

**LEI Nº 330/99**

***“Autoriza a celebração de convênio entre a Prefeitura do Município de Bertioga e planos de saúde privados e dá outras providências”.***

Arquiteto **LUIZ CARLOS RACHID**, Prefeito do Município de Bertioga, faço saber que a Câmara Municipal de Bertioga aprovou em Sessão realizada no dia 23 de fevereiro de 1999 e eu sanciono e promulgo a seguinte Lei,

**Art. 1º.** Fica autorizado o Executivo a celebrar convênio com empresas privadas de assistência médica, para atendimento dos beneficiários dos respectivos planos de saúde na Unidade Hospitalar Mista, Pronto Socorro, Centros e Postos de Saúde do Município.

**Art. 2º.** O Convênio se efetivará mediante termo, o qual estabelecerá suas condições e será firmado entre a Prefeitura do Município de Bertioga e cada uma das empresas privadas interessadas, na medida do interesse e da conveniência da Administração.

**Parágrafo Único.** A Minuta de Convênio anexa faz parte integrante como Anexo I desta Lei.

**Art. 3º.** Fica o Executivo obrigado a zelar pelo fiel cumprimento dos termos do convênio e a manter seu escopo inicial, coibindo qualquer ato que o descaracterize, sob pena de responsabilização.

**Art. 4º.** Esta Lei entrará em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Bertioga, 04 de março de 1999.

Arquiteto **LUIZ CARLOS RACHID**  
Prefeito do Município

Registrado no Livro Competente  
e Publicado no Quadro de Editais  
da Secretaria de Administração,  
Finanças e Jurídico

**MINUTA DE CONVÊNIO**

**“Termo de convênio que entre si formalizam a prefeitura do município de Bertiooga e o \_\_\_\_\_, objetivando prestação de serviços médicos e hospitalares.”**

Pelo presente termo, de um lado a PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE BERTIOGA, com sede a Rua Luiz Pereira de Campos, 901, aqui representada por seu Prefeito, Arquiteto **LUIZ CARLOS RACHID**, portador do R.G. nº 6.387.297-3 e CPF/MF nº 505.720.328-20, devidamente autorizado pela Lei Municipal nº 245/97, de 03 de outubro de 1997, neste ato denominada **PREFEITURA**, e de outro lado \_\_\_\_\_, inscrita CGC sob nº \_\_\_\_\_, com sede à \_\_\_\_\_, representado neste ato por \_\_\_\_\_, portador do RG nº \_\_\_\_\_ e CPF/MF nº \_\_\_\_\_, neste ato denominado \_\_\_\_\_, conforme o que ficou decidido no processo nº \_\_\_\_\_, resolvem firmar convênio, consubstanciado nas seguintes cláusulas:

### **CLÁUSULA PRIMEIRA Do Objeto**

Por este instrumento a PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE BERTIOGA, se compromete a prestar aos beneficiados indicados pela \_\_\_\_\_ (nome do Plano de Saúde), serviços de assistência à saúde, nas áreas: Hospitalar, Pronto Socorro, Maternidade e Serviços Auxiliares de Diagnóstico e Terapia, na forma e condições estipuladas neste termo.

### **CLÁUSULA SEGUNDA Dos Beneficiários**

São considerados beneficiários, para efeitos deste convênio, todas as pessoas regularmente inscritas nos planos de saúde \_\_\_\_\_ (nome do Plano de Saúde).

#### **Parágrafo Único.** Da Identificação

Para a efetiva prestação dos serviços objeto deste convênio, os beneficiários deverão apresentar à **PREFEITURA**, os seguintes documentos:

- a) cédula de identificação do plano \_\_\_\_\_ (nome do Plano de Saúde);
- b) documento de identificação, com foto (RG, CTPS, ECT.);

### **CLÁUSULA TERCEIRA**

#### **Do Atendimento**

O atendimento dos beneficiários pela PREFEITURA, independentemente do padrão de seu plano com a \_\_\_\_\_ (nome do Plano de Saúde), será de acordo com as possibilidades de seus serviços, vale dizer, com a realidade da Unidade Hospitalar Mista de Bertiooga, Centro de Saúde e Unidades Básicas de Saúde do Município e de acordo com as Leis Orgânicas da Saúde, Leis nº 8080/90 e nº 8142/90.

### **CLÁUSULA QUARTA**

#### **Dos Serviços**

A Prefeitura, por força deste convênio, prestará aos beneficiários da \_\_\_\_\_ (nome do Plano de Saúde), aqueles serviços que suas unidades normalmente prestam, como por exemplo: consultas de urgência e emergência; exames laboratoriais; raio X; ultrassonografia; fisioterapia; internações; procedimentos cirúrgicos; imobilizações gessadas; remoção;

**Parágrafo Primeiro.** Os serviços serão realizados exclusivamente quando indicados e/ou solicitados pelos médicos que compõem o corpo clínico da Prefeitura.

**Parágrafo Segundo.** Todo e qualquer atendimento será relacionado com indicação do código de procedimento, de acordo com a tabela AMB.

### **CLÁUSULA QUINTA**

#### **Da Remuneração e dos Reajustes**

Pelos serviços prestados pela **PREFEITURA** aos beneficiários da \_\_\_\_\_ (nome do Plano de Saúde), esta pagará por todo e qualquer serviço e procedimento, bem como pelas consultas de urgência e emergência, honorários conforme tabela AMB, vigente, e seus eventuais reajustes.

**§ 1º.** O número de diárias hospitalares será contado sempre de forma inteira, independente do horário de saída do paciente, desprezando-se na somatória da permanência o dia de alta do paciente. No valor das diárias e taxas de salas já estão incluídos a alimentação, cuidados gerais com o paciente e a administração de medicamentos orais.

**§ 2º.** Internação com permanência inferior a 24 (vinte e quatro) horas corresponderá a 01 (uma) diária hospitalar, excluídos os casos de observação em Pronto Socorro.

§ 3º. A taxa de repouso e diária hospitalares, quando necessária e devidamente justificada na ficha de atendimento médico, será paga pelo valor previsto na tabela AMB.

§ 4º. Em caso de internação, as despesas com refeições para acompanhantes e outras extraordinárias não estão incluídas neste convênio.

§ 5º. Os medicamentos serão pagos pelo valor fixado pela tabela Brasíndice pelo preço de fábrica. Os materiais utilizados serão indenizados pelo preço da Nota Fiscal. O metro quadrado de filme será pago pela \_\_\_\_\_ (nome do Plano de Saúde) pelo valor da CH da tabela da AMB vigente.

### **CLÁUSULA SEXTA** **Forma de Pagamento**

A relação dos atendimentos e prontuários médicos, bem como a respectiva fatura deverão ser encaminhados à \_\_\_\_\_ (nome do Plano de Saúde), até o quinto dia útil do mês subsequente à prestação dos serviços, sendo que o respectivo pagamento deverá ser efetuado até o dia 20 desse mês.

§ 1º. Após a devida conferência, os prontuários médicos de pacientes internados serão devolvidos.

§ 2º. O pagamento da fatura não implica na aprovação e reconhecimento, em definitivo, dos serviços ali cobrados, ressalvado à \_\_\_\_\_ (nome do Plano de Saúde), em caso de dúvidas não satisfatoriamente esclarecidas, o direito de contestá-los, no prazo de 60 (sessenta) dias, contados da data do efetivo pagamento.

§ 3º. As eventuais glosas/divergências serão abatidas do valor da fatura apresentada, podendo a PREFEITURA delas recorrer no prazo máximo de 60 (sessenta) dias, cujos recursos serão analisadas pelo setor competente da \_\_\_\_\_ (nome do Plano de Saúde), a qual, em caso de deferimento, efetuará o pagamento junto com a fatura do mês seguinte.

### **CLÁUSULA SÉTIMA** **Do Reajuste**

Os preços estabelecidos neste termo, serão reajustados sempre que a tabela da AMB também o for.

### **CLÁUSULA OITAVA** **Do Prazo**

Este convênio vigorará pelo prazo de 12 (doze) meses, a partir de sua assinatura, podendo ser renovado por iguais e sucessivos

períodos, sempre que a conveniência e oportunidade administrativa assim o determinar.

## **CLÁUSULA NONA DA Rescisão**

O presente poderá ser rescindido unilateralmente pela Administração, conforme dispõe o artigo 77 da Lei 8666/93 e alterações posteriores, e a qualquer tempo por qualquer uma das partes, mediante comunicação escrita pela parte interessada, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

**Parágrafo Único** - Rescindir-se-á, de pleno direito, o presente convênio, por inadimplência por qualquer das partes, motivo de força maior ou calamidade pública que impeça o prosseguimento dos serviços, por infração às cláusulas deste termo.

## **CLÁUSULA DÉCIMA Disposições Gerais**

1. A **PREFEITURA** compromete-se a fornecer relatórios médicos bem como o livre acesso da \_\_\_\_\_ (nome do Plano de Saúde) ou das pessoas por ela credenciadas às suas dependências e arquivos referentes a seus beneficiários, sempre dentro do que preceitua a ética médica.

2. Fica também autorizada a fiscalização de suas instalações e equipamentos, assim como a visita aos beneficiários que estiverem internados, sem restrições de dias e horários, para tanto a \_\_\_\_\_ (nome do Plano de Saúde) se obriga a utilizar pessoal legalmente habilitado e compatível com as normas éticas para o exercício dessa atividade autorizada.

3. A **PREFEITURA** prestará os serviços objeto deste contrato com a mais ampla autonomia sendo de sua responsabilidade a eficiência dos mesmos, respondendo pelos resultados.

4. A \_\_\_\_\_ (nome do Plano de Saúde) se compromete a respeitar as normas e rotinas da **PREFEITURA**.

5. Os direitos decorrentes deste convênio não poderão ser transferidos ou cedidos a terceiros em nenhuma hipótese.

6. A \_\_\_\_\_ (nome do Plano de Saúde) se compromete a dar treinamento aos funcionários da **PREFEITURA**, visando a operacionalidade, tramitação e padronização das Contas Médicas e Faturamento.

7. A **PREFEITURA** não tem qualquer exclusividade de atendimento para com a \_\_\_\_\_(nome do Plano de Saúde), podendo contratar no mesmo sentido com outras entidades e atender a pacientes de outros planos privados de saúde, como melhor lhe aprouver.

### **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA** **Fundamento Jurídico**

O presente convênio está autorizado pela Lei Municipal nº \_\_\_\_\_/98, os repasses dele decorrentes também autorizados pela Lei 134/95, e rege-se pelas normas de Direito Público, em especial as contidas na Lei 8666/93, com as alterações trazidas pela de nº 9648/98, normas de Direito Civil e os Princípios Gerais de Direito.

### **CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA**

As despesas que eventualmente advirem deste convênio serão suportadas por dotação orçamentária própria.

### **CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA**

Fica eleito o Foro Distrital de Bertiooga para dirimir quaisquer dúvidas e os casos deste ajuste.

E, assim, por estarem certos e ajustados, e terem interesses convergentes, assinam este convênio em duas vias de igual teor, seus celebrantes, na presença das testemunhas abaixo.

Bertiooga, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 1999.

Arquiteto **LUIZ CARLOS RACHID**  
Prefeito do Município

(nome do Plano de Saúde)  
(nome do representante)

Testemunhas

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_