

### 3º TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 33/2024

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 Kubitschek, nº 53, sala 06, bairro Centro, CEP 35.860-000, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 31.974.558/0001-00, neste ato representado por seu Presidente, Danílio Cléssio Ferreira, Prefeito do município de Alvorada de Minas, inscrito no CPF sob o nº \*\*\*.793.676-\*\*, denominado simplesmente **CONTRATANTE**, e **AGUERO ODONTOLOGIA E SAÚDE LTDA.**, pessoa jurídica, inscrita no CNPJ sob o nº 50.669.152/0001-50, com endereço na Av. Getúlio Vargas, 128, loja B, Centro, Conceição do Mato Dentro/MG, CEP 35.860-000, telefone (31) 98366-8896, e-mail contabilidade-congonhas@hotmail.com, neste ato representado por sua representante legal Heli Aguero Jacay, inscrita no CPF sob o nº \*\*\*.981.596-\*\*, denominada simplesmente **CONTRATADA**, 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 02/2024, por Inexigibilidade, constituindo-se o Credenciamento 02/2024 e mediante as cláusulas a seguir:

**Cláusula Primeira** - O presente Termo Aditivo tem por objeto a prorrogação do prazo de vigência e o acréscimo aproximado de 6,123% ao valor contratual em decorrência da redução do quantitativo de procedimentos previstos no 2º termo aditivo.

**1.1** – Assim, fica prorrogado o prazo de vigência do contrato por 12 (doze) meses, contados a partir de 07 de novembro de 2025, com vencimento em 06 de novembro de 2026.

**1.2** - Ao valor contratual de R\$217.670,77 (duzentos e dezessete mil reais, seiscentos e setenta reais e setenta e sete centavos), fica acrescido o valor de R\$13.327,50 (treze mil, trezentos e vinte e sete reais e cinquenta centavos), totalizando a quantia de R\$230.998,27 (duzentos e trinta mil, novecentos e noventa e oito reais e vinte e sete centavos.), sendo certo que o pagamento será realizado de acordo com a demanda do CISAME e a quantidade de procedimentos efetivamente realizados mensalmente, conforme a tabela abaixo:

ITEM	PROCEDIMENTOS - ENDODONTIA	VALOR UNITÁRIO	ESTIMATIVA ANUAL	VALOR TOTAL
1.	TRATAMENTO ENDO MOLAR	R\$ 859,00	44	R\$ 37.796,00
2.	TRATAMENTO ENDO PRÉ MOLAR	R\$ 553,33	25	R\$ 13.833,25
3.	TRATAMENTO ENDO ANTERIOR	R\$ 590,00	35	R\$ 20.650,00
PROCEDIMENTOS GERAIS				
4.	PINO ANTERIOR	R\$ 350,00	23	R\$ 8.050,00
5.	PINO POSTERIOR	R\$ 357,50	29	R\$ 10.367,50
6.	COROA ANTERIOR	R\$ 877,50	22	R\$ 19.305,00

7.	COROA POSTERIOR	R\$ 852,50	33	R\$ 28.132,50
8.	PEÇA METÁLICA	R\$ 750,00	22	R\$ 16.500,00
<b>PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS</b>				
9.	RETIRADA DE SISO	R\$ 472,50	32	R\$ 15.120,00
10.	FRENECTOMIA LINGUAL	R\$ 320,00	11	R\$ 3.520,00
11.	PRÓTESE PROTOCOLO SUPERIOR, SEM IMPLANTE (S)	R\$ 7.800,00	3	R\$ 23.400,00
12.	PRÓTESE PROTOCOLO INFERIOR, SEM IMPLANTE (S)	R\$ 7.800,00	3	R\$ 23.400,00
13.	PRÓTESE TOTAL REMOVÍVEL SUPERIOR EM RESINA ACRÍLICA	R\$ 1.716,67	3	R\$ 5.150,01
14.	PRÓTESE TOTAL REMOVÍVEL INFERIOR EM RESINA ACRÍLICA	R\$ 1.716,67	3	R\$ 5.150,01
<b>EXAMES</b>				
15.	RADIOGRAFIA INTERPROXIMAL (BITE-WING) DIGITAL IMPRESSA	R\$ 24,00	26	R\$ 624,00
<b>TOTAL:</b>			<b>314</b>	<b>R\$ 230.998,27</b>

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

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, 06 de novembro de 2025.

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

**AGUERO ODONTOLOGIA E SAÚDE LTDA  
CONTRATADO**

\_\_\_\_\_  
Testemunha  
Nome:  
CPF:

\_\_\_\_\_  
Testemunha  
Nome:  
CPF: