



**TERCEIRO TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE E O HMDCC.**

**PROCESSO: 01.043.689.22.08**

**INSTRUMENTO JURIDICO: 01.2023.2302.0476.03.00**

**O Município de Belo Horizonte**, por intermédio da Secretaria Municipal de Saúde, com sede na Avenida Afonso Pena, nº 2336, bairro Funcionários, na cidade de Belo Horizonte/MG, inscrita no CNPJ sob o nº 18.715.383/0001-40, neste ato representado por seu Secretário, **Danilo Borges Matias**, inscrito no CPF sob nº 036.857.416-40, doravante denominada **CONCEDENTE**, e a **Serviço Social Autônomo Hospital Metropolitano Doutor Célio de Castro – SSA – HMDCC**, inscrito no CNPJ sob o nº 22.012.907/0001-03, CNES nº 7866801 com sede na cidade de Belo Horizonte, à rua Dona Luiza, nº 311, CEP 31.110-430, neste ato denominado **CONVENIENTE**, representado por sua Diretora Executiva, **Cristina Ferreira de Oliveira Peixoto**, brasileira, portadora do CPF nº 043.977.406-31, resolvem celebrar o presente Termo Aditivo ao Convênio, em observância às disposições da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993 e suas alterações, Lei Complementar nº 101/00, Portaria SUS-BH/SMSA 001/2017, Decreto Municipal 10.710/01, Decreto Municipal nº 11.245/03 e demais disposições regulamentares aplicáveis à espécie, mediante as cláusulas e condições a seguir enunciadas:

#### **CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO**

1.1 O objeto do presente instrumento é:

1.1.1. Prorrogar o prazo de vigência.

1.1.2. Repasse de recursos derivados de Transposição da Resolução SES/MG 8.461/2022 autorizado pelas Leis Estaduais Complementares nº 171 e 172/2023.

1.1.3. Novo Plano de Trabalho.

#### **CLÁUSULA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA**

2.1 Fica prorrogado por mais 12 (doze) meses a vigência do Termo original a partir de 08/09/2024 até 07/09/2025, com fulcro no artigo 57, inciso II, da Lei 8.666/93.

**CLÁUSULA TERCEIRA – DOS RECURSOS FINANCEIROS**

3.1 O valor do presente Termo será de R\$ 107.170,13 (cento e sete mil e cento e setenta reais e treze centavos) anual, sendo divididos da seguinte forma:

3.1.1 Para o custeio do presente convênio será repassado o valor de **R\$ 36.000,00 (trinta e seis mil reais)** dividido em 12 parcelas iguais, conforme demonstrado no Plano de Trabalho, parte integrante deste instrumento.

3.1.2 Repasse de R\$ 71.170,13 (setenta e um mil e cento e setenta reais e treze centavos), recurso derivado de Transposição da Resolução SES/MG nº 8.461/2022 autorizado pela Lei Estadual Complementar nº 171/2023 e 172/2023, em parcela única, conforme demonstrado no Plano de Trabalho, parte integrante deste instrumento.

3.1.2.2 O recurso informado na cláusula anterior é incremento temporário de custeio e não integra o teto de remuneração do presente Convênio.

**CLÁUSULA QUARTA- DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

4.1 As despesas decorrentes da execução do presente Termo Aditivo correrão à conta do Município, através da Secretaria Municipal de Saúde, com recursos orçamentários e financeiros do Fundo Municipal de Saúde, na Dotação Orçamentária nº:

**2302.3401.10.305.028.2829.0003.335043.01.2621000.0000**

**CLÁUSULA QUINTA – DA EXECUÇÃO**

5.1 O **CONVENENTE** executará as atividades, de acordo com o Plano de Trabalho, parte integrante do presente instrumento

**CLÁUSULA SEXTA – RATIFICAÇÃO**

6.1 Ficam mantidas as demais cláusulas e condições do Convênio originário, naquilo que não contrariem o presente termo aditivo.

**CLÁUSULA SÉTIMA – PUBLICAÇÃO**

7.1 O **CONCEDENTE** providenciará a publicação do extrato do presente instrumento no Diário Oficial da Município - DOM, de acordo com o prescrito no artigo 61, parágrafo único, da Lei nº 8.666, de 1993.

O presente instrumento poderá ser assinado por meio digital, eletrônico ou manuscrito, ou ainda de maneira mista, podendo, neste último caso, ser utilizada duas formas de assinaturas diferentes a critério das partes, sendo que as declarações constantes deste



Instrumento, assinado por quaisquer dos meios acima elegidos, inclusive a forma mista, presumir-se-ão verdadeiros em relação às Partes contratantes, nos termos dispostos nos artigos 219 e 225 da Lei nº 10.406/2002 (Código Civil), ainda que seja estabelecida com a assinatura ou certificação fora dos padrões da ICP-Brasil, conforme disposto no artigo 10º, da Medida Provisória nº 2.200-2/2001.

Para validade do pactuado, o presente TERMO ADITIVO é assinado pelas partes em 02 (duas) vias de igual teor e forma, juntamente com 02 (duas) testemunhas.

Belo Horizonte, de de 2024.

ANDRE LUIZ DE MENEZES  
(03192905654)  
AC Certisign RFB G5  
Em quarta-feira, 14 de agosto de  
2024 às 14:32



**Danilo Borges Mati**

Secretário Municipal de Saúde

MAURO HELENO LADEIRA Assinado de forma digital por  
DE MAURO HELENO LADEIRA DE  
OLIVEIRA:71415742634 OLIVEIRA:71415742634  
Dados: 2024.07.29 20:32:19 -03'00'

**Cristina Ferreira de Oliveira Peixoto**

Serviço Social Autônomo Hospital Metropolitano

## Testemunhas

1) **gov.br** Documento assinado digitalmente  
ANA PAULA GOMES MIRANDA  
Data: 21/08/2024 07:55:33-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>  
CF

2) **gov.br** Documento assinado digitalmente  
TATIANE SANTOS GUIMARAES  
Data: 21/08/2024 13:15:50-0300  
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>  
CP

**ANEXO I  
PLANO DE TRABALHO 1/6**

**I – IDENTIFICAÇÃO DOS PARTÍCIPES E JUSTIFICATIVA**

**DADOS CADASTRAIS**

<b>Entidade <u>CONCEDENTE</u>:</b> Prefeitura Municipal de Belo Horizonte / Secretaria Municipal de Saúde			<b>CNPJ:</b> 18.715.383/0001-40
<b>Endereço:</b> Av. Afonso Pena, nº 2.336 – Bairro Funcionários			
<b>Cidade:</b> BH	<b>UF:</b> MG	<b>CEP.:</b> 30.130-007	<b>DDD/Telefone</b> (31) 3277-7715 ou 7718
<b>Nome do Responsável:</b> Cláudia Navarro Carvalho Duarte Lemos			<b>CPF.:</b> 709.872.546-34
<b>Cargo:</b> Secretário Municipal de Saúde	<b>Função:</b> a mesma		<b>Matrícula:</b>

<b>Entidade <u>CONVENENTE</u>:</b> Hospital Metropolitanos Doutor Célio de Castro/HMDCC			<b>CNPJ:</b> 22.012.907/0001-03
<b>Endereço:</b> Rua Dona Luzia nº 311			
<b>Cidade:</b> Belo Horizonte	<b>UF:</b> MG	<b>CEP.:</b> 30.620-090	<b>DDD/Telefone</b> (31)3472-4141
<b>Conta Corrente:</b> 24.081-8	<b>Banco:</b> Banco do Brasil	<b>Agência:</b> 1615-2	<b>Praça de Pagamento:</b>
<b>Nome do Responsável:</b> Cristina Ferreira de Oliveira Peixoto			<b>CPF.:</b> 043.977.406-31
<b>Cargo:</b> Diretora Executiva	<b>Função:</b> A mesma		<b>Matrícula: -</b>

**OUTROS PARTÍCIPES**

<b>Nome:</b>	<b>CNPJ/CPF</b>	<b>EA</b>
<b>Endereço:</b>		<b>CEP.:</b>
<b>Nome do Responsável:</b>		<b>CPF.:</b>
<b>Cargo:</b>	<b>Função:</b>	<b>Matrícula:</b>

Visto: \_\_\_\_\_  
Área técnica/SMSA

**ANEXO I  
PLANO DE TRABALHO 2/6**

**JUSTIFICATIVA**

**Justificativa da Proposta (inclusive nº aproximado de Beneficiários):**

Nos termos das legislações do Ministério da Saúde: Portaria nº183/2014, Portaria nº1378/2013 Portaria de Consolidação nº04/2017 e Portaria nº2624 /GM/MS, o **Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar do Hospital Metropolitano Doutor Célio de Castro/NUVEH/HMDCC**, oficialmente implantado e atuante desde 2021, vinculado ao município de Belo Horizonte/SMSA/SUS-BH, pela rede de núcleos da SES-MG, bem como a Rede Nacional de Vigilância Epidemiológica Hospitalar/RENAVEH, com o objetivo de ampliar/qualificar as ações de vigilância, alerta e resposta à SRAG, Arboviroses e outras Doenças Notificação Compulsórias (DNC) no âmbito hospitalar.

O **NUVEH/HMDCC** tem desenvolvido atividades/ações de vigilância epidemiológica para a investigação de qualquer agravo suspeito ou confirmação de Doenças Notificação Compulsórias (DNC) e de outros agravos de interesse epidemiológico, utilizando para isso as normas e definições de vigilância epidemiológica nacionais, estaduais e municipais. Incorporadas as atribuições, destacamos os avanços apresentados pelo:

- Manutenção da Vigilância da Síndrome Gripal/SRAG demais DNC;
- Articulação das ações de vigilância epidemiológica com a SMSA/SUS-BH, através da Gerência de Assistência Epidemiológica e Regulação Barreiro/ GAERE-B/DRES-B;
- Discussão e elaboração de capacitação direcionada para profissionais de assistência, Instituição, como também para os setores de apoio;
- Aprimoramento da parceria com a Farmácia Hospitalar, Serviço Social, Comissão de Revisão de Óbitos do HMDCC, CCIH e NSP.

A oficialização da parceria com o NUVEH permite melhoria nas notificações, acompanhar o perfil de morbimortalidade da população atendida, o que possibilita apoiar o planejamento dos serviços e do sistema de saúde, bem como conhecer as doenças de notificação compulsória/DNC no âmbito hospitalar visando o desencadeamento das ações epidemiológicas de controle hospitalar, promover sensibilização dos médicos para tratamento adequado, construção de fluxos e rotinas do manejo do paciente com doenças infectocontagiosas.

Visto: \_\_\_\_\_  
Área técnica/SMSA

**ANEXO I  
PLANO DE TRABALHO 3/6**

**II – IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO E SEUS ELEMENTOS CARACTERÍSTICOS**

**TÍTULO DO PROJETO**

Incentivo de custeio, em caráter excepcional e temporário, para a execução de ações de vigilância, alerta e resposta à SRAG e Arboviroses para o <b>Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar/NUVEH do HMDCC</b>	<b>Período de Execução:</b>	
	SETEMBRO/2024	SETEMBRO/2025

**III - IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO**

Apoio financeiro por meio do incentivo do **Fator de Incentivo Financeiro para Hospitais integrantes da Rede SUS** ao **Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar/NUVEH -HMDCC** para a implementação, manutenção e avaliação na Rede Nacional de Hospitais de Referência para o Subsistema Nacional de Vigilância Epidemiológica no âmbito hospitalar.

Visto: \_\_\_\_\_  
Área técnica/SMSA

#### **IV- REGIME DE EXECUÇÃO-ETAPAS OU FASES**

<b>ETAPA OU FASE</b>
<b>DO HOSPITAL</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1- Manutenção da Vigilância da Síndrome Gripal /SRAG e demais DNC;</li><li>2- Articulação das ações de vigilância epidemiológica com a SMSA/SUS-BH, através da Gerência de Assistência Epidemiológica e Regulação Barreiro/ GAERE-B/DRES-B;</li><li>3- Aprimoramento da parceria com a Farmácia Hospitalar, Serviço Social, Comissão de Revisão de Óbitos do HMDCC, CCIH e NSP;</li><li>4- Implementar o plano de trabalho elaborado;</li><li>5- Participar de capacitações e reuniões com a Vigilância Epidemiológica da PBH;</li><li>6- Manter fluxo das notificações de Doenças de Notificação Compulsória (DNC) estabelecido;</li><li>7- Manter fluxo das notificações com SRAG e monitorar coleta de amostra destes pacientes;</li><li>8- Garantir que as DNC sejam notificadas nas fichas de notificação correspondentes a cada agravo;</li><li>9- Criticar e analisar os dados epidemiológicos trimestralmente;</li><li>10- Elaboração de boletins epidemiológicos trimestralmente e publicações sobre avaliações e informações do núcleo e temas afins à epidemiologia Hospitalar;</li><li>11- Manter capacitação da equipe assistencial para abordagem dos casos suspeitos dos principais agravos atendidos no hospital (HIV, tuberculose, sífilis adquirida, síndrome respiratória aguda grave, febres hemorrágicas, meningites, violência interpessoal/autoprovocada, leishmaniose, paralisia flácida aguda, influenza;</li><li>12- Participação na Comissão de Controle de Infecção Relacionada (CCIRAS/HMDCC).</li></ol>
<b>DA SMSA</b>
<ol style="list-style-type: none"><li>1- Garantir e transferir ao CONVENENTE os recursos financeiros necessários à plena consecução do presente convênio, de acordo com o cronograma de desembolso e plano de trabalho anexo;</li><li>2- Acompanhar, apoiar e fiscalizar as atividades desenvolvidas pelo CONVENENTE, conforme estabelecido no Plano de Trabalho;</li><li>3- Analisar e aprovar a Prestação de Contas dos recursos transferidos por força deste Convênio;</li></ol>

#### **V – METAS E CRITÉRIOS DE MENSURAÇÃO**

Visto: \_\_\_\_\_  
Área técnica/SMSA



**METAS**

- 1- Encaminhar oportunamente as fichas de doenças de notificação compulsória realizadas pelo hospital e para as doenças de notificação compulsória imediata, além da ficha de notificação, comunicar por telefone com a SMSA (vigilância do distrito ou plantão CIEVS-BH);
- 2- Realizar investigação de casos e óbitos solicitados pela SMSA-BH
- 3- Notificar semanalmente a não ocorrência de doença de notificação compulsória, se for o caso (notificação negativa).

Visto: \_\_\_\_\_  
Área técnica/SMSA

**ANEXO I**

**PLANO DE TRABALHO 4/6**

**CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO**

<b>METAS</b>	<b>ETAPAS</b>	<b>Especificação</b>	<b>Concedente</b>	<b>Previsão de Execução</b>	
				<b><u>Início</u></b>	<b><u>Término</u></b>
1	Despesas diversas	Manutenção NUVEH – recursos p/ Custeio	R\$ 30.000,00	SETEMBRO/2024	SETEMBRO/2025
2	Estruturação NHE	Manutenção NUVEH – recursos p/ material Permanente	R\$ 6.000,00	SETEMBRO/2024	SETEMBRO/2025
<b>VALOR MENSAL</b>			R\$3.000,00		
<b>VALOR ANUAL</b>			<b>R\$36.000,00</b>		

Visto: \_\_\_\_\_  
Área técnica/SMSA

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

METAS	ETAPAS	Especificação	Concedente	Previsão de Execução	
				<u>Início</u>	<u>Término</u>
1	Despesas diversas	Manutenção NUVEH – recursos p/ Custeio a partir da transposição de recurso pela Lei 171/172 - Resolução 8461/2022	71.170,13	SETEMBRO 2024	SETEMBRO 2025
<b>PARCELA ÚNICA</b>			R\$71.170,13		

**ANEXO II**

**PLANO DE TRABALHO 5/6**

**VI –CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO**

CONCEDENTE	Setembro/2024	Outubro/2024	Novembro/2024	Dezembro/2024	Janeiro/2025	Fevereiro/2025
	R\$3.000,00 71.170,13 parcela única	R\$3.000,00	R\$3.000,00	R\$3.000,00	R\$3.000,00	R\$3.000,00
	Março/2025	Abril/2025	Maió/2025	Junho/2025	Julho/2025	Agosto/2025
R\$3.000,00	R\$3.000,00	R\$3.000,00	R\$3.000,00	R\$3.000,00	R\$3.000,00	R\$3.000,00
<b>TOTAL ANUAL</b>						<b>R\$36.000,00</b>

Visto: \_\_\_\_\_  
Área técnica/SMSA

**ANEXO I**

**PLANO DE TRABALHO 6/6**

**DECLARAÇÃO**

Na qualidade de representante do Proponente **DECLARO**, para fins de prova junto à Secretaria Municipal de Saúde/FMS, para os efeitos e sob as penas da Lei, que inexistente qualquer débito de mora ou situação de inadimplência com o Tesouro Nacional, Estadual e Municipal ou qualquer órgão ou entidade da Administração Pública, que impeça a transferência de recursos oriundos de dotações consignadas no Orçamento da SMSA/FMS, na forma deste Plano de Trabalho.

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.024

MAURO HELENO  
LADEIRA DE  
OLIVEIRA:71415742634

Assinado de forma digital por  
MAURO HELENO LADEIRA DE  
OLIVEIRA:71415742634  
Dados: 2024.07.30 14:01:50  
-03'00'

\_\_\_\_\_  
**Conveniente**

**APROVAÇÃO DO CONCEDENTE**

**APROVADO:**

Belo Horizonte, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2.024

ANDRE LUIZ DE MENEZES  
(03192905654)  
AC Certisign RFB G5  
Em quarta-feira, 14 de agosto de  
2024 às 14:33



\_\_\_\_\_  
**Concedente**

Visto: \_\_\_\_\_  
Área técnica/SMSA