

2º TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 34/2024

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, 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, e **CLÍNICA DE IMAGEM SÃO SEBASTIÃO LTDA**, pessoa jurídica, inscrita no CNPJ sob o nº 65.173.700/0005-57, com endereço na Rua Marechal Deodoro da Fonseca, 83, bairro Centro, Lagoa Santa, CEP 33.230-040, telefone (31) 3681-4830, e-mail saudeciss@gmail.com, neste ato representado por Elizabeth Ângela Meneghin Domingos, portadora da carteira de identidade M-1.304.906 e do CPF ***.162.696-**, residente e domiciliada na Rua Hilton Rocha, nº 756, bairro Cidade Praia Angélica II, na cidade de Lagoa Santa – MG, CEP 33.236-010, 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 - O presente Termo Aditivo tem por objeto a retificação do valor do contrato, a prorrogação do prazo de vigência e o acréscimo aproximado de 5,08% do valor contratual firmado em decorrência do aumento do quantitativo de procedimentos previstos no contrato originário.

1.1 – Fica retificada a tabela de procedimentos descrita no item 1.2 do 1º Termo Aditivo e, conseqüentemente, o valor total do contrato, tendo em vista a ocorrência de erro material.

1.1.1 – Assim, onde se lê:

14	02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULAÇÕES TÊMPORO-MANDIBULARES S/ CONTRASTE	R\$173,50	8	R\$2.082,00
----	----------------	---	-----------	---	-------------

Leia-se:

14	02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULAÇÕES	R\$173,50	8	R\$1.388,00
----	----------------	---	-----------	---	-------------

		TÊMPORO-MANDIBULARES S/ CONTRASTE			
--	--	-----------------------------------	--	--	--

1.1.2 – Por consequência, fica alterado o valor total do contrato, passando de R\$330.120,05 (trezentos e trinta mil, cento e vinte reais e cinco centavos) para R\$329.426,05 (trezentos e vinte e nove mil, quatrocentos e vinte e seis reais e cinco centavos).

1.2 - Fica prorrogado o prazo de vigência do contrato de prestação de serviços nº 34/2024 por 12 (doze) meses, contados a partir de 13 de novembro de 2025, com vencimento em 12 de novembro de 2026.

1.3 - Ao valor contratual de R\$329.426,05 (trezentos e vinte e nove mil, quatrocentos e vinte e seis reais e cinco centavos), fica acrescido o valor de R\$16.755,55 (dezesesseis mil, setecentos e cinquenta e cinco reais e cinquenta e cinco centavos.), totalizando a quantia de R\$346.181,60 (trezentos e quarenta e seis mil, cento e oitenta e um reais e sessenta centavos), sendo certo que o pagamento será realizado de acordo com a demanda do CISAME e a quantidade de procedimentos efetivamente realizados mensalmente.

1.3.1 - Assim, a tabela de procedimentos da cláusula 1.2 do 1º Termo Aditivo passa a ter a seguinte redação:

ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO	VALOR UNITÁRIO	ESTIMATIVA ANUAL	TOTAL
DIAGNÓSTICO POR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA					
1	02.07.01.003-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO (PARTES MOLES, LARINGE, TIREÓIDE, FARINGE, NASOFARINGE, OROFARINGE, TRAQUÉIA E PARATIREÓIDE) S/ CONTRASTE	R\$ 432,41	12	R\$ 5.188,92
2	02.07.01.004-8	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO-SACRA S/ CONTRASTE	R\$ 413,22	55	R\$ 22.727,10
3	02.07.01.006-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO (ENCÉFALO, CÉREBRO, CEREBELO E/OU ÓRBITAS) S/ CONTRASTE	R\$ 426,50	82	R\$ 34.973,00
4		RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO (ENCÉFALO, CÉREBRO, CEREBELO E/OU ÓRBITAS) C/ CONTRASTE	R\$ 483,00	78	R\$ 37.674,00
5	02.07.02.002-7	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL (OMBRO, BRAÇO, COTOVELO, ANTEBRAÇO, PUNHO E MÃO) S/ CONTRASTE	R\$ 412,38	47	R\$ 19.381,86
6		RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL (OMBRO, BRAÇO, COTOVELO, ANTEBRAÇO, PUNHO E MÃO) C/ CONTRASTE	R\$ 483,04	29	R\$ 14.008,16
7	02.07.03.001-4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN SUPERIOR (FÍGADO, PÂNCREAS, BAÇO, RINS, SUPRA-RENAIS, RETROPERITÔNIO) S/ CONTRASTE	R\$ 438,81	27	R\$ 11.847,87

8		RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEN SUPERIOR (FÍGADO, PÂNCREAS, BAÇO, RINS, SUPRA-RENAIS, RETROPERITÔNIO) C/ CONTRASTE	R\$ 500,00	27	R\$ 13.500,00
9	02.07.03.002-2	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR (ARTICULAÇÕES SACROILÍACAS) S/ CONTRASTE	R\$ 439,81	17	R\$ 7.476,77
10		RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA / PELVE / ABDOMEN INFERIOR (ARTICULAÇÕES SACROILÍACAS) C/ CONTRASTE	R\$ 500,00	84	R\$ 42.000,00
11	02.07.03.003-0	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR UNILATERAL (ARTICULAÇÃO COXOFEMURAL, COXA, JOELHO, PERNA, TORNOZELO E PÉ) S/ CONTRASTE	R\$ 420,12	44	R\$ 18.485,28
DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA					
12	02.06.01.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 200,00	29	R\$ 5.800,00
13	02.06.01.002-8	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA C/ OU S/ CONTRASTE	R\$ 231,10	34	R\$ 7.857,40
14	02.06.01.004-4	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE / SEIOS DA FACE / ARTICULAÇÕES TÊMPORO-MANDIBULARES S/ CONTRASTE	R\$ 173,50	10	R\$ 1.735,00
15	02.06.01.007-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO S/ CONTRASTE (ENCÉFALO, CÉREBRO, CEREBELO E/OU ÓRBITAS)	R\$ 180,00	152	R\$ 27.360,00
16	02.06.02.001-5	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL (ESTERNOCLAVICULAR, OMBRO, COTOVELO E PUNHO) S/ CONTRASTE	R\$ 156,01	30	R\$ 4.680,30
17	02.06.02.003-1	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX S/ CONTRASTE	R\$ 227,10	50	R\$ 11.355,00
18		TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX C/ CONTRASTE	R\$ 422,68	29	R\$ 12.257,72
19	02.06.03.001-0	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR S/ CONTRASTE	R\$ 256,00	34	R\$ 8.704,00
20		TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR C/ CONTRASTE	R\$ 457,50	18	R\$ 8.235,00
21	02.06.03.002-9	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR UNILATERAL (SACROILÍACA, COXOFEMORAL, JOELHO OU TORNOZELO) S/ CONTRASTE	R\$ 173,50	29	R\$ 5.031,50
22	02.06.03.003-7	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR S/ CONTRASTE	R\$ 250,00	44	R\$ 11.050,00
23		TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PELVE / BACIA / ABDOMEN INFERIOR C/ CONTRASTE	R\$ 465,71	32	R\$ 14.902,72
TOTAL:				993	R\$ 346.181,60



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

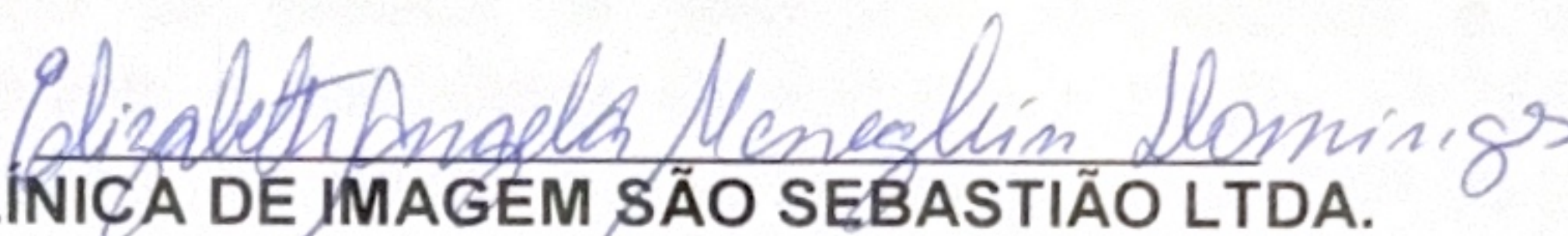
Por estarem assim justos e contratados, firmam o presente instrumento, em 02 (duas) vias de igual teor, juntamente com 2 (duas) testemunhas.

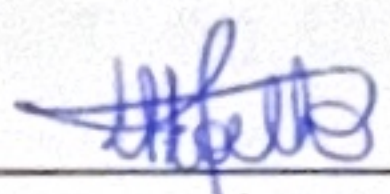
Conceição do Mato Dentro/MG, 12 de novembro de 2025.

DANILIO CLESSIO
FERREIRA:059793
67659

Assinado de forma digital
por DANILIO CLESSIO
FERREIRA:05979367659
Dados: 2025.11.12
09:26:08 -03'00'

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


**CLÍNICA DE IMAGEM SÃO SEBASTIÃO LTDA.
CONTRATADO**


Testemunha
Nome: FLAVIA FREITAS COELHO
CPF: 065.963.656-54

Testemunha
Nome:
CPF: