

ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
MUNICÍPIO DE SANTO AUGUSTO  
PODER EXECUTIVO

Rua Coronel Julio Pereira dos Santos, 465 – CEP 98590-000  
Fone/Fax (55) 3781-4368/5239 – E-mail: gabinete@santoaugusto.rs.gov.br

**CONVÊNIO Nº 001/2019**

Que entre si celebram o **MUNICÍPIO DE SANTO AUGUSTO** e a **ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BOM PASTOR**, para concessão de auxílio financeiro ao Hospital Bom Pastor de Santo Augusto/RS.

Que entre si celebram de um lado o **MUNICÍPIO DE SANTO AUGUSTO/RS**, pessoa jurídica de direito público, inscrito no CNPJ sob nº. 87.613.105/000-02 com sede administrativa na rua Cel. Júlio Pereira dos Santos, 465 - Santo Augusto/RS, neste ato representado por seu Prefeito Municipal **NALDO WIEGERT**, brasileiro, casado, portador da Cédula de Identidade nº. 4008623144, inscrito no CPF sob o nº. 083.748.990-34, residente e domiciliado na Rua São João nº 532, Bairro Floresta, nesta cidade de Santo Augusto / RS, doravante denominado simplesmente **MUNICÍPIO**, e de outro lado a **ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BOM PASTOR**, pessoa jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob nº. 90.167.289/0001-20 com sede administrativa na Rua Independência, 73, nesta cidade, ora representada pelo seu Presidente Executivo **DAVI ALEXANDRE CEOLIN**, brasileiro, casado, agricultor, portador da Cédula de Identidade nº. 4019040684-SSP/RS e CPF nº. 174.236.600-78, residente e domiciliado na Rua Batista An-drighetto, nº 159, Bairro Floresta, nesta cidade de Santo Augusto/RS, doravante denominado de **HOSPITAL**, pelo que estabelecem nos termos da Lei Municipal Nº. 2.889, de 17 de janeiro de 2019, as seguintes cláusulas e/ou condições.

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

I – O **MUNICÍPIO** se compromete a repassar ao **HOSPITAL** a importância de até R\$ 450.000,00 (quatrocentos e cinquenta mil reais), a ser utilizado de acordo com o Plano de Trabalho, parte integrante deste convênio.

**CLÁUSULA SEGUNDA - DO REPASSE**

O valor será repassado pelo **MUNICÍPIO** ao **HOSPITAL** em parcela única, após a aplicação do valor deve ser apresentada a prestação de contas.

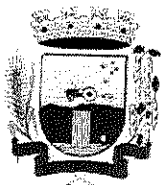
**CLÁUSULA TERCEIRA - DA OBRIGAÇÃO DO HOSPITAL**

I – O **HOSPITAL** se compromete a utilizar os recursos para a manutenção da referida entidade, de acordo com o Plano de Trabalho;

II – O **HOSPITAL** fica comprometido de realizar a movimentação financeira dos recursos repassados, preferencialmente, por transferência eletrônica, com identificação dos fornecedores/Credores e contas bancárias de suas titularidades;

III – O **HOSPITAL** deve fazer aplicação financeira, do valor até a sua utilização, sendo que os rendimentos decorrentes da aplicação financeira deverão ser utilizados nos mesmos moldes do valor principal.

**CLÁUSULA QUARTA - DO PRAZO**



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
MUNICÍPIO DE SANTO AUGUSTO  
PODER EXECUTIVO

Rua Coronel Julio Pereira dos Santos, 465 – CEP 98590-000  
Fone/Fax (55) 3781-4368/5239 – E-mail: gabinete@santoaugusto.rs.gov.br

O presente Convênio terá a vigência até 31 de março de 2019, podendo ser renovado por igual período, havendo interesse das partes, através de solicitação escrita e também, ser rescindido a qualquer momento por relevante interesse público, com notificação regular a ser encaminhada ao Hospital.

#### CLÁUSULA QUINTA - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

- I - o Hospital se compromete a utilizar os recursos para custeio da referida entidade, de acordo com o Plano de Trabalho;
- II - os valores repassados deverão ser movimentados em conta específica vinculada ao objeto apresentado no Plano de Trabalho;
- III - ainda deverá conter no processo de prestação de contas:
- ofício de encaminhamento dos documentos que compõe a prestação de contas;
  - deverão ser apresentadas, junto com a prestação de contas, as Certidões de Regularidade Fiscal, Previdenciária, Tributária, de Contribuições e de Dívida Ativa da União, do Estado e do Município;
  - relação de pagamentos;
  - relatório da execução da receita e da despesa;
  - cópia do extrato bancário demonstrando a movimentação do recurso repassado;
  - fotocópias dos comprovantes das despesas pagas com recursos do Convênio, devidamente assinadas por responsável administrativo da Entidade;
  - cópia dos comprovantes de pagamentos aos fornecedores/Credores (Depósito na conta dos favorecidos, Docs. TEDs);
  - demonstrativo(s) contábil(eis), (balancete de verificação e balanço patrimonial, etc.);
  - certificado de filantropia;
  - cópia dos comprovantes de recolhimentos dos encargos previdenciários/trabalhistas do mês anterior ao da competência.

#### CLÁUSULA SEXTA - DA ANÁLISE DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

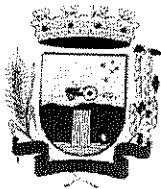
I - até trinta dias, contados do recebimento da prestação de contas, será realizada análise documental pela contabilidade do Município, para averiguar a adequação da prestação de contas as exigências estabelecidas no presente Convênio, emitindo parecer;

II - até trinta dias após parecer contábil, pela Unidade de Controle Interno, será emitido um parecer sobre as contas prestadas pelo **HOSPITAL**.

#### CLÁUSULA SETIMA - DA EXTINÇÃO

Considerar-se-á extinto o presente convênio por manifestação expressa, de qualquer das partes, com antecedência mínima de 30 (trinta) dias, ou ainda, pelo não cumprimento das obrigações nele previstas, por qualquer das partes.

#### CLÁUSULA OITAVA - DAS DESPESAS DO CONVÊNIO



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
MUNICÍPIO DE SANTO AUGUSTO  
PODER EXECUTIVO

Rua Coronel Julio Pereira dos Santos, 465 – CEP 98590-000  
Fone/Fax (55) 3781-4368/5239 – E-mail: gabinete@santoaugusto.rs.gov.br

As despesas decorrentes deste Convênio correrão por conta de dotações orçamentárias próprias.

**CLÁUSULA NONA - DO FORO**

As partes convenientes elegem o Foro da Comarca de Santo Augusto (RS), para dirimir dúvidas ou questões decorrentes do presente, caso não haja solução amigável.

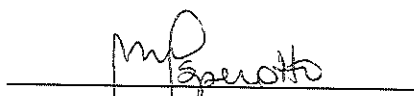
Assim justas e de acordo, firmam as partes o presente Convênio em quatro vias de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas instrumentais, para que produza seus devidos e legais efeitos.

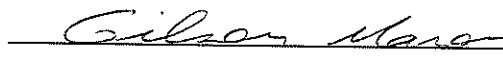
Santo Augusto -RS, 17 de janeiro de 2019.

  
DAVI ALEXANDRE CEOLIN  
Presidente ASSOC. HOSP. BOM PASTOR

  
NALDO WIEGERT  
Prefeito Municipal

Testemunhas:

  
CPF 403681070-15

  
CPF 703662760-34


## PLANO DE TRABALHO

### 1. DADOS CADASTRAIS DO PROPONENTE

<b>Órgão/Entidade Proponente:</b> ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BOM PASTOR		<b>CNPJ Nº:</b> 90.167.289/0001-20	
<b>Endereço:</b> Rua Independência		<b>Nº:</b> 73	<b>Bairro:</b> Centro
<b>Cidade/Município:</b> SANTO AUGUSTO		<b>UF:</b> RS	<b>CEP:</b> 98590-000
<b>Nome Responsável legal:</b> DAVI ALEXANDRE CEOLIN		<b>Cargo:</b> Presidente	
<b>CPF/CIC nº:</b> 174.236.600-78		<b>RG nº:</b> 4019040684 SSP/RS	
<b>Telefone contato:</b> 3781-1012 / 3300		<b>E-mail:</b> hospibompastor@hotmail.com	
<b>Dados para movimentação financeira do recurso pleiteado</b>			
<b>Banco:</b> Caixa Econômica Federal	<b>Agência:</b> 0695 (003)	<b>Conta corrente:</b> 677-1	

### 1. DESCRIÇÃO DO PROJETO

<b>Identificação do Projeto:</b> Aporte de Recursos Financeiros para a Associação Hospitalar Bom Pastor de Santo Augusto/RS.	<b>Período de Execução</b>	
	<b>Início:</b> 02.01.2019	<b>Término:</b> 31.03.2019
<b>Objetivos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Assegurar a continuidade do atendimento hospitalar nas especialidades clínica médica, clínica cirúrgica, obstetrícia e pediatria, nas 24 horas do dia, sete dias na semana, em todos os dias do mês e todos os meses do ano.</li><li>- Atender às políticas prioritárias do SUS para as redes de atenção à saúde.</li><li>- Melhorar a qualidade dos serviços em saúde prestados à população.</li></ul>		
<b>Justificativa do objeto:</b> <p>A Associação Hospitalar Bom Pastor, Associação Civil, sem fins lucrativos, com sede no município de Santo Augusto, RS, presta atendimento na área de assistência à saúde à comunidade local e regional há 83 anos. Possui 85 leitos, sendo 63 destinados ao SUS e conta com uma taxa de ocupação de 76,21%. Possui dois ambulatórios, três postos de enfermagem; centro cirúrgico; obstetrícia; salas para exames e procedimentos, sala de esterilização. O corpo clínico está constituído de doze médicos, nas especialidades Clínica Médica; Clínica Cirúrgica; Clínica Obstétrica/Gineco; Clínica Pediátrica; Anestesia; Urologia; Cirurgia Plástica e Radiologia. Presta serviços hospitalares e ambulatoriais de média complexidade; urgência e emergência; cirurgias e procedimentos cirúrgicos; exames como: raio x, mamografia, endoscopia, eletrocardiograma; cistoscopia, atendimento psicológico. Possui leitos de saúde mental. No ano de 2017 foram atendidos 24.755 pacientes junto ao ambulatório e setor de internações no Hospital.</p> <p>Sendo a saúde um direito fundamental do ser humano, compete ao Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, contribuindo para a efetivação dos princípios tais como: universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade de assistência; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da</p>		



população; capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência.

A Entidade Hospitalar funciona 24 horas por dia, nos sete dias da semana e em todos os dias do mês, de forma ininterrupta, requerendo equipes de trabalho ativa e capacitada para todas as intercorrências a serem atendidas no contexto da média complexidade, assim como dispor de medicamentos e materiais hospitalares, recursos para pagamento de serviços de terceiros para custeio e manutenção das atividades.

Considerando o acima exposto, torna-se imprescindível o repasse do presente recurso, subsidiando incremento às despesas correntes/de custeio da Associação Hospitalar Bom Pastor de Santo Augusto/RS, para pagamento de Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica.

**Resultados Esperados:**

Continuidade no pleno funcionamento das atividades hospitalares.

Qualificação do atendimento à assistência no Hospital Bom Pastor de Santo Augusto.

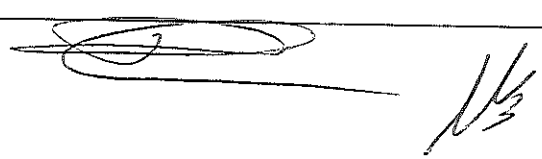
Satisfação no atendimento humanizado para a comunidade.

**2. CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO (META/ETAPA) - C/RECURSOS DO FUNDO**

Meta	Especificação	Duração	
		Início	Término
01	<b>Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica:</b> - Pagamento de Serviços Médicos: cirurgia e clínico geral; - Pagamento de Serviços Médicos: obstetrícia; - Pagamento de Serviços Médicos: pediatria e clínico geral; - Pagamento de Serviços Médicos: clínico geral; - Pagamento de Serviços Médicos: anestesia	02/01/2019	31/03/2019

**3. CRONOGRAMA DE APLICAÇÃO C/RECURSOS DO FUNDO**

Natureza da Despesa (Especificação)	Parcela Única	Valor Total
<b>Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica</b> - Pagamento de Serviços Médicos: cirurgia e clínico geral; - Pagamento de Serviços Médicos: obstetrícia; - Pagamento de Serviços Médicos: pediatria e clínico geral; - Pagamento de Serviços Médicos: clínico geral; - Pagamento de Serviços Médicos: anestesia	R\$450.000,00	R\$450.000,00



#### 4. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO ESTIMADO DO RECURSO

Meta	Despesa estimada	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
		R\$450.000,00					
Meta	Despesa Estimada	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês

#### 5. PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS

Item / Descrição	Parcela	Valor Total
Parcela Única – Repasse Recurso Financeiro	R\$450.000,00	R\$450.000,00
<b>Pagamento de serviços de terceiros – Pessoa Jurídica</b> - Pagamento de Serviços Médicos: cirurgia e clínico geral; - Pagamento de Serviços Médicos: obstetrícia; - Pagamento de Serviços Médicos: pediatria e clínico geral; - Pagamento de Serviços Médicos: clínico geral; - Pagamento de Serviços Médicos: anestesia		

#### 6. ESTIMATIVA DE DESPESAS

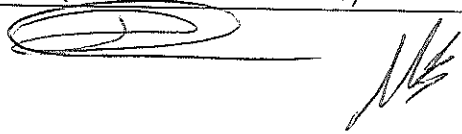
Meta	Despesa estimada	1º mês	2º mês	3º mês	4º mês	5º mês	6º mês
		R\$450.000,00	-	-	-	-	-
Meta	Despesa estimada	7º mês	8º mês	9º mês	10º mês	11º mês	12º mês
		-	-	-	-	-	-

#### 7. MODO E PERIODICIDADE DAS PRESTAÇÕES DE CONTAS

- 30 (trinta) dias após a aplicação total dos valores.

#### 8. DOCUMENTOS PARA COMPOSIÇÃO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

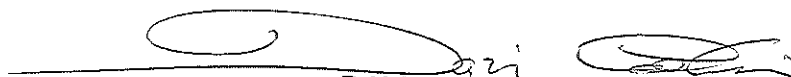
Ofício de encaminhamento dos documentos juntados ao processo de prestação de contas
Certidões de Regularidade Fiscal (CNDs FGTS, INSS, RFB, Trabalhistas, etc...
Relação de Pagamentos (anexo I)
Relatório da Execução da Receita e da despesa (anexo II)
Cópia do extrato bancário demonstrando a movimentação do recurso repassado
Demonstrações contábeis (balancetes mensais)



### 9. DECLARAÇÃO

Na condição de representante legal da entidade proponente, responsabilizo-me a prestar contas dos recursos financeiros que forem repassados pelo concedente a título de auxílio financeiro, na forma dos artigos 77 e 78 da Lei Federal 4.320, de 17.03.1964, Lei federal nº 8.666, Lei de Diretrizes Orçamentárias do Município e/ou lei específica que trate da matéria.

Santo Augusto, 02 de janeiro de 2019.



DAVI ALEXANDRE CEOLIN  
Presidente da Associação Hospitalar Bom Pastor

### 11. APROVAÇÃO DO CONCEDENTE

*Plano aprovado conforme proposto. Tomem-se as providências legais para viabilizar a concessão do repasse mensal mediante a assinatura de instrumento jurídico e/ou aditivos. Após encaminhe-se a Fazenda Municipal para adoção das medidas quanto a transferência do recurso financeiro, bem como da tomada de prestação de contas.*

Santo Augusto, <sup>03</sup>02 de janeiro de 2019.



MARCELO BOTH  
Vice-Prefeito no exercício do cargo de Prefeito Municipal