2004, e de comum acordo as cláusulas e condições a seguir:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

O presente Convênio tem por objeto estabelecer, em regime de cooperação mútua entre os participantes, o desenvolvimento de ações e serviços de saúde no âmbito do Sistema único de Saúde, de forma complementar para a manutenção dos serviços sobreaviso médico nas especialidades de clínica médica, ginecológica e obstétrica, pediatria, cirurgia geral, anestesiologia e ortopedia atendimento a população do Município de Santa Rosa de Lima/SC, seguindo os princípios e diretrizes do SUS, de forma gratuita e integral, na área de urgência e emergência, além de outras despesas e serviços especificados no Plano de Aplicação.

§1º. O presente convênio compreende a atuação coordenada dos Convenientes para a realização de procedimentos hospitalares e ambulatoriais definidos no



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA ROSA DE LIMA  
GABINETE DO PREFEITO**

Plano de Trabalho e condição de sua eficácia, elaborado de acordo com as regras definidas pelas partes convenientes.

§2º. O **HOSPITAL** compromete-se a integrar o sistema de referência e contra referência estabelecida pelo **MUNICÍPIO** que compreende a Estratégia de Saúde da Família, a Rede Básica e as entidades de maior complexidade localizadas no município de Santa Rosa de Lima, conforme estabelecido no Plano Municipal de saúde.

## **CLÁUSULA SEGUNDA – DOS ENCARGOS**

### **Constituem encargos dos convenientes:**

#### **I – Dos encargos comuns:**

1. Elaboração do Plano de Trabalho;
2. Avaliação periodicamente os resultados deste convênio; e
3. Compor a Comissão de Acompanhamento do Convênio.

#### **II – Dos encargos do MUNICÍPIO:**

1. Repassa os recursos que financiarão este convênio;
2. Acompanhar e fiscalizar a operacionalização das ações e Atividades conveniadas;
3. Apresentar trimestralmente ao Conselho Municipal de Saúde os resultados de avaliação, bem como a prestação de contas realizadas pelo **HOSPITAL**.
4. Criar a Comissão de Acompanhamento do Convênio.

#### **III – Dos encargos do HOSPITAL:**

1. Prestar serviços ambulatoriais e de apoio diagnóstico, terapêutico, hospitalar, definidos no Plano de Trabalho;
2. Fornecer a necessidade infra-estrutura à realização dos procedimentos conveniados;
3. Alimentar sistematicamente os sistemas de informações do SUS;



**ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA ROSA DE LIMA**  
**GABINETE DO PREFEITO**

4. Apresentar planilhas de receita/despesa elaborada de acordo com orientação do **MUNICÍPIO** a ser apresentada à comissão de acompanhamento do convênio.
5. Todos os serviços aqui conveniados ficarão sob a regulação do gestor municipal da saúde.

**O HOSPITAL se compromete, ainda, a:**

- 1) Afixar aviso, em local visível, de sua condição de integrante do SUS e da gratuidade dos serviços prestados a população do Município de Santa Rosa de Lima;
- 2) Justificar ao paciente ou seu representante, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato profissional prevista neste convênio e enviar, mensalmente, ao **MUNICÍPIO**, cópia da justificativa da não realização;
- 3) Aderir à política de humanização do Sistema Único de Saúde;
- 4) Esclarecer aos pacientes sobre seus direitos e serviços oferecidos;
- 5) Notificar o **MUNICÍPIO** sobre eventuais alterações em seus estatutos ou sua diretoria, enviando-lhe, no prazo de 30 (trinta) dias, contados da data do registro da alteração, cópia autenticadas dos documentos com as respectivas mudanças;
- 6) Disponibilizar informações atualizadas conforme a lógica de regulação do gestor do SUS;
- 7) Participar dos mecanismos de referência /contra referência, elaboradas pelo gestor local SUS.

**Parágrafo Único** – A cobrança de valores dos pacientes atendidos por este convênio, sob qualquer pretexto, constitui falta gravíssima, a ser denunciada aos órgãos competentes para as devidas providencias, além daquelas adotadas pelo **MUNICÍPIO**.



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA ROSA DE LIMA  
GABINETE DO PREFEITO**

**CLAUSULA TERCEIRA – DA COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO DO CONVÊNIO.**

A comissão de acompanhamento do Convênio será criada pelo **MUNICÍPIO**, sendo composta por 6 (seis) representantes, assim especificados: 2 (dois) representantes do **MUNICÍPIO**, 2 (dois) representantes do **HOSPITAL**, 2 (dois) representantes do Conselho Municipal de Saúde do Município de Santa Rosa de Lima/SC.

**CLÁUSULA QUARTA - DO VALOR DO REPASSE**

O **MUNICIPIO** repassara ao **HOSPITAL**, o valor de R\$ 48.724,80 (quarenta e oito mil setecentos e vinte e quatro reais e oitenta centavos) durante o exercício de 2022.

**Parágrafo Único** - o valor do repasse descrito no parágrafo anterior será de R\$ 48.724,80 (quarenta e oito mil setecentos e vinte e quatro reais e oitenta centavos), o qual será dividido em 12 (doze) parcelas iguais, no valor de R\$ 4.060,40 (quatro mil e sessenta reais e quarenta centavos), cada parcela.

**CLÁUSULA QUINTA - DO PRAZO DE VALIDADE DO CONVÊNIO:**

A vigência do presente convênio inicia-se na data da sua assinatura com término em 31/12/2022.

**CLÁUSULA SEXTA - DA RESCISÃO CONTRATUAL:**

A rescisão do presente convênio ocorrerá nos casos previstos na legislação pátria.

**CLÁUSULA SÉTIMA - DO FORO:**



**ESTADO DE SANTA CATARINA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA ROSA DE LIMA  
GABINETE DO PREFEITO**

As partes elegem o foro da comarca de Braço do Norte/SC, como o único e de exclusiva competência para o deslinde de qualquer questão emergente do presente convênio, com renúncia de qualquer outro por mais privilegiado que seja.

Município de Santa Rosa de Lima/SC em 09 de fevereiro de 2022

**SALÉSIO WIEMES  
PREFEITO MUNICIPAL**

**SIUZETE VANDRESEN BAUMANN  
SECRETÁRIA DA SAÚDE**

PEDRO MICHELS NETO Assinado de forma digital por PEDRO MICHELS NETO  
Dados: 2022.02.14 10:14:08 -03'00'

**PEDRO MICHELS NETO  
PRESIDENTE**

Testemunhas: 1)

**PATRICIA RODRIGUES BUSS** Assinado eletronicamente por PATRICIA RODRIGUES BUSS  
CPF: 04641219001786, CN: AC - Santa Rosa de Lima, SC  
CNPJ: 09.119.000/1786, CN: Pessoa Física, CN: Assinatura Tipo A2  
AP: CN=PATRICIA RODRIGUES BUSS  
Pessoa Física, CN: Assinatura Tipo A2  
Data: 2022.02.14 09:43:39  
Localização: rua fazenda de assunção 847  
Cidade: SANTA ROSA DE LIMA, SC  
Formato: PDF versão: 1.0.2.3

2)

**VITOR HUGO ABITANTE** Assinado de forma digital por VITOR HUGO ABITANTE  
Dados: 2022.02.14 09:43:41 -03'00'

**LAURO NICOLADELI NETTO**

Assinado de forma digital por LAURO NICOLADELI NETTO  
Dados: 2022.02.11 10:10:37 -03'00'

**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA ROSA DE LIMA  
RUA 10 DE MAIO Nº 80  
SANTA ROSA DE LIMA/SC 88.763-000 – CENTRO  
FONE: (48) 3654.00077**