

## 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](mailto:financeiro.santacasacb@gmail.com)

TELEFONE ( fixo): 35 3831 7800

TELEFONE CELULAR: 35 9 9943 8611

NOME DO GESTOR DO PROJETO:

Aristóbulo Silva Furtado Junior

CPF: 515.845.656-91

ENDEREÇO ELETRÔNICO ( email): [financeiro.santacasacb@gmail.com](mailto:financeiro.santacasacb@gmail.com)

TELEFONE ( fixo): 35 3831 7800

TELEFONE CELULAR: 35 9 9943 8611

## 2 – TIPO DE PROJETO

NOME DO PROJETO: PORTARIA GM/MS Nº 7.318, de 27 de Junho de 2025

OBJETO DA PARCERIA: Custeio de Serviços de Atenção Especializada de Saúde

OBJETIVO: Aquisição de Medicamentos para uso em ambiente hospitalar.

JUSTIFICATIVA DO PROJETO: A Santa Casa de Misericórdia São Vicente de Paulo, necessita manter em seu estoque Medicamentos para suprir as necessidades dos pacientes durante a assistência hospitalar, conforme Prescrição Médica.

RESULTADOS ESPERADOS: Realização da assistência aos pacientes nas dependências da entidade, proporcionando bem estar físico e emocional.

PERÍODO DE EXECUÇÃO: 12 meses

**PÚBLICO ALVO:** Pacientes que demandam atendimentos na entidade**INDICADORES/ FORMA DE AFERIÇÃO DO CUMPRIMENTO DAS METAS:**

- Reuniões de Acompanhamentos trimestrais dos gestores envolvidos;
- Visitas in loco pelos gestores da SMS de Campo Belo;
- Apresentação da Prestação de Contas Semestral a Secretária Municipal de Saúde de Campo Belo (MG)

**3-EXECUÇÃO DAS METAS:**

| METAS                                                                                 | DESCRIÇÃO DA META E AÇÕES NECESSÁRIAS                 | PRAZO DE XECUÇÃO |
|---------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------------|
| -Manter em estoque os medicamentos conforme discriminação na especificação da despesa | Solicitar aos fornecedores 03 cotações para aquisição | 12 meses         |

**4-CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO ( a ser preenchido em conjunto com o município)****5- DADOS BANCÁRIOS:****BANCO:** Caixa Federal**AGÊNCIA:** 4258**CONTA:** 575.784.737-5**6- PLANO DE APLICAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS**

| Item | Especificação da despesa               | Valor Unitário/Aproximadamente | Valor Total  |
|------|----------------------------------------|--------------------------------|--------------|
| 01   | 500 Unidades Ácido Tranexanico-Ampola  | R\$ 3,55                       | R\$ 1.775,00 |
| 02   | 500 Frascos de Agua Destilada 1.000 ML | R\$ 6,80                       | R\$ 3.400,00 |
| 03   | 20.000 Frascos de Agua Destilada 10 ML | R\$ 0,18                       | R\$ 3.600,00 |

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

TELEFONE: (35) 3831-7800

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



|    |                                                        |            |               |
|----|--------------------------------------------------------|------------|---------------|
| 04 | 12.000 Frascos de Agua Destilada<br>5 ML               | R\$ 0,26   | R\$ 3.120,00  |
| 05 | 50 Ampolas de Amicacina 500 MG                         | R\$ 3,24   | R\$ 162,00    |
| 06 | 500 Ampolas de Bromoprida 10 Mg/<br>2 ML               | R\$ 1,04   | R\$ 520,00    |
| 07 | 100 Frascos de Cefalexina 500 mg                       | R\$ 0,48   | R\$ 48,40     |
| 08 | 300 Frascos de Cefalotina 1 G                          | R\$ 4,76   | R\$ 1.428,00  |
| 09 | 1.974 Frascos de Cefazolina Sódica<br>1 G              | R\$ 3,90   | R\$ 7.698,60  |
| 10 | 400 Frascos Cefepima Injeção EV 1 G                    | R\$ 7,26   | R\$ 2.904,00  |
| 11 | 4.000 Frascos de Ceftriaxona IM/IV<br>Inj. IG          | R\$ 4,55   | R\$ 18.200,00 |
| 12 | 500 Frascos Clindamicina 150 MG/ 4<br>ML               | R\$ 2,30   | R\$ 1.150,00  |
| 13 | 4.000 Ampolas Cloreto de Potássio<br>10% 10 ML         | R\$ 0,34   | R\$ 1.360,00  |
| 14 | 8.000 Ampolas de Cloreto de Sódio<br>0,9% 10 ML        | R\$ 0,18   | R\$ 1.440,00  |
| 15 | 5.000 Ampolas Dipirona- 500 MG/<br>2 ML                | R\$ 0,43   | R\$ 2.150,00  |
| 16 | 3.000 Ampolas Glicose; 50% 20 ML<br>Injeção EV         | R\$ 0,64   | R\$ 1.920,00  |
| 17 | 40 Ampolas Imunoglobulina Humana;<br>300 Mg/ML Injeção | R\$ 249,80 | R\$ 9.992,00  |
| 18 | 50 Frascos Lidocaina; Cloridrato C/V;<br>2% -20 ML     | R\$ 6,80   | R\$ 340,00    |
| 19 | 200 Frascos Lidocaina; 2% S/V 20 ML                    | R\$ 6,40   | R\$ 1.280,00  |
| 20 | 05 Frascos Lidocaina Spray                             | R\$ 37,00  | R\$ 185,00    |
| 21 | 300 Lidocaina Geleia 2%; Seringa<br>10 G               | R\$ 15,60  | R\$ 4.680,00  |
| 22 | 200 Bolsas Linezolida                                  | R\$ 19,00  | R\$ 3.800,00  |
| 23 | 400 Bolsas Metronidazol; 5 MG/ML<br>100 ML Injeção EV  | R\$ 3,58   | R\$ 1.432,00  |

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

TELEFONE: (35) 3831-7800

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



|                                                                |                                                        |              |                       |
|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------|-----------------------|
| 24                                                             | 3.000 Nausedron 2 MG/ML (Ampola 2 ML) = Nausedron 4 MG | R\$ 0,86     | R\$ 2.580,00          |
| 25                                                             | 150 Ominipaque; Frascos 100 ML; 350 MG                 | R\$ 242,00   | R\$ 36.300,00         |
| 26                                                             | 30 Frascos Omnipaque 350 Mg; 50 ML                     | R\$ 105,10   | R\$ 3.153,00          |
| 27                                                             | 500 Frascos de Oxacilina 500 MG                        | R\$ 4,12     | R\$ 2.060,00          |
| 28                                                             | 500 Frascos de Pantoprazol 40 Mg EV                    | R\$ 7,70     | R\$ 3.850,00          |
| 29                                                             | 800 Frascos de Ringer Lactato 500 ML                   | R\$ 5,55     | R\$ 4.440,00          |
| 30                                                             | 500 Frascos de Ringer Simples 500 ML                   | R\$ 5,00     | R\$ 2.500,00          |
| 31                                                             | 30 Frascos Sevocris; 250 MG/ML 250 ML                  | R\$ 360,00   | R\$ 10.800,00         |
| 32                                                             | 2.010 Frascos SF 0,9% 250 ML                           | R\$ 3,60     | R\$ 7.236,00          |
| 33                                                             | 4.020 Frascos SF 0,9% 500 ML                           | R\$ 4,05     | R\$ 16.281,00         |
| 34                                                             | 200 Frascos SGI 5% 250 ML                              | R\$ 3,60     | R\$ 720,00            |
| 35                                                             | 400 Frascos SGI 5% 500 ML                              | R\$ 4,40     | R\$ 1.760,00          |
| 36                                                             | 500 Ampolas Tramadon; 100 Mg/ML; 2 ML - Injeção        | R\$ 0,96     | R\$ 480,00            |
| 37                                                             | 500 Ampolas Tramal; 50 Mg/ML; 1 ML Injeção             | R\$ 0,79     | R\$ 395,00            |
| 38                                                             | 3.000 Vancomicina 500 MG; Frasco-Amp. Injeção EV       | R\$ 4,50     | R\$ 13.500,00         |
| 39                                                             | 8 Frascos Alteplase                                    | R\$ 2.670,00 | R\$ 21.360,00         |
| <b>VALOR TOTAL DA PARCERIA</b>                                 |                                                        |              | <b>R\$ 200.000,00</b> |
| <b>7 – PREVISÃO DA CONTRAPATIDA, SE FOR O CASO : R\$ 00,00</b> |                                                        |              |                       |

**8 – AÇÕES QUE DEMANDARÃO PAGAMENTO EM ESPÉCIE QUANDO FOR O CASO : Não Ocorrerá**

**Data: 04 de Setembro de 2025**

**DORILENA  
MIRANDA  
PEDROSA  
COSTA:835483  
86687**

Assinado digitalmente por DORILENA  
MIRANDA PEDROSA  
COSTA:83548386687  
ND: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=AC  
SOLUTI Multipla v5, OU=  
03049033000114, OU=Presencial, OU=  
Certificado PF A3, CN=DORILENA  
MIRANDA PEDROSA  
COSTA:83548386687  
Razão: Eu sou o autor deste documento  
Localização: 470561  
Data: 2025.09.04 09:19:55-03'00'  
Foxit PDF Reader Versão: 2023.2.0

**Responsável pela elaboração do Plano de Trabalho**  
**Dorilena Miranda Pedrosa Costa**  
**CPF 835.483.866-87**

**ARISTOBULO  
SILVA FURTADO  
JUNIOR:515845656  
91**

Assinado digitalmente por ARISTOBULO SILVA  
FURTADO JUNIOR:51584565691  
ND: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=AC CERTIFICA  
MINAS v5, OU=28925640000121, OU=Presencial,  
OU=Certificado PF A3, CN=ARISTOBULO SILVA  
FURTADO JUNIOR:51584565691  
Razão: Eu sou o autor deste documento  
Localização:  
Data: 2025.09.04 09:08:24-03'00'  
Foxit PDF Reader Versão: 2024.1.0

**Aristóbulo Silva Furtado Junior**  
**Provedor**  
**Santa Casa de Misericórdia São Vicente de Paulo**



## Prefeitura Municipal de Campo Belo

ESTADO DE MINAS GERAIS

### TERMO DE CONVÊNIO Nº 020/2025

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

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, portador da Carteira de Identidade nº M 8856004 e do CPF nº 035.910.626-93, com domicílio na Rua Luzia de Castro Mendes, 15, Bairro Cruzeiro, CEP 37.270-000, neste Município, 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, com domicílio na Rua Com. Francisco Rodrigues Neves, nº 437, apto. 101, Centro, CEP 37.270-000, neste Município 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, mediante as cláusulas e condições a seguir delineadas:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO:** O presente convênio tem por objeto e finalidade o apoio financeiro no valor de R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais) à **CONVENENTE**, consoante anexo da Portaria GM/MS nº 7.318/2025.

**Parágrafo Primeiro:** O valor repassado em parcela única deverá ser utilizado apenas para custeio de despesas relacionadas ao custeio de serviços de Atenção Especializada à Saúde, especificadas no plano de trabalho homologado pela Secretaria Municipal de Saúde.

**Parágrafo Segundo:** O plano de trabalho integra a minuta de convênio independentemente de transcrição.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DO PRAZO:** O presente convênio vigorará desde a sua assinatura pelo prazo de 12 (doze) meses, podendo sua vigência ser prorrogada ou encerrada com antecedência mediante o cumprimento de metas constantes do plano de trabalho, com a prestação de contas pela **CONVENENTE** e nos sistemas apropriados.

#### **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](mailto:juridicosaude@campobelo.mg.gov.br)





## Prefeitura Municipal de Campo Belo

ESTADO DE MINAS GERAIS

**Parágrafo Primeiro:** É vedada a utilização dos recursos financeiros previstos no presente termo para despesas fora do objetivo previsto no plano de trabalho.

**Parágrafo Segundo:** Os recursos aplicados em **desconformidade** serão devolvidos pela CONVENENTE, sem prejuízo de penalidade de multa pela aplicação incorreta do valor.

**Parágrafo Terceiro:** Os representantes da **CONVENENTES**, que subscrevem a minuta, assumem responsabilidade solidaria junto com a entidade no ressarcimento ao erário municipal por eventuais danos causados por aplicação irregular dos recursos constantes deste termo de convênio, a ser apurado em procedimento administrativo, respeitado o contraditório.

**CLÁUSULA TERCEIRA – DA DOTAÇÃO:** Os recursos orçamentários necessários à execução do presente convênio correrão por conta da seguinte dotação: Rubrica de despesa 3.3.3.50.41.000.000.000.000; Fonte de recurso 17060003110; Dotação 1235.

**CLÁUSULA QUARTA – DA INEXECUÇÃO:** A inexecução total ou parcial do presente convênio, pela **CONVENENTE**, poderá, garantida a prévia defesa, ocasionar a aplicação de sanções previstas no art. 155, da Lei Federal nº 14.133/2021.

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

**Parágrafo segundo:** 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.

**Parágrafo terceiro:** **Os recursos deverão ser utilizados unicamente para fomento e custeio do atendimento aos usuários encaminhados pelo Sistema Único de Saúde - SUS.**

**CLÁUSULA QUINTA – DA RESCISÃO E DA DENÚNCIA:** O presente convênio poderá ser rescindido pelos partícipes se constatadas as hipóteses do art. 155 da Lei 14.133/2021, desde que seguidos os critérios constantes no art. 147 da mesma norma, no que couber, assim como as consequências contidas nos preceitos do art. 156, do mesmo diploma legal.

### CLÁUSULA SEXTA – DAS OBRIGAÇÕES

#### I – DO CONCEDENTE:

- a. Transferir os recursos financeiros para a execução deste convênio, conforme cronograma de desembolso constante no Plano de Trabalho;

#### 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](mailto:juridicosaude@campobelo.mg.gov.br)







## Prefeitura Municipal de Campo Belo

ESTADO DE MINAS GERAIS

- b. **Publicar o extrato deste convênio e de seus aditivos no Diário Oficial;**
- c. Coordenar e supervisionar a execução deste convênio;
- d. Examinar e aprovar as prestações de contas dos recursos deste convênio;
- e. Prorrogar "de ofício", a vigência do presente Convênio, se houver atraso na liberação dos recursos, limitada ao exato período do atraso verificado;
- f. Fiscalizar a execução do plano de metas;
- g. Aplicar penalidades por inadimplemento.

### II – DA CONVENIENTE:

- a. Executar o objeto deste convênio de conformidade com o plano de trabalho previamente aprovado;
- b. Abrir conta bancária específica em banco oficial vinculada para movimentar os recursos financeiros repassados pelo CONCEDENTE, em decorrência da execução deste instrumento de convênio;
- c. Inserir nos comprovantes de despesa a identificação do convênio;
- d. Não realizar despesas em data anterior ou posterior à vigência do convênio;
- e. 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.
- f. Não realizar despesas com finalidade diversa do objeto do convênio ou do plano de trabalho aprovado;
- g. 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;
- h. 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;
- i. Arcar com quaisquer ônus de natureza trabalhista, previdenciária ou social acaso decorrente da execução deste convênio;
- j. Manter arquivado por 05 (cinco) anos em meio físico ou digital todas as documentações pertinentes, disponíveis para fiscalização quando necessário.
- k. **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**

#### 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](mailto:juridicosaude@campobelo.mg.gov.br)







## Prefeitura Municipal de Campo Belo

ESTADO DE MINAS GERAIS

**CLÁUSULA SÉTIMA – DOS RECURSOS E DO VALOR GLOBAL E FORMA DE PAGAMENTO:** Para a execução deste convênio o Concedente repassará à Conveniente o valor total equivalente a R\$ 200.000,00 (duzentos mil reais) através do Fundo Municipal de Saúde, conforme cronograma de desembolso constante no Plano de Trabalho previamente aprovado pela Comissão de acompanhamento.

**Parágrafo Primeiro:** 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.

**Parágrafo Segundo:** 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.

**CLÁUSULA OITAVA – DA PRESTAÇÃO DE CONTAS:** 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 (seis) meses de execução do Convênio para avaliação do cumprimento de metas pela Administração.

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

**CLÁUSULA NONA – DA PENALIDADE:** 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.

**Parágrafo Primeiro:** Por penalidade entende-se a devolução dos valores empregados de forma diversa do plano de trabalho assim como a aplicação de multa no importe de 20% sobre o valor do reembolso.

**Parágrafo Segundo:** Os representantes da **CONVENIENTE**, 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:** 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](mailto:juridicosaude@campobelo.mg.gov.br)





# Prefeitura Municipal de Campo Belo

ESTADO DE MINAS GERAIS

**CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DO FORO:** 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 \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 2025.



Assinado por JULIANO  
FURTADO FREIRE Secretário  
\*\*\*.910.626-\*\* em 16/09/2025  
08:17:57

Assinatura digital avançada com certificado digital não ICP-Brasil.

ARISTOBULO SILVA FURTADO  
JUNIOR:51584565691

Assinado digitalmente por ARISTOBULO SILVA FURTADO JUNIOR:51584565691  
ND: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=AC CERTIFICA MINAS v5, OU=2802560500121, OU=JUNIOR:51584565691  
Presencial: OU=Certificado PF A3, CN=ARISTOBULO SILVA FURTADO  
Razão: Eu sou o autor deste documento  
Localização:  
Data: 2025.09.16 15:29:42 -0300  
Foxit PDF Reader Versão: 2025.2.0

**MUNICÍPIO DE CAMPO BELO**  
Pelo Secretário Municipal de Saúde  
CNPJ nº 18.659.334/0001-37

**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA SÃO VICENTE DE PAULO DE CAMPO BELO**  
Pelo seu Provedor  
CNPJ nº 19.128.248/0001-60

WILTON  
ALVARENGA:69789657668

Assinado digitalmente por WILTON ALVARENGA:69789657668  
ND: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=AC SOLUTI Multipla v5, OU=03049033000114, OU=Presencial, OU=Certificado PF A3, CN=WILTON ALVARENGA:69789657668  
Razão: Eu sou o autor deste documento  
Localização:  
Data: 2025.09.16 15:30:08 -0300  
Foxit PDF Reader Versão: 2025.2.0

**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA SÃO VICENTE DE PAULO DE CAMPO BELO**  
Presidente do Conselho Deliberativo



Assinado por LUCIANA  
BASTOS DE ASSIS  
\*\*\*.924.596-\*\* em 16/09/2025  
08:39:45

Assinatura digital avançada com certificado digital não ICP-Brasil.

**TESTEMUNHAS:**

Luciana Bastos de Assis  
CPF: 065.924.596-54



Documento assinado digitalmente

**LUCAS DUTRA VIEIRA**  
Data: 16/09/2025 09:27:50-0300  
Verifique em <https://validar.itl.gov.br>

Lucas Dutra Vieira  
CPF: 124.597.546-39

**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](mailto:juridicosaude@campobelo.mg.gov.br)

ESTE DOCUMENTO FOI ASSINADO EM: 16/09/2025 08:18 -03:00 -03  
PARA CONFERÊNCIA DO SEU CONTEÚDO ACESSSE <https://c.ipm.com.br/p861c987669e4b>.

