

**1º TERMO ADITIVO DO TERMO DE CREDENCIAMENTO Nº 124/2021**  
**(SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CATALÃO)**

PRIMEIRO TERMO ADITIVO DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS CELEBRADO ENTRE O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CATALÃO – GOIÁS E O PRESTADOR SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CATALÃO, 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 **SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CATALÃO** inscrita(o) no CNPJ/MF/CPF/MF sob o nº 01.323.146/0001-30, com endereço na Praça das Mães, s/nº, Bairro São João, nesta Cidade de Catalão, Goiás, por intermédio do seu representante legal, **Dr. AGNALDO ANTÔNIO RODRIGUES FILHO**, brasileiro, casado, médico, inscrito no CPF/MF sob o nº 007.503.896-05, portador do RG nº 6.9633.461 SSP/MG, 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 19 de agosto 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 o período (12 meses) Tabela SUS + Complemento

Hospitais	- Habilitado e Credenciado ao SUS e demais documentos constantes do Edital.	a) Cirurgias Eletivas, com complementação financeira de 120% (sendo 100% para cirurgias eletivas e 20% para serviço profissional de anestesiologia) em relação à Tabela SIGTAP.	-	R\$ 100.000,00 <u>R\$ 120.000,00</u> R\$ 220.000,00	R\$ 2.640.000,00
		a) Leitos UTI – Unidade de Terapia Intensiva (com complemento financeiro) em relação à Tabela SIGTAP.	-	R\$ 600,00 <u>R\$ 345,52</u> R\$ 945,52	R\$ 6.807.744,00
Hospitais/Clínicas	- Registro no CNES e demais documentos constantes do Edital.	Eletrocardiograma;	5.200	R\$ 5,15 <u>R\$ 5,15</u> R\$ 10,30	R\$ 53.560,00
		Mamografia	4.000	R\$ 45,00 <u>R\$ 45,00</u> 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

\* 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

  
\_\_\_\_\_  
**SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CATALÃO**  
**CNPJ sob o nº 01.323.146/0001-30**  
**Agnaldo Antônio Rodrigues Filho**  
CONTRATADO

**TESTEMUNHAS:**

1. \_\_\_\_\_  
Nome:  
CPF:

2. \_\_\_\_\_  
Nome:  
CPF: