

1º TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 18/2025

Pelo presente instrumento o **CONSÓRCIO PÚBLICO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO MÉDIO ESPINHAÇO - CISAME**, pessoa jurídica de direito público, sob a forma de associação pública, integrante da administração indireta, de caráter intermunicipal, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 31.974.558/0001-00, com sede administrativa na cidade de Conceição do Mato Dentro/MG, na Av. Juscelino Kubitscheck, nº 53, sala 06, bairro Centro, CEP 35.860-000, neste ato representado pelo seu Presidente, Danílio Cléssio Ferreira, brasileiro, casado, prefeito do município de Alvorada de Minas, inscrito no CPF sob o nº ***.793.676-**, denominado simplesmente **CONTRATANTE**, a empresa **CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM LTDA.**, pessoa jurídica, inscrita no CNPJ sob o nº 19.691.641/0001-68, com endereço na Av. Sinfrônio Brochado, nº 487, bairro Barreiro, Belo Horizonte, CEP 30.640-000, telefone (31) 3389-5782, e-mail cdi@cdi.med.br, neste ato representado por Márcio Rodrigues Campos, brasileiro, casado, médico, inscrito no CPF ***.269.916-**, residente e domiciliado na Rua João Antônio Azeredo, nº 176/1000, bairro Belvedere, Belo Horizonte/MG, CEP 30.320-610, denominado simplesmente **CONTRATADO**, ajustam o presente termo aditivo ao contrato administrativo de credenciamento para prestação de serviços, de acordo com a Lei Federal nº 14.133/21, Lei nº 8080/90, Lei nº 11.107/05, Portaria nº 07/2024, de 05 de agosto de 2024 e demais legislações aplicáveis, assim como pelas condições do Processo Licitatório 01/2024, por Inexigibilidade, constituindo-se o Credenciamento 01/2024 e mediante as cláusulas a seguir:

Cláusula Primeira - Fica retificada a tabela constante da cláusula 1.1 do contrato, tendo em vista o erro material na transcrição de quantitativos e/ou valores, alterando, consequentemente, o valor do instrumento contratual, sendo certo que o pagamento será realizado de acordo com a demanda do CISAME e a quantidade de procedimentos efetivamente realizados mensalmente. Assim, a referida tabela passa a ter a seguinte redação:

ITEM	DESCRÍÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR UNITÁRIO	ESTIMATIVA ANUAL	TOTAL	
DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA					
1	ANGIORESSONÂNCIA CEREBRAL SEM CONTRASTE	R\$ 425,51	10	R\$ 4.255,10	
2	RESSONÂNCIA ARTICULAÇÃO MANDIBULAR CONTRASTE	MAGNÉTICA DE TÊMPORO- (BILATERAL) S/	R\$ 414,89	6	R\$ 2.489,34

<u>3</u>	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO (PARTES MOLES, LARINGE, TIREÓIDE, FARINGE, NASOFARINGE, OROFARINGE, TRAQUÉIA E PARATIREÓIDE) S/ CONTRASTE	R\$ 432,41	10	R\$ 4.324,10
<u>4</u>	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA S/ CONTRASTE	R\$ 413,22	55	R\$ 22.727,10
<u>5</u>	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA S/ CONTRASTE	R\$ 420,90	10	R\$ 4.209,00
<u>6</u>	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO (ENCÉFALO, CÉREBRO, CEREBELO E/OU ÓRBITAS) S/ CONTRASTE	R\$ 426,50	82	R\$ 34.973,00
<u>7</u>	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL (OMBRO, BRAÇO, COTOVELO, ANTEBRAÇO, PUNHO E MÃO) S/ CONTRASTE	R\$ 412,38	47	R\$ 19.381,86
<u>8</u>	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX (MEDIASTINO, PULMÃO, PAREDE TORÁCICA) S/ CONTRASTE	R\$ 446,81	20	R\$ 8.936,20
<u>9</u>	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN SUPERIOR (FÍGADO, PÂNCREAS, BACO, RINS, SUPRARENAIAS, RETROPERITÔNIO) S/ CONTRASTE	R\$ 438,81	27	R\$ 11.847,87
<u>10</u>	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR UNILATERAL (ARTICULAÇÃO COXOFEMURAL, COXA, JOELHO, PERNA, TORNOZELO E PÉ) S/ CONTRASTE	R\$ 420,12	44	R\$ 18.485,28
<u>11</u>	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ÓRBITAS S/ CONTRASTE	R\$ 439,21	4	R\$ 1.756,84
TOTAL:			315	R\$ 133.385,69

Cláusula Segunda - Permanecem inalteradas todas as demais cláusulas e condições previstas no contrato principal e que não foram objeto deste termo aditivo.

Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em 02 (duas) vias de igual teor, juntamente com 2 (duas) testemunhas.

Conceição do Mato Dentro/MG, 11 de agosto de 2025.

DANILIO CLESSIO Assinado de forma digital
por DANILIO CLESSIO
FERREIRA:059793 FERREIRA:05979367659
67659 Dados: 2025.08.11 10:08:32
-03'00"

**CONSÓRCIO PÚBLICO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO MÉDIO
ESPINHAÇO – CISAME
CONTRATANTE**



**CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM LTDA.
CONTRATADO**

Testemunha

Nome:

CPF:

Testemunha

Nome:

CPF: