

2º TERMO ADITIVO DO TERMO DE CREDENCIAMENTO Nº 119/2021
ARNALDO BATISTA DE PAIVA

SEGUNDO TERMO ADITIVO DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS CELEBRADO ENTRE O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CATALÃO – GOIÁS E O PRESTADOR ARNALDO BATISTA DE PAIVA, 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 **ARNALDO BATISTA DE PAIVA**, portador(a) do CI/RG nº 5954533 SSP/GO e do CPF nº 114.697.491-49, residente e domiciliado na Av. João XXIII, nº 380, apt. 501, Condomínio Edifício Dona Samira, Centro, nesta Cidade de Catalão, Goiás, doravante chamado **CONTRATADO**, celebram entre si o presente **TERMO ADITIVO** ao Contrato Administrativo de Credenciamento, firmado em 05 de outubro 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 fevereiro de 2023 a 01 de fevereiro de 2024**, 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
Profissionais / Clínicas	- Registro no CNES e demais documentos constantes do Edital.	Consulta Reumatologia	960	R\$ 10,00 R\$ 40,00 R\$ 50,00	R\$ 48.000,00

* 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 2023, 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), 13 DE JANEIRO DE 2023



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



ARNALDO BATISTA DE PAIVA
CONTRATADO



TESTEMUNHAS:

1. _____ 2. _____
Nome: _____ Nome: _____
CPF: _____ CPF: _____