



# Prefeitura Municipal de Campo Belo

ESTADO DE MINAS GERAIS

## TERMO DE CONVÊNIO Nº 012/ 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, Eloi 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\$ 300.000,00 (trezentos mil reais) à **CONVENENTE**, consoante anexo da Portaria GM/MS nº 3.862/2024, 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.

### **CLÁUSULA SEXTA – DAS OBRIGAÇÕES**

**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

### 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 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**

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

### 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\$ 300.000,00 (trezentos 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 24 de junho de 2024.



Assinado por JOSE ASSUNCAO  
Secretário 283.471.536-04  
em 27/06/2024 13:28:09

Assinatura digital avançada com certificado digital não ICP-  
Brasil.

**MUNICÍPIO DE CAMPO BELO**

CNPJ nº 18.659.334/0001-37

Assinado por ELOI CARDOSO DE MELO 31275940625  
CPF: 377829000111, CNPJ: 19.128.248/0001-60  
ELOI CARDOSO DE MELO 31275940625  
Reason: I am the author of this document  
Date: 2024.06.27 08:58:18.0300  
Ford PDF Reader Version: 2023.2.0

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

Procuradoria Jurídica (pela regularidade formal da minuta):

THIARLES SILVA  
TERRA:08840510648

Assinado de forma digital por  
THIARLES SILVA  
TERRA:08840510648  
Dados: 2024.06.27 14:01:12 -03'00'

Assinado por WILTON ALVARENGA 69789657668  
CPF: 03928993900114, CNPJ: Presencial, CNH-Certificado  
PP AS, CH+WILTON ALVARENGA 69789657668  
Reason: I am the author of this document  
Location:  
Date: 2024.06.27 09:31:11.0300  
Ford PDF Reader Version: 2023.2.0

**WILTON  
ALVARENGA:697896  
57668**

**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)