



**SEGUNDO TERMO ADITIVO AO TERMO DE COOPERAÇÃO QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE BELO HORIZONTE POR INTERMÉDIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BELO HORIZONTE E A FUNDAÇÃO HOSPITALAR DO ESTADO DE MINAS GERAIS.**

**PROCESSO: 01.054.611.22.74**

**INSTRUMENTO JURIDICO: 01.2022.2302.0611.02.00**

**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, doravante denominada Acordante, e a Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais/FHEMIG – Hospital Eduardo de Menezes, inscrita no CNPJ sob o nº 19.843.929/0011-82, sediada na Avenida Doutor Cristiano Rezende, nº2.213, Bairro: Bonsucesso, Belo Horizonte – MG, CEP: 30.622.212, neste ato representada por sua representante legal, Virginia Antunes de Andrade Zambeli, doravante denominada Acordada, resolvem celebrar o presente Termo Aditivo ao Termo de Cooperação, em observância às normas da Lei nº 8.666, de 21 de junho de 1993, e suas alterações, Lei nº 8.080/90 e 8.142/90 alusivas ao SUS, Lei Complementar nº 101/00, Decreto Municipal nº 11.245/03, Instrução de Serviço SMSA/SUS-BH nº 001/13 e demais legislação aplicáveis à espécie, mediante as cláusulas e condições a seguir enunciadas:**

**CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO**

- 1.1 O presente termo aditivo tem por objeto:
- 1.1.1. Prorrogar a vigência do Termo de Cooperação.
  - 1.1.2. Novo Plano de Trabalho.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DA PRORROGAÇÃO**

- 2.1 Fica prorrogado por mais 12 (doze) meses a vigência do Termo originário a partir de 24/11/2024 até 23/11/2025, com fulcro no artigo 57, inciso II, da Lei Federal nº 8.666/93.

**CLÁUSULA TERCEIRA - DA EXECUÇÃO**

- 3.1 A Acordada executará as atividades, de acordo com o Plano de Trabalho, parte integrante do presente instrumento.

**CLÁUSULA QUARTA - DA RATIFICAÇÃO**

- 4.1 Permanecem inalteradas as demais cláusulas do Termo de Cooperação Técnica original, que não colidirem com as do presente Termo.



**CLÁUSULA QUINTA – PUBLICAÇÃO**

5.1 A Acordante providenciará a publicação do extrato do presente Termo Aditivo, no Diário Oficial do Município, no prazo de 10 (dez) dias úteis, contados da data de sua assinatura, conforme disposto no artigo 61, parágrafo único, da Lei nº 8.666/93, e na forma da legislação municipal.

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.

**Danilo Borges Matias**  
Secretário Municipal de Saúde

**Virginia Antunes de Andrade Zambeli**  
Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais/FHEMIG – Hospital Eduardo de Menezes

Testemunhas:

1) \_\_\_\_\_  
CPF:

2) \_\_\_\_\_  
CPF:



PREFEITURA MUNICIPAL  
DE BELO HORIZONTE

ANEXO I

PLANO DE TRABALHO 1/7

I – IDENTIFICAÇÃO DOS PARTICÍPES E JUSTIFICATIVA

**DADOS CADASTRAIS**

<b>Entidade <u>ACORDANTE</u>:</b> Prefeitura Municipal de Belo Horizonte / Secretaria Municipal de Saúde			<b>CNPJ: 18.715.383/0001-40</b>	
<b>Endereço:</b> Av. Afonso Pena, nº 2.336 – Bairro Savassi				
<b>Cidade:</b> BH	<b>UF:</b> MG	<b>CEP.:</b> 30.130-012	<b>DDD/Telefone</b> (31) 3277-7715 ou 7718	
<b>Nome do Responsável:</b> Danilo Borges Matias			CPF: 036.857.416-40	
<b>Cargo:</b> Secretário Municipal de Saúde		<b>Função:</b> a mesma		<b>Matrícula:</b>

<b>Entidade <u>ACORDADA</u>:</b> Hospital Eduardo de Menezes			<b>CNPJ:</b> 198.43929/0011-82	
<b>Endereço:</b> Av. Cristiano Rezende, 2213				
<b>Cidade:</b> BH	<b>UF:</b> MG	<b>CEP.:</b> 30622020	<b>DDD/Telefone :</b> 33285-000	
<b>Conta Corrente:</b>	<b>Banco</b>	<b>Agência:</b>	<b>Praça de Pagamento:</b>	
<b>Nome do Responsável:</b> Virgínia Antunes de Andrade			<b>CPF.:</b> 040.666.176-62	
<b>Cargo:</b> Médica		<b>Função:</b> Diretora Hospitalar		<b>Matrícula:</b> MASP 109.252-8

**OUTROS PARTICÍPES**

<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>	



## ANEXO I

### PLANO DE TRABALHO 2/7

#### JUSTIFICATIVA

##### **Justificativa da Cooperação:**

O Projeto visa a expansão do Programa de Imunização no município de Belo Horizonte.

Considerando Portaria Conjunta, nº1, de 16 de janeiro de 2013, a qual institui o Regulamento de Serviços de Atenção às DST/HIV/Aids e/ou Hepatites Virais, a implantação da sala de vacina no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) do Hospital Eduardo de Menezes, contribuirá de forma significativa para prevenção de doenças imunopreveníveis e diminuição dos riscos de infecções as quais pessoas imunocomprometidas estão sujeitas.

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

##### TÍTULO DO PROJETO

Implantação d sala de vacina no Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) do Hospital Eduardo de Menezes, disponibilizando as vacinas Hepatite B, Hepatite A, HPV, Influenza, MnC, MnACWY, Pneumo. 13 e Varicela.	<b>Período de Execução:</b>	
	<b><u>INÍCIO</u></b> 24/11/2024	<b><u>TÉRMINO</u></b> 23/11/2025

##### IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO

Fornecimento das vacinas Hepatite B, Hepatite A, HPV, Influenza, MnC, MnACWY, Pneumo. 13 e Varicela para o CTA do Hospital Eduardo de Menezes, de acordo com as recomendações do Programa Nacional de Imunização – PNI.



ANEXO I

PLANO DE TRABALHO 3/7

III – REGIME DE EXECUÇÃO – ETAPAS OU FASES

**ETAPA OU FASE 1**

**Da Acordante:**

- Repassar as vacinas especificadas no Projeto, os quais são recebidos do Ministério da Saúde;
- Exercer supervisão e controle periódico na execução das normas técnicas de ampliação e distribuição de vacinas, conforme estabelecidas pelos órgãos competentes do SUS-BH;
- Expedir normas de orientação;
- Atender prontamente às requisições de vacinas, de acordo com o estoque de seu Almoxarifado;
- Fornecer o Calendário da Campanha de vacinação **ACORDADO**;
- Fornecer os formulários específicos de vacinação que deverão ser preenchidos em épocas próprias;
- Fornecer material descartável para aplicação de imunobiológico (seringa, agulha e cartão de vacinação).

**Do Acordado:**

- Responsabilizar-se pelas medidas necessárias à efetivação dos objetivos previstos na Cláusula Primeira deste Termo de Cooperação e no Plano de Trabalho, em especial;
- Buscar as vacinas no local pré-determinado pela Gerência de Imunização (SMSA);
- Afixar em local visível ao público, cartaz com os seguintes dizeres: “As vacinas que são realizadas gratuitamente por esta Entidade, são fornecidas pelo SUS – Sistema Único de Saúde e distribuídas pela **ACORDANTE**”;
- Fornecer ao **ACORDANTE** registro dos atendimentos, remetendo, periodicamente, conforme estabelecido no Plano de Trabalho, a estatística das vacinações;
- Providenciar o transporte das vacinas seja em recipiente térmico com gelo ou similar, devendo ser comunicado ao **ACORDANTE** qualquer irregularidade no fornecimento;
- **Instalar o Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização, SI-PNI**, alimentado-o com as informações das aplicações realizadas mensalmente.
- Propiciar meios para o armazenamento das vacinas, em perfeita conservação;
- Afixar, em local visível ao público, datas e horários de aplicações das vacinas;
- Permitir o livre acesso de servidores do Sistema de Controle Interno ao qual esteja subordinado o **ACORDANTE**, a qualquer tempo e lugar, a todos os atos e fatos relacionados direta e indiretamente com o instrumento pactuado, quando em missão de fiscalização e auditoria;
- Cumprir as normas e resoluções do SUS sobre o objeto deste Termo de Acordo;
- Notificar na plataforma e- SUS Notifica, reações adversas da aplicação dos imunobiológicos;
- Manter pessoal qualificado e assumir todo e qualquer encargo previsto na Cláusula Sexta deste Termo de Acordo;

IV – METAS E CRITÉRIOS DE MENSURAÇÃO

**META 1**

Vacinar o público interno do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) do HOSPITAL EDUARDO DE MENEZES, de acordo com as recomendações e normas do Programa Nacional de Imunização/Ministério da Saúde.





PREFEITURA MUNICIPAL  
DE BELO HORIZONTE

ANEXO I

PLANO DE TRABALHO 5/7

**CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO**

META	ETAPA	Especificação	Previsão de Execução	
			<u>Início</u>	<u>Término</u>
<b>1</b>	<b>1</b>	Vacinar o público interno do Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) do HOSPITAL EDUARDO DE MENEZES, de acordo com as recomendações e normas do Programa Nacional de Imunização/ Ministério da Saúde.	<b>24/11/2024</b>	<b>23/11/2025</b>



PREFEITURA MUNICIPAL  
DE BELO HORIZONTE

ANEXO I

PLANO DE TRABALHO 6/7

VI – CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO

CONCEDENTE	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
		JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>TOTAL ACUMULADO DE RECURSOS</b>							

CONVENIENTE	META	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN
		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
		JUL	AGO	SET	OUT	NOV	DEZ
		0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
<b>TOTAL ACUMULADO DE RECURSOS</b>							

VII – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

Não há repasse financeiro





**ANEXO I**

**PLANO DE TRABALHO 7/7**

**VIII – DA DENÚNCIA**

A Cooperação poderá ser denunciada por qualquer das partes em razão de descumprimento dos acordos aqui pactuados ou pela superveniência de norma legal ou fato administrativo que torne, formal ou materialmente, inexecutável. Para tanto, o procedimento será efetuado mediante aviso formal da parte interessada, respeitando o prazo mínimo de 30(trinta) dias de antecedência.

**DECLARAÇÃO**

Na qualidade de representante do Acordante **DECLARO**, para fins de prova junto à Secretaria Municipal de Saúde/SMS, para os efeitos e sob as penas da Lei, que inexistem qualquer débito de mora ou situação de inadimplência com o Tesouro Nacional, Estadual e Municipal ou qualquer órgão ou entidade da Administração Pública.

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

**Conveniente**

**APROVAÇÃO DO CONCEDENTE**

**APROVADO:**

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

**Concedente**