

2º TERMO ADITIVO DO TERMO DE CREDENCIAMENTO Nº 041/2024

PROCESSO: 2025045318

(SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CATALÃO)

SEGUNDO 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 003/2023.

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 Senhor **LEONARDO PEREIRA SANTA CECÍLIA**, Secretário Municipal de Saúde, brasileiro, casado, portador do CPF nº 422.366.571-53 e do RG. MG – 3.399.298 SSP/MG, residente e domiciliado nesta Cidade de Catalão, Goiás, 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, Sr.(a) **AGNALDO ANTÔNIO RODRIGUES FILHO**, portador(a) do CI/RG nº 6.963.346-1 SSP/MG e do CPF nº 007.503.896-05, 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 07 de fevereiro de 2024, nos autos do Credenciamento nº 003/2023, 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 janeiro de 2026 a 31 de março de 2026**, 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
(Valor não referenciado 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 c) Clínicas e Cirúrgicas; d) Análise Clínica Laboratorial; e) 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 <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\$ 5.934.528,00
Hospitais/Clínicas	- Registro no CNES e demais documentos constantes do Edital.	Mamografia	4.000	R\$ 45,00 <u>R\$ 45,00</u> R\$ 90,00	R\$ 360.000,00
Laboratório de Análises Clínicas	- Registro no CNES e demais documentos constantes do Edital.	a) Exame Citopatológico Cérvico Vaginal/Microflora Código Procedimento: 02.03.01.008-6	24.000	R\$ 14,37	R\$ 344.880,00
		b) Exame Citopatológico Cérvico Vaginal/Microflora. Código Procedimento: 02.03.01.001-9	8.000	R\$ 13,72	R\$ 109.760,00

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	Grupo I Ultrassonografia: partes moles/ articulações/tireoide/ transvaginal/pélvica/próstata/ Obstétrico - 1º Trimestre Obstétrico – 2º Trimestre Obstétrico – 3º Trimestre	22.000	R\$ 24,20	R\$ 50,80	R\$ 75,00	R\$ 1.650.000,00
2	Grupo II Ultrassonografia: Doppler Colorido de Vasos (cada membro)/carótida/ vertebrais	1.000	R\$ 39,60	R\$ 60,40	R\$ 100,00	R\$ 100.000,00
3	Grupo III Ultrassonografia: Doppler de Fluxo Obstétrico	1.000	R\$ 42,90	R\$ 90,00	R\$ 132,90	R\$ 132.900,00
4	Grupo IV Ultrassonografia: Morfológico fetal	250	-	-	R\$ 390,00	R\$ 97.500,00
5	Grupo V	250	-	-	R\$ 500,00	R\$ 125.000,00

	Ecocardiograma fetal					
--	----------------------	--	--	--	--	--

* 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.

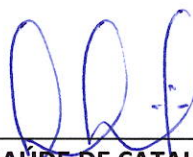
CLÁUSULA TERCEIRA – DA DESPESA: Para o pagamento das despesas decorrentes do presente TERMO ADITIVO, serão utilizados os recursos previstos no orçamento programado para o Fundo Municipal de Saúde no Exercício de 2026, sob a seguinte rubrica: **04.0401.10.302.4030.2085-339034 – Manutenção do Bloco de 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), 10 DE DEZEMBRO DE 2025


Leonardo P. Santa Cecília
Secretário Municipal de Saúde
Catalão - Goiás

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CATALÃO – GOIÁS
LEONARDO PEREIRA SANTA CECILIA
CONTRATANTE


SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE CATALÃO
CONTRATADO

TESTEMUNHAS:

1. 
Nome: Manoel Rodrigues Bonin
CPF: 002.801.911-73

2. _____
Nome: _____
CPF: _____