

**LEI MUNICIPAL N°. 3.470, DE 12 DE JANEIRO DE 2016.**

**Autoriza o Poder Executivo Municipal a celebrar convênio com a Associação Hospitalar Comunitária Regional De Saúde - AHCROS e dá outras providências.**

O **PREFEITO MUNICIPAL DE CONSTANTINA**, no uso de suas atribuições legais e em cumprimento ao artigo 80, inciso IV, da Lei Orgânica do Município, faz saber que a Câmara Municipal de Vereadores aprovou e eu sanciono a seguinte Lei:

**Art. 1º.** Fica o Poder Executivo Municipal autorizado a celebrar convênio com a Associação Hospitalar Comunitária Regional De Saúde - AHCROS, pessoa jurídica de direito privado, com sede na Rua Nereu Ramos, nº 1005, inscrito no CNPJ sob nº 04.928.075/0001-98, objetivando a viabilização do Programa SAMU/SALVAR 192, conforme disposição do termo apenso e integrante da presente Lei.

**Art. 2º.** A título de suplementação o Município repassará a AHCROS os valores de até R\$ 22.732,09 (vinte e dois mil, setecentos e trinta e dois reais e nove centavos) mensais para a promoção das ações da SAMU/SALVAR 192 RS, repassados pelo Governo Federal e Estadual.

Parágrafo único. O Município fica autorizado a complementar os repasses a título de manutenção do programa, com base em prestação de contas mensal a ser apresentada pela AHCROS.

**Art. 3º.** O prazo de vigência do Convênio será de 01 de janeiro de 2016 até 31 de dezembro de 2016.

**Art. 4º.** O Município de Constantina, através da Secretaria Municipal da Saúde, como repassador de recursos, reserva-se o direito de exercer a fiscalização dos serviços por ele financiados e prestados pela entidade.

**Art. 5º.** Fica a AHCROS responsável pela contratação dos funcionários necessários para a execução das ações da SAMU/SALVAR 192 RS, respondendo pelas despesas com pessoal, e encargos sociais daí advindos, mediante o desembolso dos valores necessários por parte do Município de Constantina.

**Art. 6º.** As despesas decorrentes da presente Lei serão suportadas pela seguinte dotação orçamentária:

09 – Secretaria de Saúde  
1.170 – Manutenção do Convênio SAMU  
01 – Fundo Municipal de Saúde  
3.3.50.43.00.00.00.0040 – 458 – Subvenções Sociais  
3.3.50.43.00.00.00.00.4170 – 459 – Subvenções Sociais  
3.3.50.43.00.00.00.00.4620 – 460 – Subvenções Sociais

**Art. 7º.** Revoga-se a Lei Municipal nº 3.232, de 26 de dezembro de 2013.

**Art. 8º.** A presente lei entrará em vigor na data de sua publicação, com eficácia a partir de 01 de janeiro de 2016.

**Registre-se;  
Publique-se.**

Gabinete do Prefeito Municipal de Constantina, em 12 de janeiro de 2016.

**Leomar José Behm**  
Prefeito Municipal

Publicado em **12 de janeiro de 2016**,  
devendo permanecer afixado extrato de  
publicação no Mural de Publicações Oficiais  
no período de **12/01/2016 a 12/02/2016**.

**Patrícia Rosa Zanella Doce**  
Coordenadora de Programas Especiais

**Patrícia Rosa Zanella Doce**  
Coordenadora de Programas Especiais

## **MINUTA DE TERMO DE CONVÊNIO**

**Termo de Convênio que celebram entre  
si o Município de Constantina e a  
Associação Hospitalar Comunitária  
Regional de Saúde – AHCROS.**

O **MUNICÍPIO DE CONSTANTINA/RS**, pessoa jurídica de direito público interno, devidamente cadastrada junto à Secretaria da Fazenda Nacional, CNPJ nº 87.708.889/0001-44, com sede na Rua João Mafessoni, nº 483, em Constantina, doravante denominado de **Convenente**, neste ato representado pelo seu Prefeito Municipal, Sr. Leomar José Behm, e de outro lado **ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR COMUNITÁRIA REGIONAL DE SAÚDE - AHCROS**, pessoa jurídica de direito privado, com sede na Rua Nereu Ramos, nº 1005, inscrito no CNPJ sob nº 04.928.075/0001-98 neste ato representado pelo Sr. **xxxxxx**, doravante denominado **Conveniado**, firmam entre si o presente Convênio, conforme Lei Municipal nº \_\_\_\_\_, e em conformidade com as cláusulas e condições a seguir:

### **CLÁUSULA PRIMEIRA - Objeto**

É objeto deste Convênio a mútua cooperação entre o Município de Constantina e Associação Hospitalar Comunitária Regional de Saúde – AHCROS, com o fim de manter em efetivo funcionamento os serviços de atendimento móvel de urgência do programa SAMU/SALVAR.

### **CLÁUSULA SEGUNDA - Dos Compromissos do Município**

**a)** Repassar mensalmente ao AHCROS, até o 10º dia do mês subsequente, o valor de R\$ 22.732,09 (vinte e dois mil, setecentos e trinta e dois reais e nove centavos), relativos aos repasses recebidos do Governo do Estado do Rio Grande do Sul (R\$ 10.232,09) e do Governo Federal (R\$ 12.500,00), para o custeio da manutenção das despesas com recursos humanos, do Programa SAMU/SALVAR, bem como outras despesas para manutenção e funcionamento integral do Programa SAMU/SALVAR.

**b)** Caso os valores necessários para custeio das despesas para manutenção do programa ultrapassar o valor de R\$ 22.732,09 (vinte e dois mil, setecentos e trinta e dois reais e nove centavos), fica o Município de Constantina responsável pela complementação dos valores, conforme relatório mensal que será apresentado, pela Associação Hospitalar Comunitária Regional de Saúde – AHCROS.

- c) Fiscalizar a existência de equipe para o perfeito funcionamento conforme normas da Coordenação Estadual do Programa SAMU Salvar.
    - d) Exigir prestação de contas mensal dos recursos repassados, bem como das quitações das verbas trabalhistas desses servidores.
    - e) Participar solidariamente das despesas extraordinárias que o Hospital venha a ter em decorrência de reclamatórias trabalhistas, rescisões, que não der causa por desídia, ou culposamente.
    - f) Custear na integralidade as despesas inerentes à manutenção do veículo ambulância IQW-0405 (combustível, pneus, licenciamentos, taxas, peças, revisões, seguro, dentre outros) utilizado pelo Programa SAMU/Salvar 192.
    - g) Custear na integralidade despesas referentes a cursos de capacitação de funcionários, mediante prévia autorização por escrito, emitida pelo Gestor Municipal de Saúde.
    - h) Ressarcir a AHCROS das despesas referentes à confecção de Laudos do Trabalho (atestados admissionais, atestados periódicos, atestados demissionais, Laudos PPP's e exames laboratoriais), confeccionados aos funcionários do Programa SAMU/Salvar 192.
    - i) Repassar os valores complementares necessários a cobrir as despesas pertinentes ao reajuste salarial dos funcionários vinculados ao Programa SAMU/Salvar 192, a partir do período em que forem reajustados os salários dos funcionários da AHCROS.
    - j) Custear as despesas referentes aos honorários contábeis necessários ao controle dos funcionários vinculados ao Programa SAMU/Salvar 192.
    - k) Fornecer uniformes e Equipamentos de Proteção Individual - EPI's, necessários aos funcionários do Programa SAMU/Salvar 192.
    - l) Custear as despesas referentes a alimentação dos funcionários do Programa SAMU/Salvar 192, caso comprovada a necessidade do fornecimento.
    - m) Custear as despesas referentes a manutenção da sala onde se encontra instalado o Programa SAMU/Salvar 192.

**Parágrafo Único.** A responsabilidade para indicação de funcionários para contratação e demissão são de inteira responsabilidade do Município de Constantina, o qual deverá informar por escrito a Associação Hospitalar Comunitária Regional de Saúde em prazo hábil.

## **CLÁUSULA TERCEIRA - Dos compromissos da Associação Hospitalar Comunitária Regional De Saúde - AHCROS**

- a)** Providenciar na contratação de profissionais habilitados, pelo regime de consolidação das Leis Trabalhistas (CLT).
- b)** Permitir ao Município de Constantina a realização de inspeção técnico-administrativas e contábeis em relação aos pagamentos das verbas trabalhistas e sociais decorrentes dessas contratações.
- c)** Manter arquivo atualizado com todos os registros das despesas que correrem por conta deste convênio.
- d)** Abrir conta corrente específica em agência bancária oficial da cidade para o recebimento dos recursos destinados ao suporte e manutenção das despesas com pagamento de pessoal.
- e)** Prestar contas ao Município, mensalmente.
- f)** Manter a equipe de profissionais contratados sempre completa e a disposição para atendimento dos serviços de urgência antes especificados.
- g)** Manter em dia as obrigações sociais e trabalhistas decorrentes dessas contratações.

## **CLÁUSULA QUARTA - Dos Recursos Financeiros**

Os recursos financeiros transferidos e o resultado de sua aplicação somente poderão ser utilizados no objeto de presente convênio, vedado o seu emprego em finalidade diversa da estabilidade, ainda que em caráter de emergência, com posterior cobertura.

## **CLÁUSULA QUINTA - Do Prazo**

O presente convênio terá vigência por prazo determinado, iniciando-se no dia 01 de janeiro de 2016 e encerrando-se em 31 de dezembro de 2016, podendo ser rescindido por qualquer das partes e mediante justo motivo, com comunicação prévia de 90 (noventa) dias.

**Parágrafo Único.** O presente convênio poderá ser rescindido com comunicação prévia de 30 (trinta) dias, caso ocorram descumprimento das obrigações ora estipuladas, em especial o não repasse dos valores pelo Município e previstos nesse convênio, sujeitando-se a parte inadimplente ao resarcimento de despesas realizadas pela Associação Hospitalar Comunitária Regional de Saúde – AHCROS de Constantina.

## **CLÁUSULA SEXTA**

Os valores repassados pelo Município serão revistos caso haja modificação nas despesas para manutenção das contratações de pessoal para o SAMU/SALVAR, o que será realizado mediante Termo Aditivo.

## **CLÁUSULA SÉTIMA – Dotação Orçamentária**

As despesas do presente convênio serão suportadas pela seguinte dotação orçamentária:

09 – Secretaria de Saúde  
1.170 – Manutenção do Convênio SAMU  
01 – Fundo Municipal de Saúde  
3.3.50.43.00.00.00.0040 – 458 – Subvenções Sociais  
3.3.50.43.00.00.00.00.4170 – 459 – Subvenções Sociais  
3.3.50.43.00.00.00.00.4620 – 460 – Subvenções Sociais

## **CLÁUSULA OITAVA - Do Foro**

Fica eleito o foro da comarca de Constantina-RS para dirimir quaisquer dúvidas provenientes deste convênio, que não puderem ser resolvidas amigavelmente pelas partes.

E, por estarem juntos e conveniados, firmam o presente instrumento em duas vias de igual forma e teor, na presença de duas testemunhas.

Constantina-RS, xx de xxxxxxxxxxxx de xxxx.

**Leomar José Behm**  
Prefeito Municipal

**Ass. Hospitalar Com. Reg. de Saúde - AHCROS**  
Conveniada

### **Testemunhas:**

1. \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_