

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA SÃO VICENTE DE PAULO**SETOR FINANCEIRO**

TELEFONE: (35) 3831-7800

Rua D. Pedro II, 481, Centro - CEP: 37270-000

**PLANO DE TRABALHO****1 – IDENTIFICAÇÃO DO PROPONENTE****RAZÃO SOCIAL:** Santa Casa de Misericórdia São Vicente de Paulo**CNPJ:** 19.128.248/0001-60**REGISTRO NO CNES:** 2192020**ENDEREÇO:** Rua Dom Pedro II, 481 - Centro**CIDADE:** Campo Belo**U.F.:** MG**CEP:** 37.270-000**TELEFONE:** (35) 3831-7800**NOME DO REPRESENTANTE LEGAL:**

Aristóbulo Silva Furtado Junior

CPF: 515.845.656-91**ENDEREÇO ELETRÔNICO (email):** financeiro.santacasacb@gmail.com**TELEFONE (fixo):** 35 3831 7800**TELEFONE CELULAR:** 35 9 9943 8611**NOME DO GESTOR DO PROJETO:**

Anataniel Reis Oliveira

CPF: 773.951.236-20**ENDEREÇO ELETRÔNICO (email):**SANTACASACB@SANTACASADECAMPOBELO.COM.BR**TELEFONE (fixo):** 35 3831 7800**TELEFONE CELULAR:** 35 9 8811 0474**2 – TIPO DE PROJETO****NOME DO PROJETO:** VALORIZANDO A VIDA**OBJETO DA PARCERIA:** Aquisição de Medicamentos e Materiais para uso hospitalar**OBJETIVO:** Aquisição de Medicamentos e Materiais**JUSTIFICATIVA DO PROJETO:** Assegurar a continuidade e a efetividade dos tratamentos médicos oferecidos aos pacientes, com a disponibilização dos medicamentos e materiais necessários para o sucesso terapêutico e prevenção de complicações.**RESULTADOS ESPERADOS:** Reposição de Estoque**PERÍODO DE EXECUÇÃO:** 12 meses**PÚBLICO ALVO:** Todos os pacientes internados e ou atendidos ambulatoriamente na entidade SUS

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA SÃO VICENTE DE PAULO**SETOR FINANCEIRO**

TELEFONE: (35) 3831-7800

Rua D. Pedro II, 481, Centro - CEP: 37270-000

**INDICADORES/ FORMA DE AFERIÇÃO DO CUMPRIMENTO DAS METAS:**

- Manter Medicamentos e Materiais dentro das Validades;
- Apresentação da Prestação de Contas;
- Publicação no Site e mural da Entidade das Prestações de Contas apresentadas;
- Pesquisa de Satisfação de Clientes;
- Relatório de Entrada e Saída Medicamentos/Materiais;
- Percentual de Aquisição dos itens adquiridos conforme Plano de Trabalho.

3-EXECUÇÃO DAS METAS:

METAS	DESCRIÇÃO DA META E AÇÕES NECESSÁRIAS	PRAZO DE XECUÇÃO
- Manter estoque da Farmácia; -Adquirir 100% dos Itens previstos n Plano de Trabalho	Para aquisição de todos os produtos será utilizado as Cotações Via Portal SMART COMPRAS	12 meses (As aquisições serão realizadas de acordo com a disponibilização dos Recursos Financeiros)

4-CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO (a ser preenchido em conjunto com o município)**5- DADOS BANCÁRIOS:****BANCO:** Caixa Federal**AGÊNCIA:** 4258**CONTA:** 575976207-5**6- PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS**

Item	Especificação da despesa	Valor Unitário/Aproximadamente	Valor Total
01	1.276 Ampolas-Ceftriaxona 1G IM/IV	R\$ 5,80	R\$ 7.400,80
02	2.000 Ampolas Dipirona 500 Mg/ML (2 ML)	R\$ 0,69	R\$ 1.380,00
03	239 Unidades SF 0,9% 100 ML	R\$ 3,59	R\$ 858,00
04	1.000 Unidades Ringer Lactado 500 ML	R\$ 5,72	R\$ 5.720,00
05	1.000 Unidades Soro Glicosado 500 ML	R\$ 4,49	R\$ 4.490,00

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA SÃO VICENTE DE PAULO**SETOR FINANCEIRO**

TELEFONE: (35) 3831-7800

Rua D. Pedro II, 481, Centro - CEP: 37270-000

**Santa Casa**
CAMPO BELO

06	5.000 Unidades de Agua Destilada 5 ML	R\$ 0,23	R\$ 1.150,00
07	100 Pacotes com 50 Unidades –Campo Operatório 45X 50 Alva	R\$ 110,00	R\$ 11.000,00
08	200 Pacotes com 200 unidades de Compressas de Gases 25 X 28 Estéril	R\$ 8,85	R\$ 1.770,00
09	200 Unidades de Esparadrapo (10X 4,5)	R\$ 8,99	R\$ 1.798,00
10	1.444 Unidades de Seringa de 5 Ml com agulha	R\$ 0,30	R\$ 433,20
VALOR TOTAL DA PARCERIA		• Como comprovação dos Valores Unitários dos Produtos segue em anexo as Cotações.	R\$ 36.000,00
7 – PREVISÃO DA CONTRAPATIDA, SE FOR O CASO : R\$ 00,00			
8 – AÇÕES QUE DEMANDARÃO PAGAMENTO EM ESPÉCIE QUANDO FOR O CASO : Não Ocorrerá			
Data: 09 de Maio de 2025 ANATANIEL REIS OLIVEIRA:77395123620 Responsável pela elaboração do Plano de Trabalho Anataniel dos Reis Oliveira CPF 773.951.236-20 ARISTOBULO SILVA FURTADO JUNIOR:51584565691 Aristóbulo Silva Furtado Junior CPF 515.845.656-91 Provedor Santa Casa de Misericórdia São Vicente de Paulo			



Prefeitura Municipal de Campo Belo

ESTADO DE MINAS GERAIS

TERMO DE CONVÊNIO Nº 018 /2025

CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE CAMPO BELO ATRAVÉS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E SANTA CASA DE MISERICÓRDIA SÃO VICENTE DE PAULO.

O **MUNICÍPIO DE CAMPO BELO**, pessoa jurídica de direito público, inscrito no CNPJ sob o n.º 18.659.334/0001-37, através da Secretaria Municipal de Saúde, situada na Rua Expedicionário Boavidir Massote, 520, Vila Escolástica, Campo Belo/MG, CEP 37.270-000, representada pelo Secretário da Saúde, Juliano Furtado Freire, CI nº 02146284737, CPF nº 035.910.626-93, aqui denominado simplesmente **CONCEDENTE**, e a **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA SÃO VICENTE DE PAULO**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 19.128.248/0001-60, neste ato representada por seu Provedor, Aristóbulo Silva Furtado Júnior, portador do CPF nº 515.845.656-91 e RG nº M-4.143.354 SSP/MG, com domicílio na Rua Com. Francisco Rodrigues Neves, nº 437, apto. 101, Centro, CEP 37.270-000 e pelo Presidente do Conselho Deliberativo, Wilton Alvarenga, portador do CPF nº 697.896.576-68 e RG nº MG – 5.023.221 SSP/MG, casado, domiciliado na Rua Santos Dumond, 1, Casa G, Campo Belo - MG, neste Município, adiante denominada simplesmente **CONVENENTE**, **RESOLVEM** celebrar o presente Convênio, nos termos da Lei nº 8.080/90, da Lei nº 14.133/2021, Lei 4.328/2025, mediante as cláusulas e condições a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO:

1.1. O presente convênio tem por objeto e finalidade o apoio financeiro no valor de R\$ 36.000,00 (trinta e seis mil reais) à **CONVENENTE**, através de repasse de recursos autorizados pela Lei nº 4.328, de 25 de junho de 2025, que altera a Lei nº 4.281 de 26 de dezembro de 2024, que estima a receita e fixa a despesa do orçamento fiscal do Município de Campo Belo-MG para o exercício de 2025, para promoção dos remanejamentos das programações orçamentárias relativas a emendas parlamentares impositivas, com a finalidade de aquisição de medicamentos e materiais para us hospitalar, conforme plano de trabalho que é parte integrante deste termo.

2. CLÁUSULA SÉTIMA – DOS RECURSOS; VALOR GLOBAL E DA FORMA DE PAGAMENTO:

2.1. O montante total de recursos a serem empregados na execução do objeto do presente Termo de Convênio é de R\$ 36.000,00 (trinta e seis mil reais).

2.2. O valor constante neste instrumento de Convênio será repassado de acordo com as disponibilidades orçamentárias do Município de Campo Belo, ressalvando-se eventuais

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Expedicionário Boavidir Massote, 520, Vila Escolástica, Campo Belo/MG, CEP 37.270-000
Telefax (35) 3831-7950, e-mail: juridicosaude@campobelo.mg.gov.br



Prefeitura Municipal de Campo Belo

ESTADO DE MINAS GERAIS

ajustes orçamentários que se fizerem necessários, devendo ser ajustados de acordo com a termo aditivo e reprogramação da despesa prevista.

2.3. A CONVENIENTE deverá fazer a publicação em seu sítio eletrônico da presente minuta, do plano de trabalho, assim como dos valores recebidos, no prazo de até 10 (dez) dias úteis, contados do recebimento do incentivo.

2.4. Em caso de não publicação, a CONVENIENTE poderá sofrer pena de multa de até 0,5 % (meio ponto percentual) ao dia limitado a 10 dias, por atraso na publicação do extrato do presente termo de convênio, calculado sobre o valor do repasse.

2.5. Fica vedada a utilização dos recursos financeiros previstos no presente termo para despesas fora do objetivo previsto no plano de trabalho.

CLÁUSULA TERCEIA – DO PRAZO:

3.1. O presente convênio vigorará desde a sua assinatura pelo prazo de 12 (doze) meses a partir da publicação, podendo sua vigência ser prorrogada ou antecipada, para o cumprimento das metas estipuladas no plano de Trabalho.

CLÁUSULA QUARTA – DA DOTAÇÃO:

4.1. Os recursos orçamentários necessários à execução do presente convênio correrão por conta do orçamento vigente, de acordo com a dotação informada pelo setor de contabilidade: 3.3.3.50.43.000.000.000.000 – subvenções sociais; fonte de recurso 1.500 – Recursos não vinculados de impostos; dotação 979.

4.2. A CONVENIENTE fica cientificada de que, a execução da obrigação está condicionada a existência de recursos financeiros no orçamento e que poderá haver diminuição dos valores repassados em caso de ajustes orçamentários.

CLÁUSULA QUINTA– DAS OBRIGAÇÕES

5.1. DO CONCEDENTE:

- I- Transferir os recursos financeiros para a execução deste convênio, conforme cronograma de desembolso constante no Plano de Trabalho;
- II- Publicar o extrato deste convênio e de seus aditivos no Diário Oficial;
- III- Coordenar e supervisionar a execução deste convênio;
- IV- Examinar e aprovar as prestações de contas dos recursos deste convênio;
- V- Prorrogar "de ofício", a vigência do presente Convênio, se houver atraso na liberação dos recursos, limitada ao exato período do atraso verificado;
- VI- Fiscalizar a execução do plano de metas.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Expedicionário Boavidir Massote, 520, Vila Escolástica, Campo Belo/MG, CEP 37.270-000
Telefax (35) 3831-7950, e-mail: juridicosaude@campobelo.mg.gov.br



Prefeitura Municipal de Campo Belo

ESTADO DE MINAS GERAIS

5.2. DA CONVENIENTE:

- I- Executar o objeto deste convênio em conformidade com o plano de trabalho previamente aprovado;
- II- Abrir conta bancária específica vinculada para movimentar os recursos financeiros repassados pelo CONCEDENTE, em decorrência da execução deste instrumento de convênio;
- III- Inserir nos comprovantes de despesa a identificação do convênio;
- IV- Não realizar despesas em data anterior ou posterior à vigência do convênio;
- V- Não pagar despesas decorrentes da execução do instrumento de convênio acrescidas de juros e multas, sob pena de tais despesas serem restituídas ao erário, acrescidas da devida correção atualização.
- VI- Não realizar despesas com finalidade diversa do objeto do convênio ou do plano de trabalho aprovado;
- VII- Prestar contas à CONCEDENTE dos recursos objeto deste convênio, na forma da Lei Municipal nº 3.291, de 27 de março de 2013, restituindo o saldo eventualmente existente na data de sua conclusão ou extinção;
- VIII- Restituir à CONCEDENTE o valor transferido atualizado monetariamente, desde a data do recebimento, nos seguintes casos: a) quando não for executado o objeto pactuado; b) quando não for apresentado no prazo exigido a prestação de contas parcial ou final e quando os recursos forem utilizados em finalidade diversa da estabelecida no convênio c) em caso de aplicação incorreta dos recursos, assim constatado em Auditoria feita pela Secretaria Estadual de Saúde;
- IX- Arcar com quaisquer ônus de natureza trabalhista, previdenciária ou social acaso decorrente da execução deste convênio;
- X- Arcar com quaisquer ônus de natureza indenizatória decorrente de prejuízos causados a terceiros.
- XI- Manter arquivado por 05 (cinco) anos todas as documentações pertinentes, disponíveis para fiscalização quando necessário.
- XII- Publicar o extrato deste convênio e de seus aditivos em site eletrônico de conhecimento amplo, incluindo, além dessa minuta, eventual Termo de Compromisso no qual tenha figurado como Beneficiária de repasses oriundos do Estado ou da União.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS:

7.1. A prestação de contas deverá ser feita através de apresentação de Relatório de Execução Físico-Financeiro e Relatório de Atendimento contendo as ações desenvolvidas, discriminando a meta física executada, benefícios alcançados e as justificativas necessárias para fins de avaliação, a cada 06 () meses de execução do Convênio para avaliação do cumprimento de metas da Administração.

7.2. As faturas, recibos, notas fiscais ou quaisquer outros documentos comprobatórios de despesa deverão permanecer arquivados pelo período de 05 anos na Conveniente.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Expedicionário Boavidir Massote, 520, Vila Escolástica, Campo Belo/MG, CEP 37.270-000
Telefax (35) 3831-7950, e-mail: juridicosaude@campobelo.mg.gov.br



Prefeitura Municipal de Campo Belo

ESTADO DE MINAS GERAIS

CLÁUSULA OITAVA - DA INEXECUÇÃO:

8.1. A inexecução total ou parcial da proposta deste convênio, pela **CONVENENTE**, poderá, garantida a prévia defesa, ocasionar a aplicação de sanções previstas no art. 156, da Lei Federal nº 14.133/2021.

8.2. Fica a **CONVENENTE** obrigada a prestar conta dos recursos repassados por força deste instrumento, bem como a documentação enviada deverá ser anexada à respectiva pasta do procedimento.

8.3. Em caso de aplicação irregular dos recursos, fica a **CONVENENTE** ciente de que deverá fazer a devolução dos recursos ao Fundo Municipal de Saúde, evitando-se qualquer prejuízo ao erário Municipal.

8.4. Os recursos deverão ser utilizados unicamente para atendimento dos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS.

CLÁUSULA NONA – DA RESCISÃO E DA DENÚNCIA:

9.1. O presente convênio poderá ser rescindido pelos partícipes, na ocorrência de quaisquer dos motivos enumerados nos Art. 155 c/c 156 da Lei Federal nº 14.133/2021 ou denunciado por qualquer das partes com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias.

CLÁUSULA NONA – DA PENALIDADE:

9.2. Quando os recursos forem utilizados em finalidades diversas da estabelecida neste instrumento e a prestação de contas não for apresentada no prazo exigido, bem como não for executado o objeto da avença, ressalvada as hipóteses de caso fortuito ou força maior, devidamente comprovadas, caberá à **CONCEDENTE** promover as penalidades cabíveis.

9.3. Por penalidade entende-se a devolução dos valores empregados de forma diversa do plano de trabalho assim como a aplicação de multa de no importe de 20% sobre o valor do reembolso, sem prejuízo das demais sanções previstas no Art. 156 da Lei 14.133/2021.

9.4. Os representantes da **CONVENENTE**, que subscrevem a presente minuta, são solidariamente responsáveis por fazer a devolução ao fundo dos valores aplicados de forma irregular assim como da multa.

CLÁUSULA DÉCIMA - DOS CASOS OMISSOS:

10.1. Os casos omissos e as dúvidas suscitadas na execução deste convênio serão dirimidos com base na legislação de regência.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Expedicionário Boavidir Massote, 520, Vila Escolástica, Campo Belo/MG, CEP 37.270-000
Telefax (35) 3831-7950, e-mail: juridicosaude@campobelo.mg.gov.br



Prefeitura Municipal de Campo Belo

ESTADO DE MINAS GERAIS

CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO FORO:

11.1. Para dirimir conflitos decorrentes deste convênio, fica eleito foro do Município de Campo Belo-MG, com renúncia expressa de outro, por mais privilegiado que seja.

E por estarem justos e acordados, assinam o presente em 02 (duas) vias de igual teor e forma na presença das testemunhas abaixo, para que o mesmo surta seus devidos efeitos jurídicos.

Campo Belo/MG em 17 de julho de 2025.

Juliano Furtado Freire
Secretário Municipal de Saúde
Campo Belo-MG

MUNICÍPIO DE CAMPO BELO
CONCEDENTE
Pelo Secretário Municipal de Saúde

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA SÃO
VICENTE DE PAULO
CONVENENTE
Provedor Aristóbulo Silva Furtado Junior

SANTA CASA DE MISERICÓRDIA SÃO
VICENTE DE PAULO
CONVENENTE
Pelo Presidente do Conselho Deliberativo
Wilton Alvarenga

Procuradoria-Geral do Município:
(Pela regularidade formal da minuta)

Dayanna Cristina Pereira Nunes
Assessora Jurídica Municipal
Matrícula n.º 50.411
OAB/MG n.º 178.442

TESTEMUNHAS:

LUCAS DUTRA VIEIRA
CPF: 124.XXX.XXX-39

LUCIANA BASTOS DE ASSIS
CPF: 065.XXX.XXX-54

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Expedicionário Boavidir Massote, 520, Vila Escolástica, Campo Belo/MG, CEP 37.270-000
Telefax (35) 3831-7950, e-mail: juridicosaude@campobelo.mg.gov.br