

1º TERMO ADITIVO DO TERMO DE CREDENCIAMENTO Nº 123/2021
(HOSPITAL NASR FAIAD LTDA)

PRIMEIRO TERMO ADITIVO DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS CELEBRADO ENTRE O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CATALÃO – GOIÁS E O PRESTADOR HOSPITAL NASR FAIAD 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 **HOSPITAL NASR FAIAD LTDA**, inscrita(o) no CNPJ/MF/CPF/MF sob o nº 01.321.256/0001-63, com endereço na Rua Dr. William Faiad, nº 15, Centro, nesta Cidade de Catalão, Goiás, por intermédio do seu representante legal, Sr.(a) **JAMIL SEBBA CALIFE**, portador(a) do CI/RG nº 4159890 SSP/GO e do CPF nº 922.193.221-49, 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 30 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) Ambulatório; b) Internações Clínicas e Cirúrgicas; c) Análise Clínica Laboratorial; Exames Diagnósticos.	-	R\$ 270.000,00	R\$ 3.240.000,00
		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 R\$ 120.000,00 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 R\$ 345,52 R\$ 945,52	R\$ 6.807.744,00
Laboratório de Análises Clínicas	- Registro no CNES e demais documentos constantes do Edital.	e) Análises Clínicas	-	R\$ 80.000,00 (sem complemento)	R\$ 960.000,00
Hospitais/Clínicas	- Registro no CNES e demais documentos constantes do Edital.	Ecodoopler;	800	R\$ 39,94 R\$ 39,94 R\$ 79,88	R\$ 63.904,00
		Holter 24h;	320	R\$ 30,00 R\$ 30,00 R\$ 60,00	R\$ 19.200,00
Hospitais/Clínicas	- Registro no CNES e demais documentos constantes do Edital.	Mapa de monitorização arterial;	320	R\$ 10,07 R\$ 10,07 R\$ 20,14	R\$ 6.444,80
		Teste Ergométrico;	480	R\$ 30,00 R\$ 30,00 R\$ 60,00	R\$ 28.800,00
		Eletrocardiograma;	5.200	R\$ 5,15 R\$ 5,15 R\$ 10,30	R\$ 53.560,00

Profissionais / Clinicas	- Registro no CNES e demais documentos constantes do Edital.	Consulta Cardiologia	4.000	R\$ 10,00 R\$ 40,00 R\$ 50,00	R\$ 200.000,00
		Consulta Cirurgia Geral	1.600	R\$ 10,00 R\$ 40,00 R\$ 50,00	R\$ 80.000,00
		Consulta Neurocirurgia	1.600	R\$ 10,00 R\$ 40,00 R\$ 50,00	R\$ 80.000,00
		Consulta Neurologia	2.400	R\$ 10,00 R\$ 40,00 R\$ 50,00	R\$ 120.000,00
		Consulta Ortopedia e Traumatologia	5.400	R\$ 10,00 R\$ 40,00 R\$ 50,00	R\$ 270.000,00

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. Doopler 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, orofaringe, 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 Túrsica ou Órbitas	1.500	R\$ 210,00	R\$ 315.000,00
TC Ouvidos / 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 Túcica 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

P.P.
marcos
Marcos Vinicius de Almeida
Assessoria da Diretoria
Hospital Nasr Faiad
C.N.P.J. 01.321.256/0001-63

P.P.
Thayanne M. Costa

Thayanne M. Costa
Assessoria da Diretoria
Hospital Nasr Faiad
CNPJ: 01.321.256/0001-63

HOSPITAL NASR FAIAD LTDA

CNPJ sob o nº 01.321.256/0001-63

Jamil Sebba Calife

CONTRATADO

P.P.
Márcia Rodrigues Barbosa
Assessoria da Diretoria
Hospital Nasr Faiad
CNPJ: 01.321.256/0001-63

TESTEMUNHAS:

1. _____
Nome:
CPF:

2. _____
Nome:
CPF: