



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
**MUNICÍPIO DE MAXIMILIANO DE ALMEIDA**

**PROJETO DE LEI Nº 072/2025, DE 26 DE MAIO DE 2025**

AUTORIZA AO PODER EXECUTIVO A CELEBRAR  
TERMO DE FOMENTO COM A SOCIEDADE  
BENEFICENTE SÃO JOSÉ - HOSPITAL SÃO JOSÉ E DÁ  
OUTRAS PROVIDÊNCIAS.

**ANDRÉ FERNANDO ZUCUNELLI**, Prefeito Municipal de Maximiliano de Almeida, Estado do Rio Grande do Sul, no uso das atribuições que lhe são concedidas pela Lei Orgânica do Município,

Faço saber, em cumprimento ao disposto na Lei Orgânica do Município, que enviou para a apreciação do Poder Legislativo Municipal o seguinte projeto de Lei:

**Art. 1º** Fica o Poder Executivo autorizado a firmar Termo de Fomento com a SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO JOSÉ - HOSPITAL SÃO JOSÉ, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 91.335.828/0001-56, com sede na Rua Vitório Setti, nº 195, na cidade de Maximiliano de Almeida.

**Parágrafo Único.** O Termo de que trata este artigo tem por objetivo auxiliar nos serviços prestados pelo Hospital a população do Município e será aplicado de acordo com o disposto no Plano de Trabalho que passa a fazer parte integrante desta Lei.

**Art. 2º** O valor do repasse será de até R\$ 102.990,00 (cento e dois novecentos e noventa reais) mensais, a serem repassados em parcelas mensais e consecutivas, sendo a primeira no mês de maio de 2025.

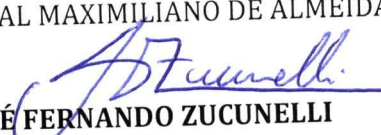
**Art. 3º** O Termo de Fomento a ser firmado entre o Município e a SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO JOSÉ - HOSPITAL SÃO JOSÉ, será publicado no Portal da transparência após sua assinatura.

**Art. 4º** As disposições desta Lei ficam inclusas no Plano Plurianual de Investimentos, na Lei de Diretrizes Orçamentárias e Lei Orçamentária, vigentes neste exercício.

**Art. 5º** Para atendimento das disposições da presente lei fica autorizada a abertura de crédito adicional a ser aberto por Decreto Municipal.

**Art. 6º** Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação, produzindo seus efeitos a partir do mês de maio de 2025.

GABINETE DO PREFEITO MUNICIPAL MAXIMILIANO DE ALMEIDA/RS, 26 DE MAIO DE 2025.

  
**ANDRÉ FERNANDO ZUCUNELLI**  
Prefeito Municipal

**Câmara Municipal de Vereadores**  
Maximiliano de Almeida - RS

Recebi em 26 / 05 / 2025

Hora 15h, 09

Assin. Danieli Acorsi



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
**MUNICÍPIO DE MAXIMILIANO DE ALMEIDA**

**EXPOSIÇÃO DE MOTIVOS**

Maximiliano de Almeida, RS, 26 de maio de 2025.

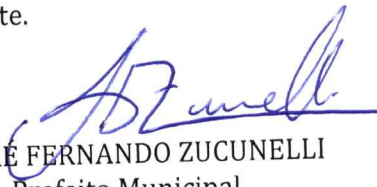
Senhor Presidente, Senhores Vereadores.

Cumpre-me encaminhar para a apreciação dessa Colenda Casa, o Projeto de Lei Municipal em apenso, que solicita autorização legislativa, a fim de que o Poder Executivo possa firmar Termo de Fomento com a **SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO JOSÉ - HOSPITAL SÃO JOSÉ**, e dá outras providências.

O Município mantém convênio com a instituição hospitalar para os atendimentos na área de saúde, razão pela qual através do projeto em epígrafe objetivamos a sua renovação e continuidade, nos termos do respectivo Plano de Trabalho, o qual estamos anexando a este projeto para conhecimento.

Assim, passo às mãos de Vossas Excelências o presente Projeto de Lei, permitindo-me solicitar sua tramitação em regime de urgência e esperando que pelas razões que ensejaram seu encaminhamento, receba dessa Colenda Casa Legislativa a unânime aprovação.

Atenciosamente.

  
ANDRÉ FERNANDO ZUCUNELLI  
Prefeito Municipal

## PLANO DE TRABALHO

### 1 -DADOS CADASTRAIS E CARACTERÍSTICAS

|                              |                                                                                                    |                  |                |
|------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|----------------|
| Nome da Entidade:            | SOCIEDADE BENEFICENTE SAOJOSE-HOSPITAL SAO JOSE                                                    |                  |                |
| C.N.P.J:                     | 91.335.828/0001-56                                                                                 |                  |                |
| Endereço:                    | RUA VITORIO SETTI-195                                                                              |                  |                |
| Município:                   | MAXIMILIANO DE ALMEIDA                                                                             | U.F.R.S.C.E.P:   | 99890-000      |
|                              |                                                                                                    | DDD/Telefone/FAX | 543397-1147    |
| Conta Bancária:              | 9775-6                                                                                             | Banco            | 001            |
|                              |                                                                                                    | Agência          | 4508-x         |
| Data de constituição         | 05.08.1968                                                                                         |                  |                |
| Nome do Responsável:         | ONORI MUTERLLE                                                                                     |                  |                |
|                              |                                                                                                    | ICPF             | 308.666.500-91 |
| Período do mandato:          | 02 anos                                                                                            | Cargo:           | PRESIDENTE     |
| Endereço:                    | Linha Alto Caçador, S/N Maximiliano de Almeida-RS                                                  |                  |                |
|                              |                                                                                                    | C.E.P.           | 99890-000      |
| Caracterização:              | Atendimento médico-hospitalar                                                                      |                  |                |
| Finalidade                   | Atendimento médico-hospitalar                                                                      |                  |                |
| Histórico e área de atuação: | Atendimento a população do Município, conforme termos pactuados no Termo de Fomento a ser firmado. |                  |                |

### 2 -PROPOSTA DE TRABALHO

Nome do Projeto/Atividade:  
Atendimento medico-hospitalar

Prazo de Execução:  
12 MESES

Objetivo geral: Cooperação técnica, bem como a manutenção da cobertura médico-hospitalar proveniente de plantão médico-hospitalar e procedimentos nas dependências do Hospital conveniente e UBS do Município, abrangendo o atendimento médico-hospitalar no sistema de plantão em regime de sobreaviso, atendimentos ambulatoriais, transporte de pacientes, atendimentos de Pré-Natal, serviços de fisioterapia, realização de exames, para prestar atendimento a munícipes.

Público alvo: POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO

Objeto da parceria: ATENDIMENTO MÉDICO-HOSPITALAR

Impacto social esperado: MELHORIA NO ATENDIMENTO DA SAÚDE DO MUNICÍPIO

### 3 -CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO DE METAS

| Metas | Etapa/<br>Fase | Especificação                    | Indicador Físico |            | Duração    |            |
|-------|----------------|----------------------------------|------------------|------------|------------|------------|
|       |                |                                  | Unidade          | Quantidade | Início     | Término    |
| 1     | 1/1            | Atendimento<br>medico-hospitalar | PESSOAS          | 4.200      | 01/06/2025 | 31/05/2026 |

#### 4 -DESCRIÇÃO DAS AÇÕES

| Meta |                               | Ações                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|------|-------------------------------|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1    | Atendimento médico-hospitalar | POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO | Disponibilização de profissional de medicina para executar programa Pré - Natal em 01 turno semanal, compreendendo a disponibilização de até 60 (sessenta) consultas mensais realizadas na UBS do Município;<br><br>REPASSE MENSAL DE R\$7.200,00                                                                                                                                                                                                              |
| 2    | Transporte de Pacientes       | POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO | Disponibilização de profissionais (01 enfermeira e 01 técnica De enfermagem) para executar o programa de Transporte de Urgência e Emergência de pacientes, sendo o veículo de responsabilidade única do Município, e o motorista de responsabilidade de ambas as partes, sendo disponibilizado 01 (uma) semana pelo Hospital e 01 (uma) semana pelo Município, assim sucessiva e continuamente até o final do convênio;<br><br>REPASSE MENSAL DE R\$10.500,00. |
| 3    | Serviços de Fisioterapia      | POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO | Disponibilização de 02 profissionais habilitados para a área de fisioterapia, 20 horas semanais cada profissional, sendo que um profissional deverá atender as necessidades da Secretaria Municipal de Saúde e outro as necessidades do Hospital;<br><br>REPASSE MENSAL DE R\$6.000,00                                                                                                                                                                         |
| 4    | Atendimento médico-hospitalar | POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO | Plantão médico para casos de urgência, emergência e atendimentos SUS, durante 24 horas por dia, compreendendo na totalidade dos períodos sete dias por semana, através do sistema de sobreaviso;<br><br>REPASSE MENSAL DE R\$ 49.000,00;                                                                                                                                                                                                                       |
| 5    | Serviços Ambulatoriais        | POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO | Disponibilização de 50 procedimentos ambulatoriais mensais, dentro da complexidade hospitalar;<br><br>REPASSE MENSAL DE R\$ 15.000,00                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| 6    | Exames                        | POPULAÇÃO DO MUNICÍPIO | Realização de exames, conforme relação anexa, precedidos de , autorização específica pela Secretaria Municipal de Saúde.<br><br>REPASSE PROPORCIONAL MENSAL DE ATÉ 15.290,00                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

#### 5 - PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS (R\$1,00)

| Quantidade | Descrição               | Valor mensal | Valor anual  |
|------------|-------------------------|--------------|--------------|
| 1          | Atend.médico hospitalar | 102.990,00   | 1.235.880,00 |

6 -CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO- 102.990,00 mensal

7 -ESTIMATIVA DE DESPESAS - 102.990,00 mensal

8 -MODO E PERIODICIDADE DAS PRESTACOES DE CONTAS

- Parcial-ate o dia 10 do mes subsequente ao da transferencia dos recursos.
- Final-ate o 15ºdia útil do término de vigência.

9 -PRAZO DE ANALISE DA PRESTACÃO DE CONTAS PELA ADMINISTRAÇÃO PÚBLICA.

- Até Dez (10)dias,contados da data de seu recebimento ou do cumprimento de diligência determinada,prorrogável justificadamente por igual periodo.

Maximiliano de Almeida, 26 de maio de 2025.

ONORI

MUTERLLE:3086665009

1

Assinado de forma digital por  
ONORI MUTERLLE:30866650091  
Dados: 2025.05.26 08:57:43  
-03'00'

---

**ONORI MUTERLLE**

**CPF 308.666.500-91**

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO JOSÉ  
MAXIMILIANO DE ALMEIDA - RS  
CNPJ - 91.335.828/0001-56

RELACÃO DE EXAME SUB ITEM 6 DO ITEM 4 - PLANO DE TRABALHO.

| TIPO DE EXAMES                                                            | QDADE. MÁXIMA | VLR. UNITÁRIO | VALOR TOTAL   |
|---------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------|---------------|
| Ecodoppler Arterial                                                       | 2             | R\$ 300,00    | R\$ 600,00    |
| Ecodoppler de Carótidas + Vertebrais                                      | 2             | R\$ 250,00    | R\$ 500,00    |
| Ecodoppler Venoso                                                         | 2             | R\$ 250,00    | R\$ 500,00    |
| US Abdomen superior - figado, visícula ou vias biliares                   | 5             | R\$ 160,00    | R\$ 800,00    |
| US Abdomen Total                                                          | 7             | R\$ 180,00    | R\$ 1.260,00  |
| US articulares , ombro, joelho, cotovelo, tempora, madibular, punho e mão | 10            | R\$ 160,00    | R\$ 1.600,00  |
| Us Balsa Escrotal                                                         | 1             | R\$ 160,00    | R\$ 160,00    |
| US Dopler Tireióide                                                       | 3             | R\$ 250,00    | R\$ 750,00    |
| Us Hipocôndrio Direito                                                    | 1             | R\$ 160,00    | R\$ 160,00    |
| US Inguinal                                                               | 1             | R\$ 160,00    | R\$ 160,00    |
| US Mamas Bilateral                                                        | 10            | R\$ 160,00    | R\$ 1.600,00  |
| US Obstétrico                                                             | 10            | R\$ 160,00    | R\$ 1.600,00  |
| US Órgãos e Estruturas Superficiais ( partes moles)                       | 10            | R\$ 160,00    | R\$ 1.600,00  |
| US Pélvico Ginecológico                                                   | 2             | R\$ 160,00    | R\$ 320,00    |
| US Pélvico Transvaginal                                                   | 10            | R\$ 160,00    | R\$ 1.600,00  |
| US próstata via abdominal                                                 | 2             | R\$ 160,00    | R\$ 320,00    |
| US Tireóide                                                               | 2             | R\$ 160,00    | R\$ 320,00    |
| US Aparelho Urinário                                                      | 3             | R\$ 180,00    | R\$ 540,00    |
| US Transretal da Próstata                                                 | 3             | R\$ 300,00    | R\$ 900,00    |
| Totais                                                                    | 86            |               | R\$ 15.290,00 |

Maximiliano de Almeida, 26 de maio de 2025.

ONORI  
MUTERLLE:30866650091  
Assinado de forma digital por  
ONORI MUTERLLE:30866650091  
Dados: 2025.05.26 08:37:01 -03'00'

ONORI MUTERLLE  
Presidente  
CPF 308.666.500-91