

**CONVÊNIO Nº 002/2020**

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 Andrighetto, nº 159, Bairro Floresta, nesta cidade de Santo Augusto/RS, doravante denominado de **HOSPITAL**, pelo que estabelecem nos termos da Lei Municipal Nº. 3.003, de 19 de março de 2020, as seguintes cláusulas e/ou condições.

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

I – O **MUNICÍPIO** se compromete a repassar ao **HOSPITAL** a importância de até R\$ 1.000.000,00 (um milhão de reais), a ser utilizada de acordo com o Plano de Trabalho, parte integrante deste convênio.

**CLÁUSULA SEGUNDA - DO REPASSE**

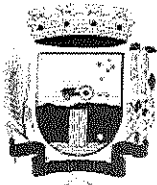
O valor será repassado pelo **MUNICÍPIO** ao **HOSPITAL** em 10 parcelas mensais de R\$ 100.000,00 (cem mil reais), a contar de 1º de abril de 2020. Decorrido o prazo de aplicação dos recursos deve ser apresentada a prestação de contas.

**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

O presente Convênio terá a vigência de 10 (dez) meses, a contar da assinatura, 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:

a) ofício de encaminhamento dos documentos que compõe a prestação de contas;

b) 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;

c) relação de pagamentos;

d) relatório da execução da receita e da despesa;

e) cópia do extrato bancário demonstrando a movimentação do recurso repassado;

f) fotocópias dos comprovantes das despesas pagas com recursos do Convênio, devidamente assinadas por responsável administrativo da Entidade;

g) cópia dos comprovantes de pagamentos aos fornecedores/Credores (Depósito na conta dos favorecidos, Docs. TEDs);

h) demonstrativo(s) contábil(eis), (balancete de verificação e balanço patrimonial, etc.);

i) certificado de filantropia;

j) 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.



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

**CLÁUSULA OITAVA - DAS DESPESAS DO CONVÊNIO**

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 três vias de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas instrumentais, para que produza seus devidos e legais efeitos.

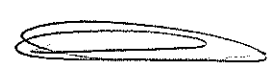
Santo Augusto-RS, 30 de março de 2020.

  
DAVI ALEXANDRE CEOLIN  
Presidente ASSOC. HOSP. BOM PASTOR

  
NALDO WIEGERT  
Prefeito Municipal

Testemunhas:

  
CPF **Maritei Andrighetto**  
CPF 599.016.080-15  
Diretora Administrativa AHPB

  
CPF 707.662.760-74



RUA INDEPENDÊNCIA, 73 SANTO AUGUSTO/RS  
CNPJ 90.167.289/0001-20 FONE 0xx55-3781.1012/3300  
CEP: 98590000

hospibompastor@hotmail.com  
direcao.hospitalsantoaugusto@gmail.com

## PLANO DE TRABALHO

### 1. DADOS CADASTRAIS DO PROPONENTE

|   |                         |  |                          |
|---|-------------------------|--|--------------------------|
| <b>Órgão/Entidade Proponente:</b><br>ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BOM PASTOR |                         | <b>CNPJ Nº:</b><br>90.167.289/0001-20        |                          |
| <b>Endereço:</b><br>Rua Independência                                 |                         | <b>Nº:</b><br>73                             | <b>Bairro:</b><br>Centro |
| <b>Cidade/Município:</b><br>SANTO AUGUSTO                             |                         | <b>UF:</b><br>RS                             | <b>CEP:</b><br>98590-000 |
| <b>Nome Responsável legal:</b><br>DAVI ALEXANDRE CEOLIN               |                         | <b>Cargo:</b><br>Presidente                  |                          |
| <b>CPF/CIC nº:</b><br>174.236.600-78                                  |                         | <b>RG nº:</b><br>4019040684 SSP/RS           |                          |
| <b>Telefone contato:</b><br>3781-1012 / 3300                          |                         | <b>E-mail:</b><br>hospibompastor@hotmail.com |                          |
| <b>Dados para movimentação financeira do recurso pleiteado</b>        |                         |  |                          |
| <b>Banco:</b><br>BANRISUL   | <b>Agência:</b><br>0825 | <b>Conta corrente:</b><br>06.046831.0-1      |                          |

### 1. DESCRIÇÃO DO PROJETO

|   |                              |                               |
|---|------------------------------|-------------------------------|
| <b>Identificação do Projeto:</b><br>Aporte de Recursos Financeiros para a Associação Hospitalar Bom Pastor de Santo Augusto/RS.   | <b>Período de Execução</b>   |                               |
|   | <b>Início:</b><br>30.03.2020 | <b>Término:</b><br>31.01.2021 |
| <b>Objetivos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Auxiliar financeiramente na manutenção do único estabelecimento de saúde do município de Santo Augusto.</li><li>- Contribuir no processo de complementação financeira dos serviços hospitalares prestados à comunidade.</li><li>- Assegurar a continuidade do atendimento hospitalar nas especialidades clínica médica, clínica cirúrgica, obstetrícia e pediatria, nas 24 horas do dia e nos sete dias na semana.</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, hospital geral com gestão dupla e cadastro no CNES sob nº 2261065, Entidade Filantrópica, está instalada em prédio de propriedade do Município, presta atendimento na área de assistência à saúde à comunidade local e regional completando 85 anos de existência. Possui 85 leitos, sendo 63 destinados ao SUS e conta com uma taxa de ocupação de 78%. Possui dois ambulatórios, três postos de enfermagem; centro cirúrgico; obstetrícia; salas para exames e procedimentos, sala de esterilização. O corpo clínico está constituído de onze médicos, nas especialidades Clínica Médica; Clínica Cirúrgica; Clínica Obstétrica/Gineco; Clínica Pediátrica;</p> |                              |                               |

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 2019 foram atendidos 27.503 pacientes junto ao ambulatório e 3.053 pacientes no setor de internações no Hospital.

Possui equipe médica e de demais profissionais qualificados, presta serviços de média complexidade, desempenha atendimento com resolutividade. Também é a Instituição de Saúde que atende uma área de 1.500 indígenas pertencentes ao Território Inhacorá, município de São Valério do Sul, com suas peculiaridades e dispõe de 08 (oito) leitos para atendimento da saúde mental, regulado pelo Estado/17.<sup>a</sup> Coordenadoria Regional de Saúde.

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, assim como dispor de medicamentos e materiais hospitalares, custeio e manutenção das atividades desenvolvidas.

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 manutenção da Entidade, devido as constantes dificuldades financeiras que a Entidade passa, pelo histórico do pagamento deficitário dos serviços prestados em saúde, haja vista a desatualização da Tabela SUS há mais de uma década, além da ampliação da área hospitalar, demandando aumento na manutenção e custeio operacional, eximindo prejuízo à comunidade frente ao atendimento hospitalar, à saúde como direito, bem como contribuindo para o pleno funcionamento do Hospital.

Os recursos pleiteados visam dar cobertura a parte do pagamento das despesas com medicamentos, material hospitalar; material de limpeza e higienização; gêneros alimentícios; material de expediente; serviços de terceiros e encargos sociais, possibilitando a continuidade do funcionamento do Hospital, bem como a manutenção dos serviços hospitalares.

Desta forma, torna-se indispensável o aporte de recursos financeiros para a Associação Hospitalar Bom Pastor de Santo Augusto/RS, oportunizando o pleno funcionamento dos serviços e especialidades habilitadas, bem como cobertura de atendimento 24 horas à comunidade local.

**Resultados Esperados:**

Viabilidade frente ao pleno funcionamento das atividades hospitalares.

Complementação do custeio dos serviços prestados.

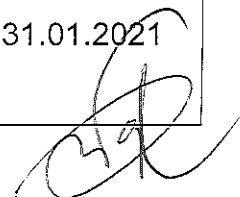
Qualificação do atendimento e satisfação à assistência no Hospital Bom Pastor de Santo Augusto.

Recursos e estrutura para realização dos serviços em saúde.

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><br>- Pagamento de despesas com medicamentos e material hospitalar;<br>- Pagamento de despesas com material de limpeza e higienização; | 30.03.2020 | 31.01.2021 |



|  |  |  |
|--|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pagamento de despesas com gêneros alimentícios;</li> <li>- Pagamento de despesas com material de expediente;</li> <li>- Pagamento de despesas com demais serviços de terceiros;</li> <li>- Pagamento de despesas com encargos sociais.</li> </ul> |  |  |
|--|--|--|

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

| Natureza da Despesa (Especificação)  | Parcela Mensal  | Valor Total     |
|--|---|-----------------|
| <b>Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pagamento de despesas com medicamentos e material hospitalar;</li> <li>- Pagamento de despesas com material de limpeza e higienização;</li> <li>- Pagamento de despesas com gêneros alimentícios;</li> <li>- Pagamento de despesas com material de expediente;</li> <li>- Pagamento de despesas com demais serviços de terceiros;</li> <li>- Pagamento de despesas com encargos sociais.</li> </ul> | R\$100.000,00<br><br>(dez parcelas mensais de cem mil reais cada) | R\$1.000.000,00 |

### 4. CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO ESTIMADO DO RECURSO

| Meta | Despesa estimada | 1º mês        | 2º mês        | 3º mês        | 4º mês        | 5º mês        | 6º mês        |
|------|------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
|      |                  | R\$100.000,00 | R\$100.000,00 | R\$100.000,00 | R\$100.000,00 | R\$100.000,00 | R\$100.000,00 |
| Meta | Despesa Estimada | 7º mês        | 8º mês        | 9º mês        | 10º mês       | 11º mês       | 12º mês       |
|      |                  | R\$100.000,00 | R\$100.000,00 | R\$100.000,00 | R\$100.000,00 | -             | -             |

### 5. PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS

| Item / Descrição   | Parcela Mensal | Valor Total     |
|--|----------------|-----------------|
| Parcela Única – Repasse Recurso Financeiro   |                |                 |
| <b>Serviços de Terceiros – Pessoa Jurídica:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Pagamento de despesas com medicamentos e material hospitalar;</li> <li>- Pagamento de despesas com material de limpeza e higienização;</li> <li>- Pagamento de despesas com gêneros alimentícios;</li> <li>- Pagamento de despesas com material de expediente;</li> <li>- Pagamento de despesas com demais serviços de terceiros;</li> <li>- Pagamento de despesas com encargos sociais.</li> </ul> | R\$100.000,00  | R\$1.000.000,00 |

## 6. ESTIMATIVA DE DESPESAS

| Meta | Despesa estimada | 1º mês        | 2º mês        | 3º mês        | 4º mês        | 5º mês        | 6º mês        |
|------|------------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|
|      |                  | R\$100.000,00 | R\$100.000,00 | R\$100.000,00 | R\$100.000,00 | R\$100.000,00 | R\$100.000,00 |
| Meta | Despesa estimada | 7º mês        | 8º mês        | 9º mês        | 10º mês       | 11º mês       | 12º mês       |
|      |                  | R\$100.000,00 | R\$100.000,00 | R\$100.000,00 | R\$100.000,00 | -             | -             |

## 7. MODO E PERIODICIDADE DAS PRESTAÇÕES DE CONTAS

30 (trinta) dias contados do recebimento do repasse mensal.

## 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)  |
| Certificado de Filantropia  |

## 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, 30 de março de 2020.



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 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, 30 de março de 2020.



NALDO WIEGERT  
Prefeito Municipal