



ESTADO DE SANTA CATARINA

MUNICÍPIO DE ALTO BELA VISTA

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

1

Convênio FMS nº 001/2025

CONVÊNIO DE COOPERAÇÃO FINANCEIRA, QUE ENTRE SI CELEBRAM O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALTO BELA VISTA E A ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE HOSPITALAR SÃO CAMILO - PERITIBA.

Que firmam de um lado o **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ALTO BELA VISTA**, pessoa jurídica de direito público interno, com sede na Prefeitura Municipal, sita à Rua do Comércio nº 1015, Centro, na cidade de Alto Bela Vista, (SC), inscrita no CNPJ/MF sob o nº 10.481.963/0001-08, com interveniência do **Município de Alto Bela Vista**, representado pelo Prefeito Municipal Senhor [REDACTED] brasileiro, convivente, administrador, residente e domiciliado nesta cidade, à [REDACTED] inscrito no CPF sob o nº. [REDACTED] doravante neste instrumento de Convênio identificado apenas como **MUNICÍPIO**; e de outro lado a **Associação Beneficente Hospitalar São Camilo - Peritiba**, entidade civil sem fins lucrativos, pessoa jurídica de direito privado, com sede à Rua Frei Bonifácio, 211, na cidade de Peritiba (SC), inscrita no CNPJ/MF sob o nº 78.478.559/0001-19, neste evento representada por seu Procurador, nomeado pela Procuração registrada no 14º Tabelião de Notas, com o Tabelião Paulo Tupinanbá Vampré Comarca de São Paulo, no Livro 7029 páginas 389 a 392, [REDACTED] brasileiro, solteiro, administrador, inscrito no CPF sob nº [REDACTED] RG nº [REDACTED] residente e [REDACTED] [REDACTED] adiante identificada apenas como **CONVENIENTE**, resolvem celebrar o presente convênio de cooperação financeira, na forma do Plano de Trabalho e Plano de Aplicação aprovados e, no que couber pela Lei Federal nº 13.019/2014, e pela Lei Municipal nº 935 de 13 de fevereiro de 2025, regrando-se pelas cláusulas e condições a seguir estabelecidas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - Do Objeto:

I – O Presente convênio tem a finalidade do estabelecimento de programa de cooperação financeira entre o **MUNICÍPIO/FMS** e a **CONVENIENTE**, para a prestação de atendimento com plantão médico 24 horas para atendimento das Urgências e Emergências à população do município de Alto Bela Vista, atendimento nos finais de semana, Feriados nacionais, municipais e pontos facultativos do Município, internações, acompanhamento de enfermagem em transferências de hospitais.



ESTADO DE SANTA CATARINA

MUNICÍPIO DE ALTO BELA VISTA

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

2

Convênio FMS nº 001/2025

CLÁUSULA SEGUNDA – Do Valor e da Forma de Pagamento:

Este termo de convênio apresenta o valor de R\$ 533.198,52 (quinhentos e trinta e três mil, cento e noventa e oito reais e cinquenta e dois centavos), dividido em 12 (doze) parcelas mensais, correspondentes à importância de R\$ 44.433,21 (quarenta e quatro mil quatrocentos e trinta e três reais e vinte e um centavos), sendo a primeira e a segunda parcela pagas até o dia 05 de março de 2025 no valor de R\$ 88.866,42 (oitenta e oito mil, oitocentos e sessenta e seis reais e quarenta e dois centavos) a terceira parcela no valor R\$ 44.433,21 (quarenta e quatro mil quatrocentos e trinta e três reais e vinte e um centavos) até o dia 20 de março de 2025, e as restantes sempre até o dia 20 de cada mês no valor acima especificado a partir de Abril de 2025.

CLÁUSULA TERCEIRA – Da Vigência:

O prazo de vigência deste termo de convênio se inicia na data de 01 de Janeiro de 2025, estendendo-se à 31 de dezembro de 2025.

CLÁUSULA QUARTA – Da Origem dos Recursos e da Dotação Orçamentária:

O valor da cooperação financeira a cargo do **MUNICÍPIO** tem origem em recursos próprios dos orçamentos municipais será consignado no orçamento vigente do Fundo Municipal de Saúde, na seguinte dotação orçamentária:

07.00	FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
07.01	Fundo Municipal de Saúde
10	Saúde
10.301	Atenção Básica
10.301.0034	Atendimento Equitativo e Universalizado
10.301.0034.0.060	Serviços Médicos, Hospitalares e de Diagnóstico.
3	DESPESAS CORRENTES
3.3	Outras Despesas Correntes
3.3.50.00.00.0.1.500.1002	Aplicações Diretas – Transferências a Instituições Privadas sem fins lucrativos - Recursos Ordinários

CLÁUSULA QUINTA – Das Obrigações do MUNICÍPIO:

O **MUNICÍPIO** obriga-se:

I – Repassar à **CONVENIENTE** o valor mensal das parcelas, liberados segundo o cronograma estabelecido na Cláusula Segunda deste Termo, pela execução do objeto estabelecido na Cláusula Primeira, pelo período de vigência do presente;



ESTADO DE SANTA CATARINA

MUNICÍPIO DE ALTO BELA VISTA

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

3

Convênio FMS nº 001/2025

II – Fiscalizar a aplicação dos recursos financeiros repassados e a perfeita execução do objeto conveniado;

III – Examinar, fiscalizar e exigir regularidade na prestação de contas dos recursos transferidos à **CONVENENTE**.

IV – Fiscalizar a prestação de serviços aos pacientes encaminhados e notificar a **CONVENENTE** em caso de constatação de irregularidades ou procedimentos incorretos.

V - Transportar/remover pacientes do Município para outros centros médicos em caso de necessidade, fornecendo transporte para este fim.

VI - Fornecer AIH de internação para pacientes do Município de Alto Bela Vista conforme a necessidade.

CLÁUSULA SEXTA – Das Obrigações da CONVENENTE:

A **CONVENENTE** assume as seguintes obrigações:

I – Prestar atendimento à população de Alto Bela Vista, nos termos estabelecidos na Cláusula Primeira, observadas as normas de Saúde Pública e especialmente aquelas relacionadas do Sistema Único de Saúde - SUS;

II – Disponibilizar, para a execução do objeto deste convênio, dependências, equipamentos, materiais e profissionais.

III – Fornecer, ao **MUNICÍPIO** informações e dados para a instrução de processos;

IV – Prestar contas dos recursos recebidos, no prazo máximo de 60 (sessenta) dias após o recebimento de cada parcela, conforme cronograma de desembolso previsto na Cláusula Segunda do presente, observadas as disposições do Tribunal de Contas do Estado de Santa Catarina;

V – Excluir o **MUNICÍPIO** de qualquer responsabilidade em relação aos profissionais utilizados na execução do objeto, inclusive de verbas trabalhistas ou de contribuições previdenciárias.

VI – Colocar a disposição dos profissionais incumbidos da execução dos serviços ajustados toda infraestrutura de que dispõe;



ESTADO DE SANTA CATARINA

MUNICÍPIO DE ALTO BELA VISTA

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

4

Convênio FMS nº 001/2025

VII – coordenar os serviços de urgência e emergência, ficando a seu cargo e fiscalização da escala de sobreaviso;

VIII – Prestar atendimento de assistência médica na forma de plantão 24 horas de urgência, emergência e consultas médicas, no atendimento a população residente em Alto Bela Vista, diariamente, inclusive com atendimento nos finais de semana, Feriados nacionais, municipais e pontos facultativos do Município.

IX – Disponibilizar um profissional da área de enfermagem para acompanhamento de pacientes nas eventuais transferências entre instituições hospitalares que se fizerem necessárias, a critério do profissional médico responsável.

X – Disponibilizar o atendimento do serviço de radiografia, com no mínimo 40 (quarenta) exames mensais, e ainda para credenciamento do **MUNICÍPIO** junto ao Sistema Único de Saúde – SUS, para atendimento da demanda de saúde referenciada na Programação Pactuada e Integrada - PPI.

XI – Fazer a aplicação de medicamentos que devam ser ministrados em ambiente hospitalar, em pacientes eletivos oriundos do **MUNICÍPIO**, mediante apresentação de receituário médico, independentemente de cobrança taxa pelo serviço, assegurada o recebimento pela medicação e materiais

CLÁUSULA SÉTIMA – Da Prestação de Contas:

A **CONVENETE** fará a prestação de contas, através da apresentação de relatório de atendimentos e apresentação das despesas relativas ao custeio das atividades desenvolvidas para o atendimento do objeto deste convênio nos termos do inciso IV, da Cláusula anterior, sob pena da suspensão da transferência das parcelas remanescentes a cargo do **MUNICÍPIO**.

CLÁUSULA NONA – Da Rescisão:

O presente Termo de convênio poderá ser rescindido:

I – Presente o interesse público, devendo, neste caso o **MUNICÍPIO**, notificar a **CONVENENTE**, com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias, este prazo se faz necessário para eventual denuncia de rescisão com o SUS.



ESTADO DE SANTA CATARINA

MUNICÍPIO DE ALTO BELA VISTA

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

5

Convênio FMS nº 001/2025

II – Quando verificado o inadimplemento das obrigações pactuadas, cabendo, neste caso, o direito à defesa da parte considerada inadimplente;

III – A **CONVENENTE** poderá rescindir o presente convênio, por denuncia vazia, desde que o faça com antecedência de 90 dias, por simples aviso, caso em que não caberá qualquer espécie de indenização ao **MUNICÍPIO**.

§ 1º A rescisão do Convênio não gerará qualquer indenização financeira a **CONVENENTE**.

§ 2º O **CONVENENTE** poderá suspender o cumprimento do presente convênio, mediante simples comunicação, no caso de qualquer atraso de mais de 30 (trinta) dias no atraso das parcelas desde que não seja motivada pela contratante como no caso de falta de prestação de contas ou não cumprimento das cláusulas contratuais.

CLÁUSULA DÉCIMA – Do Foro:

Fica definido o Foro da Comarca de Concórdia (SC), para discussão dos fatos e questões que oriundas do presente não encontrarem solução na esfera administrativa.

E, por estarem justos e contratados, lavram, datam e assinam, juntamente com as testemunhas abaixo, em 4 (quatro), vias de igual teor e forma, obrigando-se por si e por seus sucessores a cumpri-lo em todos os seus termos.

Alto Bela Vista (SC), 21 de fevereiro de 2025.

MUNICÍPIO DE ALTO BELA VISTA

[Redacted] Prefeito Municipal

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

[Redacted] Gestor

ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE HOSPITALAR SÃO CAMILO - PERITIBA

[Redacted] Procurador



ESTADO DE SANTA CATARINA
MUNICÍPIO DE ALTO BELA VISTA
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

6

Convênio FMS nº 001/2025

Testemunhas

Nome _____
CPF: _____

Nome _____
CPF: _____

A

Assinado por 5 pessoas:
Para verificar a validade das assinaturas, acesse <https://altobelavista.1doc.com.br/verificacao/A3C2-6526-02A3-E938> e informe o código A3C2-6526-02A3-E938



VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: A3C2-6526-02A3-E938

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



[Redacted] 26/02/2025 15:13:57 (GMT-03:00)
Emitido por: AC OAB G3 << AC Certisign G7 << Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5 (Assinatura ICP-Brasil)



[Redacted] em 26/02/2025 15:45:38 (GMT-03:00)
Emitido por: [Redacted]



[Redacted] 6/02/2025 15:53:05 (GMT-03:00)



[Redacted] em 26/02/2025 17:46:02 (GMT-03:00)
Emitido por: Autoridade Certificadora SERPRORFBv5 << AC Secretaria da Receita Federal do Brasil v4 << Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5 (Assinatura ICP-Brasil)



[Redacted] em 27/02/2025 16:45:59 (GMT-03:00)
Papel: Parte
Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://altobelavista.1doc.com.br/verificacao/A3C2-6526-02A3-E938>