



TERMO DE CONVÊNIO Nº 009/2021

"TERMO DE CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE SÃO SEBASTIÃO DO PARAÍSO – MG E A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO SEBASTIÃO DO PARAÍSO EM ATENDIMENTO A RESOLUÇÃO SES/MG Nº 7.559/21 ."

O **MUNICÍPIO DE SÃO SEBASTIÃO DO PARAÍSO – MG**, inscrito no CNPJ sob o nº. 18.241.349/0001-80, neste ato representado pelo Excelentíssimo Prefeito Municipal, Sr. MARCELO DE MORAIS, brasileiro, casado, professor, residente e domiciliado neste município, portador da Cédula de Identidade RG nº M-8.547.222 SSP-MG e CPF nº 011.859.576-85, e pela Secretária Municipal de Saúde, Sra. ADELMA LÚCIA DA SILVA, brasileira, divorciada, advogada, portadora da Cédula de Identidade RG nº 22.758.266-4 SSP-SP e inscrita no CPF sob o nº 590.087506-78, e de outro lado a SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE SÃO SEBASTIÃO DO PARAÍSO, entidade de assistência social, sem fins lucrativos, instituída como pessoa jurídica de direito privado, sediada na Praça João Pio de Figueiredo Westin, nº 92, bairro Mocoquinha, nesta cidade de São Sebastião do Paraíso do Paraíso/MG, inscrita no CNPJ sob n. 24.899.395/0001-74, neste ato representada por seu Provedor, Sr. FERNANDO MONTANS ALVARENGA, brasileiro, casado, empresário, portador da Cédula de Identidade RG nº 12.243.426-2 SSP/SP e CPF Nº 048.323.786-86, acordam em celebrar o presente Termo de Convênio de Cooperação financeira, sujeitando-se as cláusulas e condições em conformidade com art. 116 da Lei 8.666/93 e suas alterações; Portaria GM/MS nº 1.263, de 18 de junho de 2021, que dispõe sobre a aplicação de emendas parlamentares que adicionarem recursos ao Sistema Único de Saúde (SUS), para a realização de transferências do Fundo Nacional de Saúde aos fundos de saúde dos Estados, Distrito Federal e Municípios, no exercício de 2021, e Resolução SES/MG nº 7.559, de 17 de junho de 2021 que Autoriza o repasse de recursos financeiros para reforço do custeio das ações e serviços de saúde, na ação orçamentária Política de Atenção Hospitalar – Valor em Saúde, de estabelecimentos de saúde e municípios de Minas Gerais que menciona, (Ref. Indicação parlamentar nº 63379, 63381, 65237, 68350, 68522, 71422), mediante as seguintes condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA: DO OBJETO

Constitui objeto deste termo a transferência de recursos financeiros pelo Município através do Fundo Municipal de Saúde – FMS à Santa Casa de Misericórdia de São Sebastião do Paraíso (CNES nº 2146525), conforme Resolução SES/MG nº 7.559, de 17 de junho de 2021 que Autoriza o repasse de recursos financeiros para reforço do custeio das ações e serviços de saúde, na ação orçamentária Política de Atenção Hospitalar – Valor em Saúde, de estabelecimentos de saúde e municípios de Minas Gerais que menciona, considerando a legislação mencionada na resolução acima.

CLÁUSULA SEGUNDA: DO VALOR

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Geraldo Marcolini, 1882 – Vila Santa Maria | São Sebastião do Paraíso – MG | CEP: 37950-000
Tel. (35)3539-7002 | e-mail: atendimento.saude@ssparaíso.mg.gov.br



O presente convênio tem o valor de **R\$ 1.225.553,51** (Hum milhão, duzentos e vinte e cinco mil, quinhentos e cinquenta e três reais e cinquenta e um centavos), sendo R\$ 1.217.092,00 (Hum milhão duzentos e dezessete mil, noventa e dois reais) de transferência do Fundo Estadual de Saúde – FES para o Fundo Municipal de Saúde – FMS através de Emenda Parlamentar conforme indicação nº 63379, 63381, 65237, 68350, 68522, 71422 publicada na Resolução acima menciona e R\$ 8.461,51 (Oito mil, quatrocentos e sessenta e um reais e cinquenta e um centavos) de rendimentos de aplicação financeira.

CLÁUSULA TERCEIRA: DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

A presente despesa será debitada pelo Município através da Secretaria Municipal de Saúde, em parcela única, na seguinte dotação **020803 10 302 1001 2.376 335041 – Ficha 806**.

CLÁUSULA QUARTA: DA FORMA DE PAGAMENTO

O pagamento será depositado em conta-corrente nominal a Santa Casa de Misericórdia de São Sebastião do Paraíso conforme o que segue: **Banco Caixa Econômica Federal, Agência 4258, Conta nº 385-8, operação 003**. A referida conta bancária deverá ser utilizada exclusivamente para a execução deste convênio. O repasse será realizado conforme pagamento realizado pelo Fundo Estadual de Saúde.

CLÁUSULA QUINTA: DA APLICAÇÃO DOS RECURSOS

Os recursos transferidos na forma prevista do presente instrumento deverão ser aplicados ao custeio das ações e serviços de saúde conforme Plano de Trabalho apresentado, sendo vedada a utilização para aplicação divergente do apresentado sem que haja as devidas justificativas e alterações mediante termo aditivo de alteração devidamente formalizado em que as partes esteja de pleno acordo.

A despesa deverá ser precedida do adequado **processo licitatório ou de procedimento análogo ao licitatório**, em conformidade com o regulamento próprio de compra da instituição.

Os recursos deverão ser utilizados única e exclusivamente em ações e serviços de saúde que resultam **no atendimento dos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS**, sendo mantidos em **aplicação financeira de curto prazo**, de acordo com o inciso II, § 2º, Artigo 1122 da portaria 3992 de 28 de dezembro de 2017.

Os valores que não forem executados no prazo estabelecido (36 meses) **deverão ser restituídos** ao Fundo Estadual de Saúde – FES, no ato da apresentação da **Prestação de Contas**.

CLÁUSULA SEXTA: DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Geraldo Marcolini, 1882 – Vila Santa Maria | São Sebastião do Paraíso – MG | CEP: 37950-000
Tel. (35)3539-7002 | e-mail: atendimento.saude@ssparaíso.mg.gov.br



O acompanhamento, controle e avaliação deste termo será feito permanentemente por representantes especialmente designados pelas partes, sendo a fiscalização financeira realizada pela Secretaria Municipal de Saúde, podendo a qualquer momento verificar "in loco" a aplicação dos recursos.

A Prestação de Contas *parcial ou final* sobre a aplicação dos recursos deverá ser encaminhada a Secretaria Municipal de Saúde **até 15 (quinze) dias** após 31 de dezembro do ano em que iniciou o repasse dos recursos, em meio físico e digitalizado, contendo os documentos fiscais, cópias de cheques, comprovantes de pagamento, extratos bancários de movimentação e rendimentos, Certidão Negativa de INSS, Certidão Negativa de FGTS, Certidão Negativa da Secretaria da Receita Federal, Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT, Certidão Negativa do Município sede da conveniada, cópia do processo licitatório ou procedimento análogo ao licitatório, formulários e demais documentos que gestor deste termo julgar necessário.

CLÁUSULA SÉTIMA – DA VIGÊNCIA

O presente convênio terá vigência de 36 (Trinta e seis) meses a contar do efetivo recebimento do recurso pelo beneficiário.

CLÁUSULA OITAVA – DA RESCISÃO

O presente Convênio poderá ser rescindido unilateralmente pelo concedente em caso de não cumprimento de qualquer das cláusulas aqui estabelecidas, ou por interesse público desde que justificado, ou ainda por acordo das partes.

CLÁUSULA NONA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

O Município dará publicidade da realização deste termo de convênio através da publicação do extrato no Jornal Oficial do Município e no Diário Oficial dos Municípios Mineiros (<http://www.diariomunicipal.com.br/amm-mg/>).

O Município disponibilizará este Termo de Convênio juntamente com Plano de Trabalho no Portal da Transparência do Município (<https://transparencia.ssparaíso.mg.gov.br/>) em atendimento ao § 5º, inciso II do art. 8º da Portaria GM/MS nº 1.263 de 18 de junho de 2021.

Nos termos da Lei Federal nº 12.527¹ de 18 de novembro de 2011 a Entidade deverá promover a divulgação à sociedade da aplicação dos recursos públicos recebidos mediante este termo de Convênio.

1 Lei 12527/11: Art. 2º Aplicam-se as disposições desta Lei, no que couber, às entidades privadas sem fins lucrativos que recebam, para realização de ações de interesse público, recursos públicos diretamente do orçamento ou mediante subvenções sociais, contrato de gestão, termo de parceria, convênios, acordo, ajustes ou outros instrumentos congêneres.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Geraldo Marcolini, 1882 – Vila Santa Maria | São Sebastião do Paraíso – MG | CEP: 37950-000
Tel. (35)3539-7002 | e-mail: atendimento.saude@ssparaíso.mg.gov.br



Deverão constar no Portal da Transparência as informações da execução financeira deste convênio, devendo conter:

- a) Termo de convênio, plano de trabalho e aditivos;
- b) Detalhamento dos valores recebidos;
- c) Detalhamento das despesas realizadas;
- d) Procedimentos Licitatórios (ou análogos a licitação) decorrentes da execução deste contrato;
- e) Íntegras dos contratos, convênios, e instrumentos congêneres com os prestadores/fornecedores;
- f) Relação de Prestadores de Serviços e Fornecedores de Insumos;
- j) Prestações de contas, entre outros.

CLÁUSULA DÉCIMA – DO FORO

Para dirimir quaisquer dúvidas oriundas deste termo, que não possam ser solucionadas administrativamente entre as partes, fica eleito o Foro da Comarca de São Sebastião do Paraíso/MG.

E por estarem, assim, justas e acordadas, as partes, por seus representantes legais, firmam o presente termo, em 04 (quatro) vias, na presença de duas testemunhas.

São Sebastião do Paraíso, 28 de Outubro de 2021.



MARCELO DE MORAIS
Prefeito Municipal

ADELMA LÚCIA DA SILVA
Secretária Municipal de Saúde

FERNANDO MONTANS ALVARENGA
Provedor da Santa Casa de Misericórdia



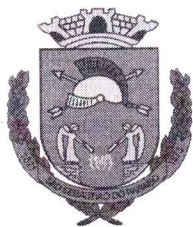
TESTEMUNHAS

NOME:
CPF:

Assinatura

NOME:
CPF:

Assinatura

**PREFEITURA DE SÃO SEBASTIÃO DO PARAÍSO – MG**Praça dos Imigrantes, 100 – Lagoinha
(35) 3539-7000**ANEXO I****Demonstrativo Físico Financeiro**

I – IDENTIFICAÇÃO DO ÓRGÃO/ENTIDADE			
NOME DO ÓRGÃO/ENTIDADE			CNPJ
MUNICÍPIO	CONVÊNIO		
ENDEREÇO COMPLETO			CEP
E-MAIL			TELEFONE / FAX
Nº DA RESOLUÇÃO/PROTARIA DE CONTEMPLAÇÃO		PERÍODO de / / a / /	

II – DEMONSTRATIVO FINANCEIRO¹			
II.1 – SALDO ANTERIOR		R\$	II.4 – DESPESA:
II.2 – RECEITA NO PERÍODO:			a) Despesas de capital / Investimentos R\$
a) Recursos transferidos pelo FMS/SSP	R\$		b) Despesas correntes / Custeio R\$
b) Recursos próprios do órgão/entidade	R\$		c) DESPESA TOTAL R\$
c) Outros recursos (Especificar)	R\$		
d) Rendimentos no período	R\$		
e) RECEITA TOTAL	R\$		
II.3 – TOTAL DE RECURSOS DISPONÍVEIS NO PERÍODO	R\$		II.5 – SALDO FINAL R\$

¹. Anexar cópia do extrato bancário da movimentação da conta específica.

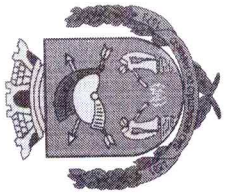
III – DEMONSTRATIVO DA EXECUÇÃO												
III.1 – UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS FINANCEIROS (De acordo com a finalidade do objeto do convênio)												
Bens Adquiridos	Nº do Patrimônio	Nº Licitação	Nº do Empenho	Nota Fiscal	Data da NF	Empresa Contratada		Pagamento		Quant.	Unid.	Valor (em R\$)
						CNPJ	Razão Social	Cheque	Data			
A) Investimento	1-											
	2-											
	3-											
	4-											
	5-											
	6-											
	7-											
	8-											
	9-											
	10-											
Subtotal dos recursos utilizados em DESPESAS DE CAPITAL												
B) Custeio	1-											
	2-											
	3-											
	4-											
	5-											
	6-											
	7-											
	8-											
	9-											
	10-											
Subtotal dos recursos utilizados em DESPESAS CORRENTES												
TOTAL DE RECURSOS UTILIZADOS (Soma dos gastos em Despesas Correntes e de Capital)												
Saldo Final												

Declaro que as informações acima correspondem à verdade, que os procedimentos estão de acordo com a legislação contábil-financeira e que a documentação comprobatória encontra-se arquivada na Entidade à disposição para averiguação.

Local e data de elaboração

Assinatura do Contador - CRC

Assinatura e carimbo do responsável pela entidade



PREFEITURA DE SÃO SEBASTIÃO DO PARAÍSO – MG
Praça dos Imigrantes, 100 – Lagoinha
(35) 3539-7000

ANEXO II

Execução da Receita e Despesa

ANEXO II EXECUÇÃO DA RECEITA E DESPESA			N.º DO CONVÊNIO:
CONVENENTE:		CNPJ:	
RECEITA	Valor	DESPESA	Valor em R\$
Recursos Recebidos		➤ Despesas realizadas, conforme relação de pagamentos (Anexo III)	
Rendimentos de Aplicação Financeira			
Recursos Próprios - Contrapartida		➤ Saldo (recolhido / a recolher)	
TOTAL		TOTAL	
ASSINATURAS			
Local e Data , de de		Nome / Assinatura do Titular do Convênio	
Nome / Assinatura do Responsável pelo Preenchimento		CPF	






PREFEITURA DE SÃO SEBASTIÃO DO PARAÍSO – MG
Praça dos Imigrantes, 100 – Lagoinha
(35) 3539-7000

ANEXO III

Relação de Pagamentos

ANEXO III RELAÇÃO DE PAGAMENTOS					N.º do Convênio	Parcial - N.º Final	Prestação de Contas
CONVENENTE:		CNPJ:		Origem dos Recursos: Portaria/Resolução N.º XXXXXXXX / XXXXXXXX			
Data do Pagamento	Credor	N.º Documento Fiscal	CPF / CNPJ (credor)	Comprovante de Despesas		N.º Cheque ou Ordem Pagamento	Valor em R\$
				Espécie	N.º	Data	
							TOTAL
ASSINATURAS							
Local e Data		de		de		CPF	
Nome / Assinatura do Responsável pelo Preenchimento				Nome / Assinatura do Titular do Conveniente			

