



ANEXO I

DOC N° 030/2026

PROTOCOLADO

Em 19/03/2026

Elebr

Ass. Responsável

MINUTA TERMO DE CONVÊNIO N° XXX/2026

Convênio de repasse de recursos aos serviços prestados pelo **Hospital de Clínicas de Passo Fundo** ao Município de Rio dos Índios/RS.

O **MUNICÍPIO DE RIO DOS ÍNDIOS**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ sob nº 94.704.103/0001-86, estabelecido na Rua Ângelo Santinelli, 315, Rio dos Índios/RS, por seu Poder Executivo, neste ato representado pelo Prefeito Municipal, Sr. **Flavio Golin**, brasileiro, casado, Portador da Cédula de Identidade 5068399764 SSP/PC RS, inscrito no CPF nº 897.993.130-15, residente e domiciliado nesta Cidade. E de outro lado o **HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PASSO FUNDO**, pessoa jurídica de direito privado, inscrito no CNPJ sob nº 92.030.543/0001-70, com sede na Rua Tiradentes, 295, Centro, em Passo Fundo, por seu representante legal **Paulo Adil Ferenci**, brasileiro, casado, advogado, portador do CPF nº 066.588.140-15 e da CI RG nº 6004870397/SSP/RS, residente e domiciliado na Rua Paissandu, 641, ap. 202, Centro, em Passo Fundo, CEP 99010-100, presidente, devidamente autorizados pela Lei Municipal nº XXX, resolvem celebrar o presente Termo de Convênio, mediante as cláusulas e condições seguintes:

Do Objeto: O presente Termo de Convênio tem como objeto a prestação de serviços pela Conveniada, de maneira **PARTICULAR**, não incluindo o serviço prestado pelo Sistema Único de Saúde, com prévia e expressa autorização da Conveniente. São eles: Diagnóstico por imagem, laboratório e consultas por especialidades.

Cláusula 1ª: A Conveniada obriga-se a atender os munícipes da **CONVENIENTE**, mediante prévia comunicação para agendamento, para realização dos serviços acima elencados.

Cláusula 2ª: A **CONVENIADA** exigirá, como condição para atendimento aos munícipes da **CONVENIENTE**, apresentação de documentação comprobatória de





identidade civil (CNH, RG, CPF, CTPS, Passaporte e Carteira de Identidade Profissional), **AUTORIZAÇÃO DA CONVENETE** (a qual deverá conter carimbo e assinatura do responsável pelos empenhos), bem como, a **REQUISIÇÃO MÉDICA**, quando o for caso (a qual deverá conter carimbo e assinatura do médico solicitante).

Parágrafo Único: Em se tratando em caso de urgência comprovada, a CONVENIADA prestará atendimento aos munícipes da CONVENETE, que deverá regularizar a situação com a CONVENIADA em até 48 horas úteis.

Cláusula 3ª: A revisão de consultas médicas deverá ocorrer no prazo de até 15 (quinze) dias, contados a partir da data em que colaborador tenha realizado a consulta.

Cláusula 4ª: De acordo com a norma institucional, as consultas nas subespecialidades de psiquiatria e psicologia não possuem revisão.

Cláusula 5ª: As consultas não incluem medicação, internação, exames laboratoriais ou de diagnósticos por imagem.

Cláusula 6ª: A contraprestação pecuniária pelos serviços prestados, previamente acordada e estipulada pelas partes, encontra-se no Anexo 01.

Parágrafo Único – Os valores constantes no Anexo 01, correspondentes aos serviços prestados, poderão ser alterados, mediante notificação com antecedência mínima de 30 dias, bem como, anuência da outra parte.

Cláusula 7ª: O pagamento dos serviços prestados será através de boleto bancário, com vencimento para o dia 10 do mês seguinte ao faturamento.

Cláusula 8ª: Pelos serviços prestados a CONVENIADA remeterá, mensalmente, juntamente com boleto, fatura com todas as despesas relativas à competência do mês. A fatura conterà todos os serviços prestados de maneira discriminada, bem como, com as guias de prestação de serviços previamente autorizadas.

Cláusula 9ª: O período do faturamento será do primeiro ao nono dia de cada mês. Sendo assim, a nota fiscal será emitida no décimo dia de cada mês.

Cláusula 10ª: Em havendo inadimplência da CONVENETE a CONVENIADA está autorizada a suspender o atendimento aos munícipes da CONVENETE até o efetivo pagamento do débito.

DOC N° 050/2026

PROTOCOLADO

Em 19 / 03 / 2026

Cláudia





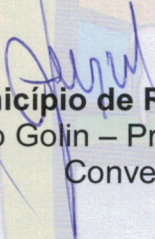
Cláusula 11ª: Caso a inadimplência supere o período de 30 (trinta) dias o contrato será considerado extinto de pleno direito.

Cláusula 12ª: Este Termo terá vigência pelo prazo de 12 (doze) meses a contar de 1º de março de 2026, podendo ser prorrogado por igual prazo, a critério da Administração Pública.

Parágrafo Único – O presente contrato poderá ser denunciado por qualquer das partes, a qualquer tempo, desde que notifique a outra parte com antecedência mínima de 30 (trinta) dias.

E assim, por estarem justos e contratados, firmam o presente contrato em duas vias de igual teor e forma, que vão assinadas pelos representantes abaixo, para que produzam seus efeitos legais.

Passo Fundo, 10 de março de 2026.


Município de Rio dos Índios
Flavio Golin – Prefeito Municipal
Convenente


Hospital de Clínicas de Passo Fundo
Paulo Adil Ferenci - Presidente
Conveniada

Testemunhas:

DOC N° 0501/2026

PROTOCOLADO

Em 15/03/2026


Ass. Responsável





ANEXO II

RADIOGRAFIAS			
RX ABDÔMEN AGUDO	R\$ 41,82	RX COLUNA COM OBLÍQUAS	R\$ 52,28
RX ADBÔMEN SIMPLES	R\$ 39,73	RX COXA ou PERNA	R\$ 39,73
RX ANTEBRAÇO OU PUNHO	R\$ 39,73	RX CRÂNIO ou SELA TURSICA	R\$ 39,73
RX ARCOS COSTAIS	R\$ 41,82	RX DACRIOCISTOGRAFIA - UM OLHO	R\$ 439,15
RX ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL	R\$ 39,73	RX DACRIOCISTOGRAFIA - DOIS OLHOS	R\$ 658,73
RX BACIA	R\$ 39,73	RX ESOFAGO	R\$ 104,56
RX BRAÇO	R\$ 39,73	RX FISTULOGRAFIA	R\$ 156,84
RX CAVUM	R\$ 39,73	RX FLEBOGRAFIA	R\$ 355,50
RX COLANGIOPLASTIA	R\$ 125,47	RX JOELHO	R\$ 39,73
RX COLUNA (CADA SEGMENTO)	R\$ 41,82	RX HISTEROSSALPINGOGRAFIA	R\$ 397,33
RX COLUNA COM OBLÍQUAS	R\$ 52,28	RX VIDEODEGLUTOGRAMA	R\$ 450,00
RX MÃO	R\$ 36,60	RX SEIOS DA FACE	R\$ 39,73
RX MÃO E PUNHO P/ IDADE OSSEA	R\$ 50,19	RX TORNOZELO	R\$ 36,60
RX MIELOGRAFIA	R\$ 402,56	RX TORAX	R\$ 41,82
RX OMBRO ou CLÁVICULA	R\$ 39,73	RX TRÂNSITO INTESTINAL	R\$ 167,30
RX OSSOS DA FACE	R\$ 39,73	RX URETROCISTOGRAFIA	R\$ 203,89
RX PÉ ou CALCÂNEO	R\$ 39,73	RX UROGRAFIA EXCRETORA	R\$ 203,89
RX PIELOGRAFIA	R\$ 162,07	MAMOGRAFIA	R\$ 104,56
CENTRO DE DIAGNOSTICO			
AUDIOMETRIA OCUPACIONAL	R\$ 35,00	AUDIOMETRIA TONAL E VOCAL	R\$ 120,00
COLONOSCOPIA	R\$ 652,00	ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA	R\$ 369,00
ESPIROMETRIA	R\$ 104,56	RETOSIGMOIDOSCOPIA	R\$ 363,00
EXAMES CARDIOLOGICOS			

DOC N° 050/2026

PROTOCOLADO

Em 19/03/2026

elton

Ass. Responsável





ECOCARDIOGRAMA UNI E BIDIMENSIONAL COM DOPPLER	R\$ 330,00	ECOCARDIOGRAMA COM ESTRESSE FARMACOLÓGICO C/ CONTRASTE ESPECÍFICO	R\$ 1.120,00
ECOCARDIOGRAMA COM ESTRESSE FARMACOLÓGICO	R\$ 670,00	TESTE ERGOMÉTRICO	R\$ 125,47
ECOCARDIOGRAMA TRANSESOFÁGICO	R\$ 670,00	MAPA 24 HORAS	R\$ 135,93
ECOGRAFIA FETAL	R\$ 330,00	HOLTER 24 HORAS	R\$ 135,93
ELETROCARDIOGRAMA	R\$ 30,00	TILT TEST	R\$ 780,00
EXAMES NEUROLÓGICOS			
ELETROENCEFALOGRAMA EM SONO OU VIGILIA	R\$ 365,96	ELETROENCEFALOGRAMA	R\$ 125,47
EXAMES URODINAMICA			
ESTUDO URODINAMICA	R\$ 750,00	UROFLUXOMETRIA	R\$ 250,00
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA			
RM CRÂNIO	R\$ 517,57	RM TORAX	R\$ 517,57
RM COLUNA (POR SEGMENTO)	R\$ 517,57	RM ABDÔMEN SUPERIOR ou PELVE	R\$ 517,57
RM PESCOÇO	R\$ 517,57	RM ATM (ART. TÊMPORO-MANDIBULAR)	R\$ 517,57
RM SEGMENTO DO MEMBRO INFERIOR (perna, coxa, joelho, perna, tornozelo, ante pé e pé) cada segmento	R\$ 517,57	RM SEGMENTO DO MEMBRO SUPERIOR (ombro, braço, antebraço, cotovelo, punho e mão) cada segmento.	R\$ 517,57
RM MULTIPARAMÉTRICA DE PROSTATA	R\$ 752,83	RM DE MAMAS	R\$ 752,83
RM ANGIORRESSONÂNCIA MAGNÉTICA (SEGMENTO)	R\$ 517,57	RM COLANGIORESSONÂNCIA	R\$ 517,57
RM ABDÔMEN SUPERIOR + CONTRASTE HEPATOESPECÍFICO (PRIMOVIST)	R\$ 935,81	RM ENTERORESONANCIA	R\$ 773,74

DOC N°

050/2026

PROTOCOLADO

Em

19 / 03 / 2026

Ass. Responsável

Rua Ângelo Santinelli, N° 315 | Centro, Rio dos Índios – RS | CEP: 99610-000

administracao@riodosindios.rs.gov.br

54 | 3571 0000 - 54 | 3571*0001





RM QUANTIFICAÇÃO DE FERRO HEPÁTICO (HEMOCROMATOSE)	R\$ 517,57	RM ABDÔMEN INFERIOR PARA ENDOMETRIOSE	R\$ 517,57
RM ABDÔMEN INFERIOR PARA FÍSTULA ANAL	R\$ 517,57	RM PAREDE ABDOMINAL	R\$ 517,57
RM REGIÃO INGUINAL	R\$ 517,57	RM ANGIO RM CERVICAL OU PESCOÇO ARTERIAL	R\$ 517,57
RM ANGIO RM CEREBRAL VENOSA	R\$ 517,57	RM ANGIO CERVICAL OU PESCOÇO VENOSA	R\$ 517,57
RM ANGIO ARTERIAL DE MEMBROS (INFERIOR UNILATERAL)	R\$ 517,57	RM ANGIO DA AORTA TORÁCICA	R\$ 517,57
RM ANGIO DA AORTA TORÁCICA COM PAREDE ARTERIAL	R\$ 517,57	RM ANGIO RM DA AORTA ABDOMINAL	R\$ 517,57
RM ANGIO DA AORTA ABDOMINAL COM PAREDE ARTERIAL	R\$ 517,57	RM BACIA	R\$ 517,57
RM ARTICULAÇÕES SACROILÍACAS	R\$ 517,57		
TOMOGRAFIA			
ANGIOTOMOGRAFIA ABDÔMEN TOTAL	R\$ 786,29	TC ARTICULAÇÕES (cada)	R\$ 271,86
ANGIOTOMOGRAFIA (CADA SEGMENTO VEN. OU ART.)	R\$ 786,29	TC COLUNA (CADA SEGMENTO)	R\$ 271,86
ANGIOTOMOGRAFIA AORTA ABDOMINAL	R\$ 786,29	ANGIOTOMOGRAFIA AORTA TORACICA	R\$ 786,29
TC ABDOMEN INFERIOR (PELVE)	R\$ 402,56	TC CRÂNIO	R\$ 271,86
TC ABDÔMEN TOTAL	R\$ 486,20	TC ESCANOMETRIA ELETRONICA	R\$ 230,03
TC MEMBROS (cada)	R\$ 271,86	TC PESCOÇO OU REG.CERVICAL	R\$ 402,56
TC MIELOTOMOGRAFIA (CADA SEGMENTO)	R\$ 585,54	TC RENAL (SEM CONTRASTE)	R\$ 486,20
TC OSSOS	R\$ 271,86	TC SEIOS DA FACE	R\$ 303,22
TC OUVIDOS/MASTÓIDES	R\$ 392,10	TC TORAX	R\$ 402,56
TC CORONARIANA	R\$ 961,95	TC ESCORE DE CÁLCIO	R\$ 402,56
ULTRASSONOGRAFIA			
US ABDÔMEN SUPERIOR	R\$ 94,10	US PELVICO	R\$ 67,96

DOC N° 050/2026

PROTOCOLADO

Em 19 / 03 / 2026

eletan
Ass. Responsável

