



# Prefeitura Municipal de Campo Belo

ESTADO DE MINAS GERAIS

## TERMO DE CONVÊNIO Nº 011 / 2024

**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, José Assunção, casado, médico, CPF nº 283.471.536-04., CI nº M-592.681 SSP/MG, residente e domiciliado na Rua Tiradentes nº 451, AP.201, Centro, Campo Belo/MG, 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 Interino, Elói Cardoso de Melo, portador do CPF nº 312.759.406-25 e RG nº M-751.525, com domicílio na Praça Conego Ulisses, 311, Apto. 503, Centro, Campo Belo/MG 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\$ 800.000,00 (oitocentos mil reais) à **CONVENENTE**, consoante anexo da Portaria GM/MS nº 3.636/2024, valor esse repassado mediante proposta apresentada pelo Fundo Municipal de Saúde junto ao Ministério da Saúde.

**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 independente 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

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

plano de trabalho, com a prestação de contas pela **CONVENENTE** e nos sistemas apropriados.

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

**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 do orçamento vigente, de acordo com a dotação informada pelo setor de contabilidade.

**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.

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 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;
- 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 atualizaçãõ.
- 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.

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

- 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

**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\$ 800.000,00 (oitocentos 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 30 (trinta) dias 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 de 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.

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 - DOS CASOS OMISSOS:** Os casos omissos e as dúvidas suscitadas na execução deste convênio serão dirimidos com base na legislação de regência.

**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 17 de junho de 2024.

### MUNICÍPIO DE CAMPO BELO



Assinado por JOSE ASSUNCAO  
Secretário 283.471.536-04  
em 19/06/2024 13:23:35

Assinatura digital avançada com certificado digital não ICP-  
Brasil.

CNPJ 18.659.334/0001-37

### SANTA CASA DE MISERICÓRDIA SÃO VICENTE DE PAULO

ELOI CARDOSO DE MELO:31275940625

Digitally signed by ELOI CARDOSO DE MELO 31275940625  
DN: cn=ELOI CARDOSO DE MELO, ou=SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, ou=ESTADO DE MINAS GERAIS, o=BRASIL  
Reason: I am the author of this document  
Date: 2024.06.17 15:47:22 -0300  
File: PDF Reader Version: 2023.2.0

ELOI CARDOSO DE MELO  
PROVEDOR INTERINO

WILTON  
ALVARENGA:69789657668

Digitally signed by WILTON ALVARENGA 69789657668  
DN: cn=WILTON ALVARENGA, ou=SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, ou=ESTADO DE MINAS GERAIS, o=BRASIL  
Reason: I am the author of this document  
Date: 2024.06.17 15:46:27 -0300  
File: PDF Reader Version: 2023.2.0

WILTON ALVARENGA  
PRESIDENTE DO CONSELHO DELIBERATIVO

Procuradoria Jurídica (pela regularidade formal da minuta):

THIARLES SILVA  
TERRA:08840510648

Assinado de forma digital por  
THIARLES SILVA  
TERRA:08840510648  
Dados: 2024.06.19 14:16:05 -03'00'

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)