



PREFEITURA DE BIGUAÇU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Termo Aditivo ao Plano Operativo Assistencial, firmado em 01/12/2019, relativo ao Convênio n. 004/2015, firmado entre Beneficência Camiliana do Sul('CONVENIADA') e Município de Biguaçu('MUNICÍPIO').

Considerando o estado de Calamidade Pública decorrente da Pandemia da COVID-19, que tem provocado grande crescimento no número de internações, inclusive de pacientes graves;

Considerando o teor do Decreto Municipal n. 071, de 20 de Março de 2020;

Considerando que a estrutura física do Hospital Regional Helmuth Nass dispõe de espaço físico para acomodar até 10(dez) leitos de UTI;

Considerando o elevado interesse público em melhorar a oferta imediata de leitos hospitalares à população desta Região;

Considerando que o Estado de Santa Catarina manifestou intenção de repassar parte dos equipamentos necessários à instalação dos leitos de UTI ao **MUNICÍPIO**

Considerando que o Município de Biguaçu se dispôs a adquirir os demais equipamentos necessários, conforme relação apresentada no Ofício 073/2020, expedido pela Beneficência Camiliana do Sul, As **partes** resolvem aditar o Plano Operativo Assistencial (POA) nos seguintes termos:

1. O **MUNICÍPIO** em parceria com o estado conforme ofício 895/2020 disponibilizará, no prazo de 15(quinze) dias, contados da assinatura do presente aditivo, os equipamentos abaixo arrolados:
 - 1.1. 10(dez) Ventiladores Pulmonares;
 - 1.2. 10(dez) Monitores Multiparametros;
 - 1.3. 1(um) carrinho de emergência;
 - 1.4. (1)um Desfibrilador;
 - 1.5. 40(quarenta) bombas de infusão;
 - 1.6. 30(trinta) suportes para soro;
 - 1.7. 1(um) Marca Passo;
 - 1.8. 1(um) Eletrocardiografo;
 - 1.9. 2(duas) macas para transportes de pacientes;
 - 1.10. 1(um) guincho para paciente obeso;
 - 1.11. 2(dois) balcões para atendimento ;
 - 1.12. 1(um) Balcão para Medicação Tampo em Inox;
 - 1.13. 3(três) Monitores CPU;
 - 1.14. 1(Um) Foco Móvel Led;
 - 1.15. Reformas e/ou acessórios para adequações da Ala;
2. Na hipótese do **MUNICÍPIO** preferir que parte dos equipamentos ou reforma, seja adquirida/realizada pelo **HOSPITAL** deverá repassar os recursos adicionais àqueles de que trata o item "4" deste aditivo, suficientes para esta compra e/ou locação, ciente de que a aquisição observará a sistemática em uso pela **CONVENIADA**.
3. O início da operação da UTI está condicionado à aquisição e recebimento de todos os equipamentos e adequações mencionados no item "1".

Rua Emídio Amorim Veríssimo, nº 114
Bairro Praia João Rosa – Biguaçu – CEP 88160-290
Telefone (48) 3039.8500 E-mail: saudebiguacu@gmail.com



PREFEITURA DE BIGUAÇU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

4. Além dos equipamentos necessários à instalação dos leitos de UTI, o **MUNICÍPIO** repassará, no prazo de 20(vinte) dias da assinatura do presente Aditivo, de acordo com a portaria nº 237 de 18/03/2020 do Ministério da Saúde, o valor de R\$ 1.600,00 a diária por Leito de UTI, sendo habilitados 10 leitos de UTI, um montante de R\$1.440.000,00(um milhão, quatrocentos e quarenta mil reais), necessário ao custeio dos referidos leitos, durante o período de 90(noventa) dias.
5. A obrigação do **MUNICÍPIO** repassar os valores independe do recebimento dos recursos de outras esferas de governo.
6. Estes recursos serão empregados na contratação e remuneração do pessoal próprio necessário ao atendimento do serviço, contratação e remuneração de empresas de prestação de serviços médicos e eventualmente de serviços auxiliares, exames e outros serviços terceirizados, aquisição de EPIs, materiais e medicamentos e custeio de toda e qualquer despesa relacionada direta ou indiretamente ao funcionamento dos leitos de UTI.
7. Desde que garantido o regular funcionamento dos leitos de UTI, havendo recursos excedentes os mesmos poderão ser utilizados para pequenas reformas ou aquisição de equipamentos, instrumentos hospitalares e melhorias contínuas que neste caso passarão a integrar o patrimônio do **MUNICÍPIO**.
8. Na hipótese dos custos de manutenção dos leitos de UTI, superarem o valor da diária referida no item "4", em função da elevação de custos de medicamentos, EPIs, ou outros fatores, o **CONVENIADO**, comprovará esta condição ao **MUNICÍPIO** que se obriga a repassar a diferença no mês subsequente.
9. Havendo dificuldades para aquisição de medicamentos ou outros insumos, o **MUNICÍPIO** poderá repassar ao **CONVENIADO** medicamentos de que disponha ou que possa obter junto ao Estado de Santa Catarina.
10. Em razão de que o **CONVENIADO** terá que contratar pessoal próprio e terceirizados bem como suportar a despesa de funcionamento da UTI independentemente da efetiva ocupação dos leitos, o valor de que trata o item "4" será repassado independentemente do número de pacientes internados na UTI.
11. O **CONVENIADO** obriga-se a manter em funcionamento os leitos de UTI de que trata este aditivo, pelo prazo de 90(noventa) dias.
12. Para fins da contagem deste prazo, o **CONVENIADO** comunicará formalmente ao **MUNICÍPIO** o início do funcionamento dos leitos de UTI.
13. Concluído o período de funcionamento, salvo se interessar a **MUNICÍPIO** ou ao Estado de Santa Catarina a habilitação permanente destes leitos, o serviço será automaticamente desmobilizado, hipótese em que os equipamentos ficarão disponíveis para serem retirados pelo Ente Governamental que os tiver repassado à sua custa.



PREFEITURA DE BIGUAÇU
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

14. Se, após este período, o **CONVENIADO** for obrigado a manter o funcionamento dos leitos de UTI, por determinação do Poder Público, ordem judicial ou qualquer razão, o **MUNICÍPIO**, fica obrigado a antecipar os recursos do período de prorrogação, como condição para manutenção do funcionamento.
15. O **MUNICÍPIO** se responsabiliza pela regularização da UTI provisória junto à Vigilância Sanitária.
16. Nos termos do Decreto Municipal n. 071/2020, fica dispensado o cumprimento das metas previstas no Plano Operativo Assistencial.

Biguaçu, 27 de Julho de 2020.



Ramon Wollinger
Prefeito Municipal



Andréa Margarida Coelho
Secretária Municipal de Saúde



Márcio Sottana
Diretor do Hospital Regional de Biguaçu



Testemunhas
Camiliana do Sul
Hospital Regional Helmut Nass
Berenice M. Bernardi
Supervisor Adm. de Pessoal
CPF: 526.273.739-00