



PREFEITURA MUNICIPAL DE AIMORES

SECRETARIA DE SAUDE DE AIMORES/ FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE AIMORES

AV. Raul Soares, 310 – Aimorés – Minas Gerais – CEP.: 35.200-000
CNPJ.: 97.520.031/0001-05/ 18.348.094/0001-50 - Fone:(33) 3267-1671

Email: saude@aimores.mg.gov.br; prefeitura@aimores.mg.gov.br

Site: www.aimores.mg.gov.br

CONVENIO Nº 002/2026

**CONVÊNIO Nº 002/2026 CELEBRADO ENTRE O
MUNICÍPIO DE AIMORÉS E A SOCIEDADE
BENEFICENTE SÃO CAMILO, HOSPITAL SÃO JOSÉ E
SÃO CAMILO.**

Considerando o recebimento de recurso por meio da Resolução SES/MG Nº 10091, de 28 de abril de 2025, recurso de emendas parlamentares, destinados ao reforço do custeio de ações e serviços de saúde, na Política Hospitalar, Urgência e Emergência, de estabelecimentos de saúde e município de Minas Gerais, sendo nesta o beneficiário final a Sociedade Beneficente São Camilo – CNPJ 60.975.737/0064-35, emenda 161485.

Considerando que a Sociedade Beneficente São Camilo – Hospital São José São Camilo uma entidade filantrópica, reconhecida como de Utilidade Pública Municipal, a única entidade no Município que oferece serviços do SUS na modalidade hospitalar, urgência e emergência de pronto atendimento que funciona de forma ininterrupta, vinte e quatro horas por dia, conforme a necessidade e ações em saúde estabelecidas pela Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais, necessita deste recurso para continuar a oferecer o serviço à população.

Considerando a aprovação do presente termo para repasse pelo Conselho Municipal de Saúde de Aimorés, situação analisada e aprovada em 28 de agosto de 2025, Resolução nº 08/2025.

A PREFEITURA MUNICIPAL DE AIMORÉS, pessoa jurídica de direito público, com sede à Av. Raul Soares, 310 – Centro – nesta cidade, inscrita no CNPJ sob o nº 18.438.094/0001-50, neste ato representado por seu Prefeito Municipal, **Adriano Garcia**, inscrito no CPF sob o nº [REDACTED], portador do RG nº [REDACTED], doravante denominado **MUNICÍPIO**, o **FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**, pessoa jurídica de direito público, com sede à Avenida Raul Soares, 1182, Centro, Aimorés/MG, CEP, 35200000, inscrito no CNPJ sob o nº 97.520.031/0001-05, neste ato apresentada pela atual presidente, Danielle Avelar Lopes, inscrita no CPF sob o número [REDACTED], e, **SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO**, entidade filantrópica e sem fins lucrativos, mantenedora do Hospital São José e São Camilo de Aimorés, inscrita no CNPJ sob o nº 60.975.737/0064-35, com sede na Rua Pedro Nolasco, 01 – Centro – Aimorés/MG, representado na forma do instrumento público de Procuração formalizado junto ao 14º Tabelião de Notas Dr. Paulo Tupinambá Vampré, São Paulo – SP, em 08 de outubro de 2025, no livro 7252, páginas 321 e 324, Presidente Sr. Mateus Locatelli, brasileiro, solteiro, professor, portador da Carteira de Identidade Nacional – CIN – Registro Geral-CPF nº [REDACTED], expedida pelo IIRGD – SP, residente e domiciliado na Avenida Pompeia, nº 888, São Paulo – SP, CEP 05022-000, doravante denominado **HOSPITAL**, de acordo com Art. 199, § 1º da Constituição da República Federativa do Brasil, na Constituição do Estado de Minas Gerais, na Lei Federal Complementar nº 101/2000, na Lei Complementar no 33/1994, Lei complementar 141/2012, na Lei Orgânica do

Rubrica
JS

Rubrica
ML



PREFEITURA MUNICIPAL DE AIMORES

SECRETARIA DE SAUDE DE AIMORES/ FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE AIMORES

AV. Raul Soares, 310 – Aimorés – Minas Gerais – CEP.: 35.200-000
CNPJ.: 97.520.031/0001-05/ 18.348.094/0001-50 - Fone:(33) 3267-1671

Email: saude@aimores.mg.gov.br; prefeitura@aimores.mg.gov.br

Site: www.aimores.mg.gov.br

Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais, na Lei Federal no 8.080/1990 e suas alterações, na Lei Federal no 4.320/1964 e suas alterações, na Lei Federal no 8.666/1993, 10.520/2002 e suas alterações, Decreto Estadual nº. 49.080/2025, Decreto nº 48.745/2023, e nas Instruções Normativas do Tribunal de Contas do Estado de Minas Gerais, Resolução SEGOV/MG nº 05/2023, Resolução SES/MG nº 8879/2023 e, em especial, a Resolução SES MG nº 10.091/2025, no que couber resolvem celebrar o presente convenio mediante as cláusulas e condições seguintes:

DAS CLAUSULAS E CONDIÇÕES

1. CLAUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente convênio tem por objeto o repasse de recursos financeiros de investimento para a custeio de ações e serviços de saúde, na Política Hospitalar e Urgência e Emergência, ação orçamentária 4121, nos termos da Resolução SES/MG nº 10.091/2025.

Parágrafo Único- O recurso financeiro deverá ser utilizado para custeio de Medicamentos e soluções parenterais padronizados na instituição, também como gases medicinais, insumos de laboratório.

2. CLÁUSULA SEGUNDA - DAS OBRIGAÇÕES

2.1 O MUNICÍPIO/CONCEDENTE fica obrigado a:

- I - promover o repasse dos recursos financeiros de acordo com o cronograma de desembolso do Plano de Trabalho e apresentação das prestações de contas conforme previsto neste;
- II- informar previamente ao HOSPITAL/CONVENTE sobre toda e qualquer anormalidade no objeto deste, que possa influir no atendimento de beneficiários;
- III - zelar para que o objeto conveniado seja cumprido rigorosamente conforme estabelecido neste CONVÊNIO;
- IV - realizar de forma sistemática o monitoramento, inclusive com vistorias “in loco”, diretamente através da Secretaria Municipal de Saúde ou através de terceiros expressamente autorizados, e avaliação dos serviços prestados pelo HOSPITAL/CONVENENTE, em especial quanto ao desenvolvimento de objetivos e resultado das ações e atividades desenvolvidas pelo HOSPITAL com vistas à efetividade deste Termo;
- V - exercer o controle e fiscalização sobre a execução do CONVÊNIO.

2.2 O HOSPITAL fica obrigado a:

- I – realizar a execução do objeto, custeio de ações e serviços de saúde, na Política Hospitalar e Urgência e Emergência, ação orçamentária 4121, nos termos da Resolução SES/MG nº 10.091/2025;
- II – na realização de contratações observar os princípios que regem a Administração pública, bem como orientar-se a partir do maior número possível de preços e de fontes diversas, e exigir do interessado,

Rubrica
JS

Rubrica
ML



PREFEITURA MUNICIPAL DE AIMORES

SECRETARIA DE SAUDE DE AIMORES/ FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE AIMORES

AV. Raul Soares, 310 – Aimorés – Minas Gerais – CEP.: 35.200-000
CNPJ.: 97.520 .031/0001-05/ 18.348.094/0001-50 - Fone:(33) 3267-1671
Email: saude@aimores.mg.gov.br; prefeitura@aimores.mg.gov.br
Site: www.aimores.mg.gov.br

a seguinte documentação; prova de regularidade para com a Fazenda Federal, Estadual e Municipal, prova de regularidade relativa à Seguridade Social e ao Fundo de Garantia por Tempo de Serviço (FGTS), prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho e qualificação técnica para a execução do objeto. E no caso de pessoa jurídica, exigir também: prova de inscrição no cadastro de Pessoa jurídica, ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, devidamente registrado, declaração para fins de cumprimento do disposto no inciso XXXIII do Art. 7º da Constituição Federal, que não emprega menor de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e que não emprega menor de dezesseis anos;

III- executar o objeto, na forma do Plano de Trabalho anexo, aos beneficiários do SUS, garantindo a prioridade às pessoas com mais de sessenta e cinco anos de idade, as gestantes, lactantes, lactentes e crianças de até cinco anos;

IV - Cumprir as condições especificadas no Plano de Trabalho;

V - Manter registros de modo a permitir o acompanhamento, supervisão e controle dos serviços;

VI- Propiciar aos técnicos credenciados pelo MUNICÍPIO, todos os meios e condições necessárias ao acompanhamento, à supervisão, ao controle e à fiscalização do CONVÊNIO;

VII- arcar com o pagamento de toda e qualquer despesa excedente aos recursos transferidos pelo MUNICÍPIO, tais como taxas bancárias, multas, juros ou correção monetária referente a recolhimentos fora dos prazos, desde que o repasse previsto neste CONVÊNIO ocorra tempestivamente;

VIII - responsabilizar-se por todos os encargos decorrentes do presente CONVÊNIO;

IX - Apresentar a Prestação de Contas trimestral e final, de acordo com o Decreto Estadual Nº 48.745/2023 e 49.080/2025 e as normativas da Prefeitura Municipal de Aimorés/MG;

X - Manter atualizada a escrituração contábil específica dos atos e fatos relativos à execução do CONVÊNIO, para fins de acompanhamento e avaliação;

XI - Ressarcir o saldo existente na data do término do CONVÊNIO ao MUNICÍPIO, caso o mesmo não tenha sido utilizado na execução das ações previstas no convênio dentro de sua vigência, através de depósito bancário na conta nº 33.569-X, agência 0215-1, Banco Brasil, de titularidade do Fundo Municipal de Aimorés/MG;

XII - Manter em arquivo, pelo prazo de 05 (cinco) anos, contados da aprovação das contas do gestor, pelo Tribunal de Contas do Estado do Minas Gerais, relativa ao exercício da concessão, dos registros individualizados das contratações, bem como os registros contábeis, com a identificação do presente CONVÊNIO.

3. CLÁUSULA TERCEIRA - DO VALOR

Os recursos financeiros destinados aos beneficiários desta Resolução totalizam o montante de **R\$ 360.000,00 (Trezentos e sessenta mil reais) acrescido dos valores auferidos em rendimento de aplicação financeira dos recursos contidos na conta na aplicação da conta bancária nº 33.569-X, agência nº 0215-1, Banco do Brasil Aimorés/MG**, nos termos do Anexo I da Resolução SES/MG nº 10.091/2025, acrescidos dos rendimentos proveniente de aplicação financeira do recurso

Rubrica
JS

Rubrica
ML



PREFEITURA MUNICIPAL DE AIMORES

SECRETARIA DE SAUDE DE AIMORES/ FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE AIMORES

AV. Raul Soares, 310 – Aimorés – Minas Gerais – CEP.: 35.200-000
CNPJ.: 97.520 .031/0001-05/ 18.348.094/0001-50 - Fone: (33) 3267-1671

Email: saude@aimores.mg.gov.br; prefeitura@aimores.mg.gov.br

Site: www.aimores.mg.gov.br

recebido pelo Fundo Municipal de Saúde, até o momento do repasse efetivo do recurso, em parcela única, a serem empregados na execução do objeto deste, conforme Plano de Trabalho Anexo "1" e anexos da Resolução SES/MG nº 10.091/2025, parte integrante deste.

4. CLÁUSULA QUARTA – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

As despesas do presente convênio correrão por conta da dotação orçamentária: **10.302.0015.2039 Execução de Convenios da Saúde, 3.3.50.43.00 Subvenções**, instituída pela Lei nº 2.948, de 30 de outubro de 2025.

5. CLÁUSULA QUINTA – DO DESEMBOLSO

Para o desenvolvimento do presente convenio, o MUNICIPIO repassará ao HOSPITAL o valor de **R\$ 360.000,00 (Trezentos e sessenta mil reais) acrescido dos valores auferidos em rendimento de aplicação financeira dos recursos contidos na conta na aplicação da conta bancária nº 33.569-x, agencia nº 0215-1, Banco do Brasil Aimorés/MG** nos termos do Anexo I da Resolução SES/MG nº 10.091/2025, acrescidos dos rendimentos proveniente de aplicação financeira do recurso recebido pelo Fundo Municipal de Saúde, até o momento do repasse efetivo do recurso, em parcela única, que será depositado na conta corrente nº 33.830-3, Banco do Brasil, agência: 0215-1, aberta exclusivamente para recebimento de recursos proveniente deste CONVENIO firmado junto ao Fundo Municipal de Saúde de Aimorés/MG e Prefeitura Municipal de Aimorés/MG.

Parágrafo Primeiro: O HOSPITAL obriga-se a utilizar os recursos recebidos exclusivamente para a execução do objeto do presente Termo, administrando os valores recebidos de forma responsável. O uso dos recursos de forma diversa à prevista nesta cláusula implicará na adoção das medidas judiciais cabíveis, especialmente as voltadas à restituição dos valores utilizados de forma indevida.

Parágrafo Segundo: Os recursos transferidos pelo MUNICÍPIO deverão ser mantidos em conta bancária específica e vinculada, em nome do HOSPITAL, somente sendo permitidas operações bancárias para pagamento de despesas previstas no Plano de Trabalho, parte integrante deste instrumento, mediante depósito na conta informada no caput da cláusula quinta.

Parágrafo Terceiro: Os saldos disponíveis, enquanto não forem empregados no objeto do CONVÊNIO, serão obrigatoriamente aplicados em fundo de aplicação financeira de curto prazo, quando sua utilização estiver prevista para prazo inferior a 30 (trinta) dias, e em prazo superior em poupança.

Parágrafo Quarto: Os resultados das aplicações financeiras oriundos destes recursos podem ser utilizados pelo HOSPITAL no objeto deste CONVÊNIO, cuja comprovação estará sujeita às mesmas exigências da prestação de contas dos recursos liberados.

Parágrafo Quinto: A prestação de Contas será realizada e apresentada conforme cláusula Nona.

Rubrica
JS

Rubrica
ML



PREFEITURA MUNICIPAL DE AIMORES

SECRETARIA DE SAUDE DE AIMORES/ FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE AIMORES

AV. Raul Soares, 310 – Aimorés – Minas Gerais – CEP.: 35.200-000
CNPJ.: 97.520.031/0001-05/ 18.348.094/0001-50 - Fone:(33) 3267-1671

Email: saude@aimores.mg.gov.br; prefeitura@aimores.mg.gov.br

Site: www.aimores.mg.gov.br

6. CLÁUSULA SEXTA – DA EXECUÇÃO FINANCEIRA

Toda despesa realizada com recursos transferidos por meio deste TERMO deverá ser precedida, respectivamente, do adequado processo licitatório ou do procedimento análogo ao licitatório, em conformidade com o que dispõem a RESOLUÇÃO SES/MG Nº 10.091/2025 inclusive ao Anexo II da mesma, com vistas à seleção da proposta mais vantajosa, respeitados os princípios jurídicos inseridos no art. 37 da Constituição Federal, assim como os da igualdade, vinculação ao instrumento convocatório e julgamento objetivo.

Parágrafo Primeiro: A comprovação da aplicação dos recursos para a custeio de ações e serviços de saúde, na Política Hospitalar e Urgência e Emergência, ação orçamentária 4121, será realizada por meio dos procedimentos previstos no Decreto Estadual nº. 49.080/2025, e pelo Relatório Anual de Gestão (RAG), previsto na Lei Federal nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e no Decreto Federal nº 1.651, de 28 de setembro de 1995.

Parágrafo Segundo: Os recursos deverão ser utilizados única e exclusivamente para o atendimento dos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS.

Parágrafo Terceiro: Os valores que não forem executados no prazo estabelecido deverão ser restituídos ao Município por meio de transferência eletrônica, para a conta bancária nº **33.569-X, agência nº 0215-1, Banco do Brasil Aimorés/MG**, de titularidade do Fundo Municipal de Saúde de Aimorés/MG, com identificação de DEVOLUÇÃO DE SALDO NÃO UTILIZADO DO TERMO DE CONVENIO Nº 002/2026, no ato da apresentação do processo de prestação de contas, controle, avaliação, nos termos do Decreto Estadual nº 48.745/2023.

Parágrafo Quarto: Os valores previstos na Clausula Quinta poderão ser complementados pelo beneficiário.

Parágrafo Quinto: Os rendimentos provenientes de saldo de aplicação financeira devem ser utilizados na execução do objeto, nos termos deste Convenio.

Parágrafo Sexto: - Fica vedada a utilização dos recursos para realização de despesas com pessoal, aquisição de equipamentos e materiais permanentes, incluindo obra.

Parágrafo Sétimo: A entidade filantrópica que for beneficiária dos recursos previstos nesta resolução deverá estar e permanecer regular no Cadastro Geral de Convenientes – CAGEC, inclusive quando houver o repasse do Fundo Municipal de Saúde à beneficiária final, podendo ser consideradas apenas as exceções previstas em lei.

Parágrafo Oitavo: - Recursos que forem repassados a entidade filantrópica que venha a descumprir o previsto Decreto Estadual nº. 49.080/2025 deverão ser imediatamente restituídos pelo Fundo Municipal de Saúde, quando detectada qualquer irregularidade, sob pena de reprovação de prestação de contas.

Rubrica
95

Rubrica
ML



PREFEITURA MUNICIPAL DE AIMORES

SECRETARIA DE SAÚDE DE AIMORES/ FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE AIMORES

AV. Raul Soares, 310 – Aimorés – Minas Gerais – CEP.: 35.200-000
CNPJ.: 97.520.031/0001-05/ 18.348.094/0001-50 - Fone:(33) 3267-1671

Email: saude@aimores.mg.gov.br; prefeitura@aimores.mg.gov.br

Site: www.aimores.mg.gov.br

Parágrafo Nono: Os valores que não forem executados no prazo estabelecido deverão ser restituídos ao Fundo Municipal de Saúde, ao final da execução do termo, no ato da apresentação do processo de prestação de contas, controle e avaliação, nos termos do Decreto Estadual nº. 49.080/2025 e 48.745/2023.

Parágrafo Décimo: - Sem prejuízo dos demais procedimentos de prestação de contas, prestação de contas, controle e avaliação previstos neste, no Decreto Estadual nº. 49.080/2025, a verificação da adequada aplicação dos recursos ao fim que se destina será realizada mediante a análise do cumprimento do objeto, indicador e meta, estabelecidos neste Termo.

Parágrafo Décimo Primeiro: O(s) indicador(es) e meta(s) a serem monitorados são aqueles discriminados no Anexo IV da RESOLUÇÃO SES/MG Nº 10.091/2025.

I - O indicador para verificação é o percentual de manutenção da produção hospitalar para o SUS

II - A meta consta na descrição detalhada do indicador disposto no Anexo IV da RESOLUÇÃO SES/MG Nº 10.091/2025.

Parágrafo Décimo Segundo: Os prazos de que tratam neste termo serão contados em dias corridos.

Parágrafo Décimo Terceiro: O processo de prestação de contas deverá ser apresentado observando-se as disposições contidas no Decreto Estadual nº. 49.080/2025, ou Regulamento (s) que vier (em) a substituí-lo (s) e Decreto 48.745/2023.

Parágrafo Décimo Quarto: Além das disposições legais pertinentes neste termo, o conveniente deverá seguir as orientações e normatizações da Secretaria de Estado de Saúde para a realização das ações e na execução dos recursos financeiros transferidos aos Fundos Municipais de Saúde.

Parágrafo Décimo Quinto: Todas as informações prestadas para fins deste acompanhamento serão de inteira responsabilidade de seus declarantes, sujeitos às penalidades administrativas, civis e criminais quando constada a sua falsidade ou inverdade.

7. CLÁUSULA SETIMA – DA VIGENCIA E RENOVAÇÃO

O presente convênio entrará em vigor na data de sua publicação, findando em **30/06/2028**, conforme Plano de Trabalho e conforme Resolução SES/MG nº 10.091, de 28 de abril de 2025.

8. CLÁUSULA OITAVA - DAS ALTERAÇÕES DO TERMO

O presente Termo poderá ser alterado a qualquer momento, mediante Termo Aditivo, desde que as referidas alterações sejam previamente acordadas pelas partes.

Rubrica
JS

Rubrica
ML



PREFEITURA MUNICIPAL DE AIMORES

SECRETARIA DE SAUDE DE AIMORES/ FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE AIMORES

AV. Raul Soares, 310 – Aimorés – Minas Gerais – CEP.: 35.200-000
CNPJ.: 97.520.031/0001-05/ 18.348.094/0001-50 - Fone:(33) 3267-1671

Email: saude@aimores.mg.gov.br; prefeitura@aimores.mg.gov.br

Site: www.aimores.mg.gov.br

9. CLÁUSULA NONA - DA PRESTAÇÃO DE CONTAS

A Prestação de Contas Final deverá ser composta de:

- a) Cópia do termo;
- b) Cópia do Plano de trabalho;
- c) Ofício de encaminhamento da Prestação de Contas – Anexo 2 – “A”;
- d) Relação de pagamentos efetuados e nomes dos fornecedores - Anexo 2 – “B”;
- e) Demonstrativo de Execução da Receita e Despesa, Anexo 2 – “C”;
- f) Cópia do extrato bancário da conta corrente do CONVÊNIO e sua aplicação mensal, correspondente ao período referente à prestação de contas encaminhada;
- g) Conciliação bancária, Anexo 2 – “D”;
- h) Cópia dos comprovante de transferências eletrônicas, utilizados nos pagamentos;
- i) Documentos fiscais utilizados (Notas Fiscais, boletos, faturas, comprovante e ou recibos, contratos), devidamente quitadas, com Identificação nos documentos fiscais do número do convênio;
- j) Declaração do presidente/administrador do Hospital de que os recursos foram rigorosamente aplicados aos fins concedidos Anexo 2 – “E”;
- k) Relatório de execução físico/financeiro, Anexo 2 – “F”;
- l) Relatório de Cumprimento do Objeto Pactuado;
- m) Comprovante de recolhimento do Saldo não aplicado na execução do CONVÊNIO.

Parágrafo Primeiro: Os responsáveis pela fiscalização deste CONVÊNIO, ao tomarem conhecimento de qualquer irregularidade ou ilegalidade na utilização dos recursos ou bens de origem pública pelo Hospital, darão imediata ciência ao Conselho Municipal de Saúde, sob pena de responsabilidade;

Parágrafo Segundo: a Prestação de Contas Final deverá ser apresentada à Prefeitura Municipal de Aimorés e ao Gestor do Fundo Municipal de Saúde em até 90 (noventa) dias após o término do prazo de vigência do instrumento de repasse, ou em 30 (trinta) dias após a utilização do recurso repassado.

Parágrafo Terceiro: As despesas serão comprovadas mediante encaminhamento à MUNICÍPIO, cópia de documentos fiscais ou equivalentes, em primeira via, devendo as faturas, recibos, notas fiscais e quaisquer outros documentos comprobatórios serem emitidos em nome do HOSPITAL, devidamente identificados e com referência ao número deste CONVENIO.

Parágrafo Quarto: Não serão aceitos documentos com rasuras e prazo de validade vencido.

Parágrafo Quinto: A não apresentação ou a rejeição da prestação de contas parcial ou final acarretará:
I. à devolução imediata dos recursos financeiros repassados e não executados, acrescidos da correção monetária prevista em lei; e

Rubrica
JS

Rubrica
ML



PREFEITURA MUNICIPAL DE AIMORES

SECRETARIA DE SAUDE DE AIMORES/ FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE AIMORES

AV. Raul Soares, 310 – Aimorés – Minas Gerais – CEP.: 35.200-000
CNPJ.: 97.520.031/0001-05/ 18.348.094/0001-50 - Fone:(33) 3267-1671

Email: saude@aimores.mg.gov.br; prefeitura@aimores.mg.gov.br

Site: www.aimores.mg.gov.br

- II. às normas jurídicas aplicáveis no caso dos recursos financeiros executados parcial ou totalmente em desacordo com o objeto originalmente pactuado com a PREFEITURA MUNICIPAL DE AIMORES E FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE AIMORES/MG.
- III. O bloqueio do HOSPITAL, no sistema de Administração Financeira da Prefeitura Municipal de Aimorés/MG;
- IV. A instauração de procedimento de tomada de contas especial, que será encaminhada a Controladoria do Município de Aimorés/MG;
- V. O ajuizamento de ação judicial para obtenção do ressarcimento ao Erário e aplicação das penalidades legais.

10. CLÁUSULA DÉCIMA - DO CONTROLE E DA FISCALIZAÇÃO

Fica assegurado à Auditoria Assistencial, à Auditoria Setorial e aos órgãos de controle externo da Administração Pública o pleno acesso aos documentos originados em decorrência da aplicação dos recursos deste termo, bem como a fiscalização in loco para averiguar a destinação dos bens adquiridos.

11. CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA - DA DENUNCIA E RESCISÃO

O presente TERMO DE CONVENIO poderá ser denunciado por qualquer das partes, mediante comunicação prévia, por escrito, com antecedência mínima de 60 (sessenta) dias, ou rescindido unilateralmente, a qualquer tempo, em caso de descumprimento de qualquer de suas cláusulas.

Parágrafo Primeiro: Na hipótese do HOSPITAL ou do MUNICIPIO promoverem a denúncia imotivada do CONVENIO, deverá o HOSPITAL devolver o excedente apurado ao MUNICIPIO de todos os valores repassados e ainda não utilizados para realização do Projeto, sem prejuízo de eventuais perdas e danos.

Parágrafo Segundo: A restituição dos valores devidos ao MUNICIPIO deverá ser feita pelo HOSPITAL imediatamente, contados do recebimento da notificação de devolução enviada pelo MUNICIPIO.

12. CLÁUSULA DÉCIMA SEGUNDA – DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Qualquer omissão ou tolerância das partes em exigir o estrito cumprimento das obrigações ora contratadas, ou em exercer quaisquer direitos decorrentes deste Convênio, não constituirá novação ou renúncia, nem afetará o seu direito de exercê-los a qualquer tempo.

Na hipótese de demanda judicial envolvendo questões cíveis, previdenciárias ou trabalhistas alusivas à execução do objeto do presente Termo, o MUNICIPIO não responderá quer solidária ou subsidiariamente.

Rubrica
JS

Rubrica
ML



PREFEITURA MUNICIPAL DE AIMORES

SECRETARIA DE SAUDE DE AIMORES/ FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE AIMORES

AV. Raul Soares, 310 – Aimorés – Minas Gerais – CEP.: 35.200-000
CNPJ.: 97.520.031/0001-05/ 18.348.094/0001-50 - Fone:(33) 3267-1671

Email: saude@aimores.mg.gov.br; prefeitura@aimores.mg.gov.br

Site: www.aimores.mg.gov.br

O presente CONVENIO tem força de titulo executivo extrajudicial, nos termos do artigo 784, inciso II do Código de Processo Civil Brasileiro.

13. CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA – DO FORO

Para dirimir as possíveis duvidas que possam surgir, as partes elegem desde já o foro da Comarca de Aimorés/MG.

E, por estarem assim, justas e acordadas, as partes assinam o presente CONVENIO em três vias de igual teor e forma, juntamente com as testemunhas que igualmente o subscrevem.

Aimorés, de Janeiro de 2026.

ADRIANO
GARCIA: [REDACTED]

Assinado digitalmente por ADRIANO GARCIA:62510597653
ID: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=Presencial, CN=13704405000160,
OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, O=ICP-Brasil e
CPF A3, OU=(sem branco), CN=ADRIANO GARCIA: [REDACTED]
Razão: motivo da sua assinatura aqui
Localização: sua localização de assinatura aqui
Data: 2026.01.13 11:21:07-03'00'
Foxit PDF Reader Versão: 2024.1.0

PREFEITURA MUNICIPAL DE AIMORÉS
ADRIANO GARCIA
Prefeito Municipal

DANIELLE AVELAR
LOPES: [REDACTED]

Assinado de forma digital por
DANIELLE AVELAR
LOPES: [REDACTED]
Dados: 2026.01.12 15:33:52 -03'00'

FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE
DANIELLE AVELAR LOPES
Gestor

Assinado por:

Mateus Locatelli

5E50E66FAF4342E ..

SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO
HOSPITAL SÃO JOSÉ E SÃO CAMILO
MATEUS LOCATELLI
Presidente

TESTEMUNHAS:

1) _____

Nome:

CPF:

2) _____

Nome:

CPF:

KASSIA ROBERTA
GUIMARAES
MAGRI
DAMASCENO: [REDACTED]

Assinado de forma
digital por KASSIA
ROBERTA
GUIMARAES MAGRI
DAMASCENO: [REDACTED]

Rubrica

95



PREFEITURA MUNICIPAL DE AIMORES

SECRETARIA DE SAUDE DE AIMORES/ FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE AIMORES

AV. Raul Soares, 310 – Aimorés – Minas Gerais – CEP.: 35.200-000
 CNPJ.: 97.520.031/0001-05/ 18.348.094/0001-50 - Fone:(33) 3267-1671

Email: saude@aimores.mg.gov.br; prefeitura@aimores.mg.gov.br

Site: www.aimores.mg.gov.br

ANEXO I – PLANO DE TRABALHO

PLANO DE TRABALHO – HOSPITAL SÃO JOSE E SÃO CAMILO				2026-2028	
1- DADOS CADASTRAIS					
ÓRGÃO/ENTIDADE PROPONENTE: Sociedade Beneficente São Camilo – Hospital São José e São Camilo				CNPJ: 60.975.737/0064-35	
ENDEREÇO: Rua Pedro Nolasco, 01 - Bairro Centro			ENDEREÇO ELETRÔNICO (E-MAIL): contato@saocamilo-hsjsc.com.br		
CIDADE: Aimorés	UF: MG	CEP: 35.200-000	CELULAR:	DDD/FONE: (33)3267-1573	
CONTA CORRENTE: 33.830-3	BANCO: Brasil	AGÊNCIA: 0215-1	PRAÇA DE PAGAMENTO: Aimorés		
NOME DO RESPONSÁVEL: Mateus Locatelli				CPF: [REDACTED]	
CARTEIRA DE IDENTIDADE/ÓRGÃO EXPEDIDOR: Carteira de Identidade Nacional – CIN – Registro Geral-CPF nº [REDACTED] , expedida pelo IIRGD – SP			CARGO: Presidente		PROFISSÃO: Professor
ENDEREÇO: Av. Pompéia, n.º 888, Vila Pompeia, São Paulo/SP				CEP: 05.022-001	
2- DESCRIÇÃO DO PROJETO					
2.1- Título do projeto: Custeio da POLÍTICA DE ATENÇÃO HOSPITALAR E URGÊNCIA E EMERGÊNCIA					
2.2 - Identificação do objeto: Repasso de recursos financeiros para o reforço do Custeio da POLÍTICA DE ATENÇÃO HOSPITALAR E URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, nos termos da Resolução SES/MG nº 10.091/2025.					
2.3- Período de execução: O período de vigência do convênio será da data da assinatura e publicação até 30/06/2028.					

Rubrica

Rubrica



PREFEITURA MUNICIPAL DE AIMORES

SECRETARIA DE SAÚDE DE AIMORES/ FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE AIMORES

AV. Raul Soares, 310 – Aimorés – Minas Gerais – CEP.: 35.200-000
CNPJ.: 97.520.031/0001-05/ 18.348.094/0001-50 - Fone: (33) 3267-1671

Email: saude@aimores.mg.gov.br; prefeitura@aimores.mg.gov.br

Site: www.aimores.mg.gov.br

3- JUSTIFICATIVA DA PROPOSTA

O convênio a ser firmado entre o Hospital São José e São Camilo de Aimorés e o Fundo Municipal de Saúde e Prefeitura Municipal de Aimorés é de extrema importância para a manutenção da saúde e qualidade de vida da população Aimoreense, uma vez que proporciona a implantação da Política na Política de Atenção Hospitalar e Urgência e Emergência, conforme Repasse de recursos financeiro decorrente da Resolução SES/MG nº 10.091, de 28 de abril de 2025, destinado ao reforço do custeio das ações e serviços de saúde.

Desta forma, o Hospital São José e São Camilo através dos recursos mencionados nesta proposta, garantirá atendimento integral, igualitário e com qualidade, a todos os usuários assistidos desse município, além disso, manterá a segurança no atendimento proporcionando maior resolutividade aos seus usuários.

Assim, por meio deste convenio o Hospital São José São Camilo, garantirá atendimento integral, igualitário e com qualidade, a todos os usuários assistidos desse município, com maior resolutividade.

4 . CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

META	ETAPA	ESPECIFICAÇÃO	DURAÇÃO	
			INÍCIO	TÉRMINO
1	1	Repasse de recursos financeiros para Custeio da POLÍTICA DE ATENÇÃO HOSPITALAR E URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, nos termos da Resolução SES/MG nº 10.091/2025. O recurso financeiro deverá ser utilizado para custeio de medicamentos e soluções parenterais padronizados na Instituição, também como gases medicinais, insumos de laboratório.	Data da assinatura e publicação	30/06/2028

5. PLANO DE APLICAÇÃO (R\$ x 1,00)

Janeiro/2026 – junho/2028

OBJETO	VALOR TOTAL DO CONVENIO
Repasse de recursos financeiros para Custeio da POLÍTICA DE ATENÇÃO HOSPITALAR E URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, nos termos da Resolução SES/MG nº 10.091/2025 O recurso financeiro deverá ser utilizado para custeio de Medicamentos e soluções	R\$ 360.000,00 (trezentos e sessenta mil reais) em parcela única, acrescido dos valores auferidos em rendimento de aplicação financeira dos recursos contidos na conta na aplicação da conta bancária nº 33.569-x, nos termos do Anexo I da Resolução SES/MG nº 10.091/2025, acrescidos dos rendimentos provenientes de aplicação financeira do recurso

Rubrica
95

Rubrica
ML



PREFEITURA MUNICIPAL DE AIMORES
SECRETARIA DE SAUDE DE AIMORES/ FUNDO
MUNICIPAL DE SAUDE DE AIMORES

AV. Raul Soares, 310 – Aimorés – Minas Gerais – CEP.: 35.200-000
CNPJ.: 97.520 .031/0001-05/ 18.348.094/0001-50 - Fone:(33) 3267-1671
Email: saude@aimores.mg.gov.br; prefeitura@aimores.mg.gov.br
Site: www.aimores.mg.gov.br

parenterais padronizados na Instituição, também como gases medicinais, insumos de laboratório.	recebido pelo Fundo Municipal de Saúde, por meio da Resolução SES/MG Nº 10.091/2025 até o momento do repasse efetivo do recurso, em parcela única.
--	--

6. CRONOGRAMA DE REPASSE (R\$X 1,00)

CONCEDENTE – MUNICIPIO DE AIMORES - 2026

Meta	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio	Junho
01	R\$ 360.000,00	-----	-----	-----		-----
Meta	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro
01	-----	-----	-----	-----	-----	-----

*R\$ 360.000,00 (trezentos e sessenta mil reais) acrescido dos valores auferidos em rendimento de aplicação financeira dos recursos contidos na conta na aplicação da conta bancária nº 33.569-x, nos termos do Anexo I da Resolução SES/MG nº 10.091/2025, acrescidos dos rendimentos proveniente de aplicação financeira do recurso recebido pelo Fundo Municipal de Saúde, por meio da Resolução SES/MG Nº 10.091/2025 até o momento do repasse efetivo do recurso, em parcela única.

7. DECLARAÇÃO

Na qualidade de representante da Sociedade Beneficente São Camilo, declaro, para fins de prova junto ao Município de Aimorés/MG, para os efeitos e sob as penas da lei, que inexistente qualquer débito em mora ou situação de inadimplência com o Estado de Minas Gerais ou qualquer órgão ou entidade da Administração Estadual, que impeça a transferência de recursos para o HOSPITAL.

Pede deferimento,

Aimorés/MG, ____ de Janeiro de 2026.

Assinado por:

Mateus Locatelli

5E50E66FAF4342E...

Mateus Locatelli

Presidente

Sociedade Beneficente São Camilo
Hospital São José e São Camilo

Rubrica

85



PREFEITURA MUNICIPAL DE AIMORES

SECRETARIA DE SAUDE DE AIMORES/ FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE AIMORES

AV. Raul Soares, 310 – Aimorés – Minas Gerais – CEP.: 35.200-000
CNPJ.: 97.520.031/0001-05/ 18.348.094/0001-50 - Fone: (33) 3267-1671

Email: saude@aimores.mg.gov.br; prefeitura@aimores.mg.gov.br

Site: www.aimores.mg.gov.br

8. APROVAÇÃO DO MUNICÍPIO

Aprovado	Aimorés/MG, ____ de Janeiro de 2026.
ADRIANO GARCIA PREFEITO MUNICIPAL	DANIELLE AVELAR LOPES Assinado de forma digital por DANIELLE AVELAR LOPES Dados: 2026.01.12 15:33:10 -03'00' DANIELLE AVELAR LOPES SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

ADRIANO GARCIA

Assinado digitalmente por ADRIANO GARCIA (2510567653)
ID: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=Presencial, OU=13704488000160,
OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, OU=RFB e-
CPF A3, OU=(sem branco), CN=ADRIANO GARCIA
Razão: motivo da sua assinatura aqui
Localização: sua localização de assinatura aqui
Data: 2026.01.13 11:21:07 -03'00'
Foxit PDF Reader Versão: 2024.1.0

Rubrica
95

Rubrica
ML

**SECRETARIA DE SAUDE DE AIMORES/ FUNDO
MUNICIPAL DE SAUDE DE AIMORES**

Email: saude@aimores.mg.gov.br; prefeitura@aimores.mg.gov.br

Site: www.aimores.mg.gov.br

A- OFÍCIO DE ENCAMINHAMENTO DA PRESTAÇÃO DE CONTAS	N.º DO TERMO:
---	---------------

Ofício nº _____,

_____ de _____ de _____.

Exmo. Sr. Prefeito,

Encaminho documentação da prestação de contas _____ (parcial/final), composta dos anexos _____ ,
_____, referentes ao TERMO firmado entre o(a) _____ (concedente) _____ (CNPJ) e o(a) _____ (beneficiário)
(CNPJ).

Coloco-me a disposição de V. Sa. para quaisquer informações adicionais.

Atenciosamente,

Tel. () _____	Nome contato: _____	Endereço: _____	Email: _____
-------------------	---------------------	-----------------	--------------

Rubrica

58

Rubrica

ML



PREFEITURA MUNICIPAL DE AIMORES

SECRETARIA DE SAUDE DE AIMORES/ FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE AIMORES

AV. Raul Soares, 310 – Aimorés – Minas Gerais – CEP.: 35.200-000
CNPJ.: 97.520.031/0001-05/ 18.348.094/0001-50 - Fone: (33) 3267-1671

Email: saude@aimores.mg.gov.br; prefeitura@aimores.mg.gov.br

Site: www.aimores.mg.gov.br

SECRETARIA DE SAUDE DE AIMORES/ FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE AIMORES

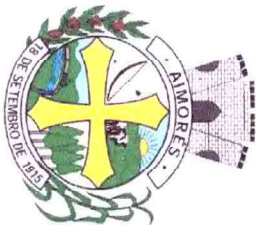
Site: www.aimores.mg.gov.br

D - CONCILIAÇÃO BANCÁRIA				N.º do TERMO		Prestação de Contas	
				Parcial - N.º		Final	
BENEFICIÁRIO:				CNPJ:			
MOVIMENTAÇÃO		N.º do Banco:		N.º/Nome – Agência:		N.º da Conta:	
Nome do Banco:						VALOR EM R\$	
Saldo conforme extrato bancário em							
Menos depósito não contabilizado:							
Mais depósito não acusado pelo banco:							
Menos documentos não compensados conforme relação abaixo:							
Saldo conciliado conforme controle do(a) Beneficiário:							
RELAÇÃO DE DOCUMENTOS NÃO COMPENSADOS							
Cheque / Outros		Data Emissão		Favorecidos		Valor em R\$	
				TOTAL			
ASSINATURAS							
Local e Data , de de							
Nome / Assinatura do Responsável pelo Preenchimento		MASP /CPF / CRC		Nome / Assinatura do Titular do Beneficiário		MASP / CPF	

NOTA: ANEXAR EXTRATOS BANCÁRIOS NO PERÍODO ABRANGIDO PELA PRESTAÇÃO DE CONTAS.

Rubrica

Rubrics



PREFEITURA MUNICIPAL DE AIMORES

SECRETARIA DE SAUDE DE AIMORES/ FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE AIMORES

AV. Raul Soares, 310 – Aimorés – Minas Gerais – CEP.: 35.200-000
CNPJ.: 97.520.031/0001-05/ 18.348.094/0001-50 - Fone:(33) 3267-1671
Email: sau@aimores.mg.gov.br; prefeitura@aimores.mg.gov.br
Site: www.aimores.mg.gov.br

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

Rubrica
95
ML
Rubrica

SECRETARIA DE SAUDE DE AIMORES / FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE DE AIMORES

Site: www.aimores.mg.gov.br

B- RELAÇÃO DE PAGAMENTOS					N.º do Termo		Prestação de Contas		
					Parcial - N.º		Final		
BENEFICIÁRIO:			CNPJ:		Origem dos Recursos:				
					1 - Concedente 2 - Executor / Beneficiário 3 - Outros				
N.º de Ordem	Origem recursos	Credor	N.º Empenho (*)	CPF / CNPJ	Comprovante de Despesas			N.º Cheque ou Ordem Pagamento	Valor em R\$
					Espécie	N.º	Data		
TOTAL									

ASSINATURAS	
Local e Data	, de de
Nome / Assinatura do Responsável pelo Preenchimento	Nome / Assinatura do Titular do Beneficiário
MA SP / CPF / CRC	MA SP / CPF

85

ML



PREFEITURA MUNICIPAL DE AIMORES

AV. Raul Soares, 310 – Aimorés – Minas Gerais – CEP.: 35.200-000
CNPJ.: 18.348.094/0001-50 - Fone:(33) 3267-1671 – Fax (33) 3267 – 1603
E-mail: prefeitura@aimores.mg.gov.br site: www.aimores.mg.gov.br

ANEXO IV - ESPECIFICAÇÃO DO OBJETO

- Os beneficiários deverão utilizar os recursos recebidos tão somente em ações e serviços de saúde que se enquadrem na ação orçamentária nº 4121 - Política de Atenção Hospitalar e Urgência e Emergência, devendo a execução ser comprovada para esse fim.
- Os recursos deverão ser utilizados única e exclusivamente para o atendimento dos usuários do Sistema Único de Saúde - SUS.
- Os rendimentos provenientes de aplicação financeira devem ser utilizados na execução do objeto, nos termos desta Resolução.
- Fica vedada a utilização dos recursos para realização de despesas com pessoal, aquisição de equipamentos e materiais permanentes, incluindo obra.

Rubrica
JS

Rubrica
ML



PREFEITURA MUNICIPAL DE AIMORES

AV. Raul Soares, 310 – Aimorés – Minas Gerais – CEP.: 35.200-000
 CNPJ.: 18.348.094/0001-50 - Fone:(33) 3267-1671 – Fax (33) 3267 – 1603
 E-mail: prefeitura@aimores.mg.gov.br site: www.aimores.mg.gov.br

24% a 29,99%	40%
18% a 23,99%	30%
12% a 17,99%	20%
6% a 11,99%	10%
0% a 5,99%	0%

ACERCA DO MONITORAMENTO

Número de Períodos de Monitoramento: 1

Periodicidade (meses): 1

Data Inicial do Monitoramento: Ao final do prazo de execução dos recursos.

O Beneficiário deverá inserir no SigRes, ao fim da vigência dos recursos, o Relatório Descritivo de Resultados, conforme modelo abaixo.

RELATÓRIO DESCRITIVO DE RESULTADOS					
Nº DA RESOLUÇÃO:			Nº DO TERMO:		
BENEFICIÁRIO:					
VALOR TOTAL: R\$			VALOR PAGO PELA FMS: R\$		
RESULTADOS ALCANÇADOS (Descrever os resultados gerais e os impactos alcançados por meio da execução dos recursos repassados, para o serviço em saúde relacionado a indicação em questão)					
ITENS ADQUIRIDOS					
ITEM	Nº da Nota Fiscal	Valor utilizado com recursos desta Resolução	Valor utilizado com recursos do Beneficiário	CNES do estabelecimento beneficiado	Número da Ação Orçamentária

 ASSINATURA DO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO

Rubrica
 95

Rubrica
 ML



PREFEITURA MUNICIPAL DE AIMORES

AV. Raul Soares, 310 – Aimorés – Minas Gerais – CEP.: 35.200-000
CNPJ.: 18.348.094/0001-50 - Fone:(33) 3267-1671 – Fax (33) 3267 – 1603
E-mail: prefeitura@aimores.mg.gov.br site: www.aimores.mg.gov.br

ANEXO III - MONITORAMENTO E INDICADOR

Indicador: Percentual de manutenção da produção hospitalar par o SUS

Descrição: O indicador mensura o percentual de manutenção da produção de internações/procedimentos hospitalares para o SUS nas instituições hospitalares beneficiárias.

Tipo de Indicador: Processual

Tipo de Fonte: Oficial

Polaridade: maior, melhor

Nome da Fonte: SIH

Meses da Média Móvel: 4

Meses de Defasagem: 3

Indicador Dispensado: outro valor

Percentual de cumprimento maior que 100%: 100%

Peso (%): 100%

Ponto de Corte (%): não há

Unidade de medida: Percentual

Fórmula de cálculo do indicador: (Somatório da produção de internações/procedimentos hospitalares no ano de publicação da Resolução / Somatório da produção de internações/procedimentos hospitalares no ano anterior ao do monitoramento) * 100

Meta: 60%.

Observação: Para os beneficiários que não atingirem a meta, será atribuída faixa de desempenho para cálculo de eventual desconto financeiro, conforme tabela abaixo:

Faixa de desempenho	Valor devido	Faixa de desempenho	Valor devido
54% a 59,99%		90%	
48% a 53%		80%	
42% a 47,99%		70%	
36% a 41,99%		60%	
30% a 35,99%		50%	

Rubrica
JS

Rubrica
ML



PREFEITURA MUNICIPAL DE AIMORES

AV. Raul Soares, 310 – Aimorés – Minas Gerais – CEP.: 35.200-000
CNPJ.: 18.348.094/0001-50 - Fone:(33) 3267-1671 – Fax (33) 3267 – 1603
E-mail: prefeitura@aimores.mg.gov.br site: www.aimores.mg.gov.br

E- DECLARAÇÃO DO PRESIDENTE DA ENTIDADE DE QUE OS RECURSOS FORAM RIGOROSAMENTE APLICADOS AOS FINS CONCEDIDOS

Declaro, para fins de direito e sob as penas da Lei, que os recursos oriundos do TERMO nº ____/2026, foram rigorosamente aplicados conforme seu objeto.

Em, ____/____/____

Presidente da Entidade

Rubrica
JS

Rubrica
ML



PREFEITURA MUNICIPAL DE AIMORES

AV. Raul Soares, 310 – Aimorés – Minas Gerais – CEP.: 35.200-000
 CNPJ.: 18.348.094/0001-50 - Fone:(33) 3267-1671 – Fax (33) 3267 – 1603
 E-mail: prefeitura@aimores.mg.gov.br site: www.aimores.mg.gov.br

F- RELATÓRIO DE EXECUÇÃO FÍSICO / FINANCEIRO (Em R\$)

BENEFICIÁRIO:

CNPJ

Termo N.º

Parcial - N.º

Período:

Final:

Período:

FÍSICO		Descrição	Unidade (*)	No Período		Até o Período			
Meta	Fase			Programada	Executada	Programada	Executada		
FINANCEIRO - Realizado no Período						Realizado até o Período			
Meta	Fase	Concedente	Executor / Beneficiário	Outros	Total	Concedente	Executor / Beneficiário	Outros	Total
TOTAL									

(*) un, m, m², m³, Km...

OBSERVAÇÕES E COMENTÁRIOS

, de de .

Nome / Assinatura do Titular Beneficiário

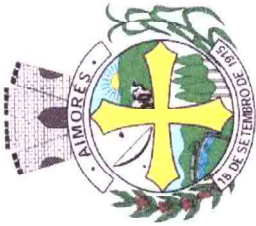
MASP / CPF

Nome / Assinatura do Responsável pelo Preenchimento

MASP / CPF / CRC

 Rubrica
 JS

 Rubrica
 ML



PREFEITURA MUNICIPAL DE AIMORÉS

AV. Raul Soares, 310 – Aimorés – Minas Gerais – CEP.: 35.200-000
CNPJ.: 18.348.094/0001-50 - Fone:(33) 3267-1671 – Fax (33) 3267 – 1603
E-mail: prefeitura@aimores.mg.gov.br site: www.aimores.mg.gov.br

Anexo V – PLANILHA DETALHADA DE ITENS

PLANILHA DETALHADA DE ITENS E CUSTOS DOS BENS						
DETALHAMENTO DE ITENS E CUSTOS DE MATERIAIS E SERVIÇOS						
#	GRUPO DE MATERIAL OU SERVIÇO	CLASSE DE MATERIAL OU SERVIÇO	Descrição do item	Preços Coletados	Custo unitário adotado para Celebração	Valor total
				- Preço Unitário 1º preço		
MATERIAIS						
M1	MATERIAIS DIVERSOS	Medicamentos e soluções parenterais padronizados na Instituição, também como gases medicinais, insumos de laboratório.	Medicamentos e soluções parenterais padronizados na Instituição, também como gases medicinais, insumos de laboratório.	R\$ 360.000,00	R\$ 360.000,00	R\$ 360.000,00
O valor de repasse será acrescido dos valores auferidos em rendimento de aplicação financeira dos recursos contidos na conta na aplicação da conta bancária nº 33.569-x, nos termos do Anexo I da Resolução SES/MG nº 10.091/2025, acrescidos dos rendimentos proveniente de aplicação financeira do recurso recebido pelo Fundo Municipal de Saúde, por meio da Resolução SES/MG Nº 10.091/2025 até o momento do repasse efetivo do recurso, em parcela única.						
TOTAL GLOBAL						R\$ 320.000,00

Assinatura do Representante Legal da Conveniente: _____ Local e Data: _____

Rubrica
85
Rubrica
ML



PREFEITURA MUNICIPAL DE AIMORÉS

Avenida Raul Soares, 310 - Centro - Aimorés - MG - CEP 35200-000
Site: www.aimores.mg.gov.br; e-mail: prefeitura@aimores.mg.gov.br
CNPJ: 18.348.094/0001-50 - Fone: (33) 3267-1671

CERTIDÃO DE PUBLICIDADE

Certifico que dei publicidade ao CONVÊNIO N° 002/2026 CELEBRADO ENTRE O MUNICÍPIO DE AIMORÉS E A SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO, HOSPITAL SÃO JOSÉ E SÃO CAMILO.

Aimorés/MG, 13 de janeiro de 2026.

FERNANDO ANTÔNIO TON ARAÚJO
Secretário Municipal de Administração