



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

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

**CONVÊNIO Nº 02/2024  
DE 14 DE FEVEREIRO DE 2024**

**“CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM, DE UM LADO O MUNICÍPIO DE SANTA ROSA DE LIMA/SC, ATRAVÉS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, GESTORA DO SUS MUNICIPAL E A ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE SANTA TERESINHA HOSPITAL SANTA TERESINHA VISANDO O 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, 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 BENEFICENTE SANTA TERESINHA**, inscrita no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ sob nº 86.437.845/0001-64, entidade de fins filantrópicos, doravante denominada abreviadamente **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



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

atendimento e cumprimento do termo de conduta pactuado com a referida instituição, Ministério Público e os demais Municípios e autorizado pela *Lei Municipal nº 2.490/2024 de 07 de fevereiro de 2024*, 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, anesthesiologia 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 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







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

3. Compor a Comissão de Acompanhamento do Convênio.

**II – Dos encargos do MUNICÍPIO:**

1. Repassar 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 as prestações 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 infraestrutura à realização dos procedimentos conveniados;
3. Alimentar sistematicamente os sistemas de informações do SUS;
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.
6. Prestar contas dos recursos recebidos mensalmente ao **MUNICÍPIO** no mês seguinte ao recebimento, antes do recebimento da parcela subsequente.

**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;



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

- 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**.

**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 **MUNICÍPIO** repassara ao **HOSPITAL**, o valor de R\$ 61.827,36 (sessenta e um mil, oitocentos e vinte e sete reais e trinta e seis centavos), durante o exercício de 2024.

**Parágrafo Único** - O repasse será efetuado em 12 parcelas mensais no valor de R\$ 5.152,28 (cinco mil, cento e cinquenta e dois reais e vinte e oito centavos) cada uma, totalizando R\$ 61.827,36 (sessenta e um mil, oitocentos e vinte e sete reais e trinta e seis centavos).

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



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

A vigência do presente convênio inicia-se na data da sua assinatura com término em 31 de dezembro de 2024.

**CLÁUSULA SEXTA - DA RESCISÃO CONTRATUAL:**

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

**CLÁUSULA SÉTIMA - DO FORO:**

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.

Santa Rosa de Lima/SC em 14 de fevereiro de 2024.

SALESIO  
WIEMES:7676  
4982953  
Assinado de forma digital por SALESIO WIEMES:76764982953  
Dados: 2024.02.19 12:18:32 -03'00'  
SALÉSIO WIEMES  
Prefeito Municipal

  
SIUZETE VANDRESEN BAUMANN  
Secretária de Saúde

PEDRO  
MICHELS NETO  
Assinado de forma digital por PEDRO MICHELS NETO  
Dados: 2024.02.19 11:15:30 -03'00'

PEDRO MICHELS NETO  
PRESIDENTE

Testemunhas:

1) \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_ Documento assinado digitalmente  
CPF:  THATIANA TOMAZ  
Data: 14/02/2024 13:54:40-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

2) \_\_\_\_\_  
Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_  
Assinado de forma digital por VITOR HUGO ABITANTE  
Dados: 2024.02.19 09:32:17 -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

Página 5 de 5

LAURO NICOLADELI  
NETTO  
Assinado de forma digital por LAURO NICOLADELI NETTO  
DN: c=BR, o=ICP-Brasil, ou=AC OAB, ou=73687139000129, ou=VideoConferencia, ou=Assinatura Tipo A3, ou=ADVOGADO, cn=LAURO NICOLADELI NETTO  
Dados: 2024.02.14 10:52:04 -03'00'