



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE CONSTANTINA

LEI MUNICIPAL Nº. 3.923, DE 08 DE DEZEMBRO DE 2020.

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

O **PREFEITO MUNICIPAL EM EXERCÍCIO 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 convênio o Município repassará a AHCROS os valores de até **R\$ 32.878,50** (trinta e dois mil, oitocentos e setenta e oito reais e cinquenta 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 12 (doze) meses, com início em 01 de janeiro de 2021, podendo ser aditado por iguais períodos até o limite de 60 (sessenta) meses, preenchidos os requisitos do Art. 116 da Lei nº. 8.666/93.

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.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE CONSTANTINA

Art. 6º. As despesas decorrentes da execução da presente lei, serão suportadas por dotação orçamentária do orçamento vigente de cada exercício financeiro.

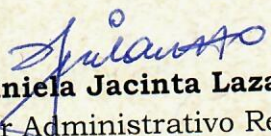
Art. 7º. Ficam revogadas todas as disposições em contrário.

Art. 8º. A presente lei entrará em vigor na data de sua publicação, surtindo seus efeitos a contar de 01 de janeiro de 2021.

Registre-se;

Publique-se.

Gabinete do Prefeito Municipal de Constantina, em 08 de dezembro de 2020.

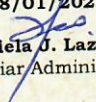

Daniela Jacinta Lazarotto

Auxiliar Administrativo Responsável
pela Secretaria Municipal da Administração


Adroaldo Araújo

Prefeito Municipal em Exercício

Publicado em 08/12/2020, devendo permanecer afixado extrato de publicação no Mural de Publicações Oficiais no período de 08/12/2020 a 08/01/2021.


Daniela J. Lazarotto
Auxiliar Administrativo



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE CONSTANTINA

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 **Conveniente**, neste ato representado pelo seu Prefeito Municipal, Sr. Gerri Sawaris, 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 XXXXX, 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\$ 32.878,50 (trinta e dois mil, oitocentos e setenta e oito reais e cinquenta centavos), relativos aos repasses recebidos do Governo do Estado do Rio Grande do Sul (R\$ 10.959,50) e do Governo Federal (R\$ 21.919,00), 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\$ 32.878,50 (trinta e dois mil, oitocentos e setenta e oito reais e cinquenta 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.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE CONSTANTINA

- 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 reclamações trabalhistas, rescisões, que não der causa por desídia, ou culposamente.
- f) Custear na integralidade as despesas inerentes à manutenção do veículo ambulância Citroën Jumper Manimar, placa IXS0677 (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.



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE CONSTANTINA

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 prazo de vigência do Convênio será de 12 (doze) meses, com início em 01 de janeiro de 2021, podendo ser aditado por iguais períodos até o limite de 60 (sessenta) meses, preenchidos os requisitos do Art. 116 da Lei nº. 8.666/93.

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



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL
MUNICÍPIO DE CONSTANTINA

previstos nesse convênio, sujeitando-se a parte inadimplente ao ressarcimento 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 por dotação orçamentária específica.

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.


Gerri Sandoz Araújo
Prefeito Municipal
em Exercício

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

Testemunhas:

1. _____
CPF: _____

2. _____
CPF: _____