

1º TERMO ADITIVO DO TERMO DE CREDENCIAMENTO Nº 106/2021
(LOBATO CONSULTORIA MÉDICA LTDA)

PRIMEIRO TERMO ADITIVO DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS CELEBRADO ENTRE O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CATALÃO – GOIÁS E O PRESTADOR LOBATO CONSULTORIA MÉDICA LTDA., NOS TERMOS DO CREDENCIAMENTO Nº 003/2021.

O **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CATALÃO**, Estado de Goiás, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ sob o nº 03.532.661/0001-56, situada nesta cidade na BR 050, KM 278, s/n, Bairro São Francisco, CEP: 75.707-270, neste ato representado por seu atual gestor, o Sr.º **VELOMAR GONÇALVES RIOS**, brasileiro, casado, inscrito no CPF/MF nº 263.588.241-04, residente e domiciliado nesta cidade, doravante chamado **CONTRATANTE**, e do outro lado **LOBATO CONSULTORIA MÉDICA LTDA**, inscrita(o) no CNPJ/MF/CPF/MF sob o nº 10.955.927/0001-39, com endereço na Av. 20 de agosto, nº 233, Centro, nesta Cidade de Catalão, Goiás, por intermédio do seu representante legal, Sr.(a) **RODRIGO LOBATO DE PAULA**, portador(a) do CI/RG nº 3783000 DGPC/GO e do CPF nº 695.712.281-68, residente e domiciliado nesta Cidade de Catalão, Goiás, doravante chamado **CONTRATADO**, celebram entre si o presente **TERMO ADITIVO** ao Contrato Administrativo de Credenciamento, firmado em 01 de setembro de 2021, nos autos do Credenciamento nº 003/2021, com fundamento no Art. 57, II da Lei 8.666/93, que se regerá nos termos do citado diploma legal e alterações posteriores, observando os procedimentos elencados pelas IN 010/15 ambas do TCM/GO e pelas cláusulas a seguir estipuladas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - OBJETO: O presente TERMO ADITIVO tem por objeto a prorrogação do prazo do contrato referido no preâmbulo pelo período de **01 de setembro de 2022 a 31 de janeiro de 2023**, para prestação de serviços ao Fundo Municipal de Saúde, nos exatos moldes do contrato primitivo, sem alteração dos valores e condições anteriormente pactuadas.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO VALOR: Dá-se a este Termo Aditivo o **VALOR (por produção) conforme tabela abaixo.**

TABELA I
ESTABELECIMENTOS DE SAÚDE
(Tabela SUS)

| Estabelecimentos | Requisitos Mínimos para Credenciamento | Procedimentos a Serem Executados | Quantidade Estimada para o período (12 meses) | Valor Tabela SUS + Complemento | Valor Estimado para (12 meses) Tabela SUS + Complemento |
|--------------------|--|----------------------------------|---|--------------------------------------|---|
| Hospitais/Clinicas | - Registro no CNES e demais documentos constantes do Edital. | Densitometria Óssea; | 160 | R\$ 55,10 R\$ 55,10 R\$ 110,20 | R\$ 17.632,00 |

| | | | | | |
|--|--|------------|-------|-------------------------------------|----------------|
| | | Mamografia | 4.000 | R\$ 45,00 R\$ 45,00 R\$ 90,00 | R\$ 360.000,00 |
|--|--|------------|-------|-------------------------------------|----------------|

TABELA IV
PROCEDIMENTOS ULTRASSONOGRAFIA
(Tabela SUS)

| Item | Procedimento | Quantidade Estimada para o período (12 meses) | Valor Tabela SUS | Valor Complemento | Valor Unitário | Valor Estimado para o período (12 meses) |
|------|--|---|------------------|-------------------|----------------|--|
| 1 | U.S. de partes moles ou articulações | 320 | R\$ 24,20 | R\$ 40,80 | R\$ 65,00 | R\$ 20.800,00 |
| 2 | U.S. de Tireoide | 320 | R\$ 24,20 | R\$ 40,80 | R\$ 65,00 | R\$ 20.800,00 |
| 3 | U.S. Doppler Colorido de Vasos (cada membro) | 320 | R\$ 39,60 | R\$ 60,40 | R\$ 100,00 | R\$ 32.000,00 |
| 4 | U.S. Carótidas/ Vertebrais | 200 | R\$ 39,60 | R\$ 60,40 | R\$ 100,00 | R\$ 20.000,00 |
| 5 | U.S. de Abdome Total | 400 | R\$ 24,20 | R\$ 50,80 | R\$ 75,00 | R\$ 30.000,00 |
| 6 | U.S. de Abdome Superior | 480 | R\$ 24,20 | R\$ 50,80 | R\$ 75,00 | R\$ 36.000,00 |
| 7 | U.S. Aparelho urinário | 320 | R\$ 24,20 | R\$ 50,80 | R\$ 75,00 | R\$ 24.000,00 |
| 8 | U.S. de Próstata | 320 | R\$ 24,20 | R\$ 25,80 | R\$ 50,00 | R\$ 16.000,00 |
| 9 | U.S. de Mamas | 320 | R\$ 24,20 | R\$ 50,80 | R\$ 75,00 | R\$ 24.000,00 |
| 10 | U.S. Transfontanela | 82 | R\$ 24,20 | R\$ 50,80 | R\$ 75,00 | R\$ 6.150,00 |
| 11 | U.S. Transvaginal | 3.200 | R\$ 24,20 | R\$ 40,80 | R\$ 65,00 | R\$ 208.000,00 |
| 12 | U.S. Pélvica | 160 | R\$ 24,20 | R\$ 25,80 | R\$ 50,00 | R\$ 8.000,00 |
| 13 | U.S. Doppler de Fluxo Obstétrico | 720 | R\$ 42,90 | R\$ 90,00 | R\$ 132,90 | R\$ 95.688,00 |

TABELA V
PROCEDIMENTOS RESSONÂNCIA MAGNÉTICA
(Valor não referenciado Tabela SUS)

| Procedimento | Quantidade Estimada para o período (12 meses) | Valor Unit. sem Contraste | Valor Estimado para o período (12 meses) |
|--|---|---------------------------|--|
| Angio-RM (crânio, pescoço, tórax e abdômen) | 96 | R\$ 600,00 | R\$ 57.600,00 |
| RM Abdômen Superior (fígado, rins, baço, etc.) | 96 | R\$ 600,00 | R\$ 57.600,00 |
| RM Articulação Temporomandibular Bilateral | 96 | R\$ 600,00 | R\$ 57.600,00 |
| RM Articular (por articulação) | 96 | R\$ 600,00 | R\$ 57.600,00 |
| RM Bacia (articulação sacroilíacas) | 96 | R\$ 600,00 | R\$ 57.600,00 |
| RM Bolsa Escrotal | 16 | R\$ 600,00 | R\$ 9.600,00 |
| RM Coluna Cervical, Dorsal ou Lombar | 96 | R\$ 600,00 | R\$ 57.600,00 |
| RM Coxa Unilateral | 16 | R\$ 600,00 | R\$ 9.600,00 |
| RM Encéfalo (crânio) | 128 | R\$ 600,00 | R\$ 76.800,00 |
| RM Face (incluindo seios da face) | 16 | R\$ 600,00 | R\$ 9.600,00 |
| RM Hipófise-Sela Túrsica | 16 | R\$ 600,00 | R\$ 9.600,00 |
| RM de Mama Unilateral | 16 | R\$ 600,00 | R\$ 9.600,00 |
| RM Órbita Bilateral | 16 | R\$ 600,00 | R\$ 9.600,00 |

| | | | |
|---|----|------------|---------------|
| RM Ossos Temporais Bilateral | 32 | R\$ 600,00 | R\$ 19.200,00 |
| RM Pelve | 16 | R\$ 600,00 | R\$ 9.600,00 |
| RM Pescoço (nasofaringe, oranfaringe, tireóide, etc.) | 96 | R\$ 600,00 | R\$ 57.600,00 |
| RM Plexo Branquial | 48 | R\$ 600,00 | R\$ 28.800,00 |
| RM Tórax (mediastino, pulmão, parede torácica) | 96 | R\$ 600,00 | R\$ 57.600,00 |

TABELA VI
PROCEDIMENTOS TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA
(Valor não referenciado Tabela SUS)

| Procedimento | Quantidade Estimada para o período (12 meses) | Valor Unit. sem Contraste | Valor Estimado para o período (12 meses) |
|---|---|---------------------------|--|
| TC Crânio / Sela Túrcica ou Órbitas | 1.500 | R\$ 210,00 | R\$ 315.000,00 |
| TC Ouidos / Matóides ou Orelhas | 16 | R\$ 210,00 | R\$ 3.360,00 |
| TC Seios da Face / Face / Art. ATM | 160 | R\$ 210,00 | R\$ 33.600,00 |
| TC Pescoço (partes moles, laringe, tireóide e faringe) | 80 | R\$ 210,00 | R\$ 16.800,00 |
| TC Tórax | 1.500 | R\$ 210,00 | R\$ 315.000,00 |
| TC Abdômen Superior | 1.500 | R\$ 210,00 | R\$ 315.000,00 |
| TC de Pelve / Bacia / Abdômen Inferior | 1.500 | R\$ 210,00 | R\$ 315.000,00 |
| TC Coluna Cervical, Dorsal ou Lombar | 800 | R\$ 210,00 | R\$ 168.000,00 |
| TC Articulação (ombro, cotovelo, punho, etc.) | 160 | R\$ 210,00 | R\$ 33.600,00 |
| TC Seg. Apendiculares (braço, antebraço, mão, coxa, etc.) | 80 | R\$ 210,00 | R\$ 16.800,00 |
| TC Tórax Alta Resolução | 80 | R\$ 210,00 | R\$ 16.800,00 |
| Procedimento | Quantidade Estimada para o período (12 meses) | Valor Unit. Com Contraste | Valor Estimado para o período (12 meses) |
| TC Crânio / Sela Túrcica ou Órbitas | 400 | R\$ 360,00 | R\$ 144.000,00 |
| TC Tórax | 400 | R\$ 360,00 | R\$ 144.000,00 |
| TC Abdômen Superior | 400 | R\$ 360,00 | R\$ 144.000,00 |
| TC de Pelve / Bacia / Abdômen Inferior | 400 | R\$ 360,00 | R\$ 144.000,00 |
| TC Coluna Cervical, Dorsal ou Lombar | 400 | R\$ 360,00 | R\$ 144.000,00 |
| Angiotomografia (crânio, pescoço, tórax, etc.) | 80 | R\$ 360,00 | R\$ 28.800,00 |
| Angiotomografia de Aorta Torácica | 80 | R\$ 360,00 | R\$ 28.800,00 |
| Angiotomografia de Aorta Abdominal | 80 | R\$ 360,00 | R\$ 28.800,00 |
| TC Tórax Alta Resolução | 80 | R\$ 360,00 | R\$ 28.800,00 |

* Os procedimentos, quantitativos estimados para o período de 12 (doze) meses e respectivos valores mencionados na tabela acima, servem para estabelecer a referência do serviço ofertado pelo Fundo Municipal de Saúde de Catalão no período. Para efeito de pagamento, deverão ser procedidos empenhos no decorrer da prestação de serviços, instrumento balizador de controle, sempre que se fizer necessário, inclusive, sua anulação, se for o caso.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA DESPESA: Para o pagamento das despesas decorrentes do presente TERMO ADITIVO, serão utilizados os recursos previstos no orçamento programado para o Fundo Municipal de Saúde no Exercício de XXXX, sob a seguinte rubrica: **04.0401.10.302.4030.2085-339034 – Manutenção do Bloco de Média e Alta Complexidade AMB.**

CLÁUSULA QUARTA – DA RATIFICAÇÃO: As partes, neste ato,

ratificam todas as demais cláusulas e disposições constantes do contrato original, passando o presente TERMO ADITIVO a integrá-lo, independentemente de sua transcrição, para os devidos fins ulteriores de direito.

CLÁUSULA QUINTA – DA PUBLICAÇÃO: O CONTRATANTE será responsável pela publicação do presente TERMO ADITIVO de contrato, em extrato resumido, na imprensa oficial, no prazo estabelecido no Artigo 61, Parágrafo Único, da Lei 8.666/93, transmitindo-o ao TCM/GO no prazo expresso pelo caput, do art. 15 da IN 015/12 do TCM/GO.

Por estarem justas e contratadas, as partes firmam o presente instrumento contratual em 02(duas) vias de igual teor, na presença de 02(duas) testemunhas abaixo qualificadas, na melhor forma de direito.

CATALÃO (GO), 05 DE AGOSTO DE 2022.



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CATALÃO – GOIÁS
VELOMAR GONÇALVES RIOS
CONTRATANTE



LOBATO CONSULTORIA MÉDICA LTDA
CNPJ sob o nº 10.955.927/0001-39
Rodrigo Lobato de Paula
CONTRATADO

TESTEMUNHAS:

1. _____
Nome:
CPF:

2. _____
Nome:
CPF: