

**1º TERMO ADITIVO À CONTRATUALIZAÇÃO 2025
QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE TRÊS
PONTAS/MG E A SANTA CASA DE MISERICÓRDIA
DO HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS,
DECORRENTE DA INEXIGIBILIDADE DE
LICITAÇÃO Nº 001/2025 – PROCESSO Nº 003/2025.**

Pelo presente instrumento, o **MUNICÍPIO DE TRÊS PONTAS/MG**, neste ato representado pelo Prefeito Municipal, **Sr. LUIS CARLOS DA SILVA**, portador do documento de identidade n.º **M-5.078.282 SSP/MG**, CPF n.º **779.223.106-25**, por intermédio da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**, neste ato representado pelo Secretário Municipal de Saúde, **Sr. FELIPE PEREIRA SILVA**, portador do documento de identidade n.º **MG-17.073.087 - SSP/MG**, e CPF n.º **112.444.646-00**, doravante denominados **CONTRATANTES** e, de outro, o **HOSPITAL FILANTRÓPICO, SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS, CNES 2139200**, neste ato representado pelo seu Provedor, **Sr. MICHEL RENAN SIMÃO CASTRO**, brasileiro, portador da carteira de identidade n.º **MG-5.073.289 - SSP/MG** e inscrito no CPF n.º **752.395.586-04**, doravante denominado **CONTRATADA**, tendo em vista a **CONTRATUALIZAÇÃO 2025** firmada entre as partes, vinculada a **Inexigibilidade de Licitação nº 001/2025 – Processo nº 003/2025**, resolvem celebrar o presente **TERMO ADITIVO**, com fundamento na **CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA – DAS ALTERAÇÕES**, e no **art. 124, inciso I, alínea “a” e “b”, da Lei nº 14.133/2021**, conforme segue:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente Termo Aditivo tem por objeto a alteração do Contrato e de seu respectivo Documento Descritivo, com a finalidade de promover o necessário ajuste sistêmico que viabilize a execução contratual por meio do Sistema de Gestão Municipal (IPM). A modificação ora proposta tem por escopo possibilitar o desdobramento da programação orçamentária e a devida atualização do cronograma de desembolso mensal, referente aos meses ainda não executados financeiramente, em consonância com as exigências operacionais e contábeis do sistema. Assim, foi imprescindível o cadastramento dos itens/produtos vinculados aos recursos consignados no **item 6.9, subitem III – RECURSOS ORIUNDOS DO GOVERNO MUNICIPAL**, bem como no **item 7, subitem 7.3 – CUSTEIO PARA VIABILIZAR TRANSFERÊNCIA/ALTA HOSPITALAR**, de modo a assegurar a correspondência fidedigna entre os valores pactuados contratualmente e sua efetiva execução orçamentária e financeira. Inclui-se, ademais, a retificação do quantitativo indicado no **item 7 – DESCRIÇÃO DOS DEMAIS SERVIÇOS CONTRATADOS, subitem 7.2**, com vistas a estabelecer a devida distinção entre o quantitativo e o valor estimado mensal e o total do contrato, garantindo, assim, maior clareza na aferição da execução física e financeira da avença. As alterações promovidas visam, portanto, assegurar a conformidade entre os dados físicos e financeiros projetados, aprimorando os mecanismos de controle, precisão e transparência da execução contratual, em estrita observância aos que regem a Administração Pública.

**MEMORIAL DESCRITIVO
CONTRATUALIZAÇÃO 2025**

6.9. PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA MENSAL E ANUAL; E DESEMBOLSO MENSAL E ANUAL

III - RECURSOS ORIUNDOS DO GOVERNO MUNICIPAL						
ORÇAMENTO PRÉ FIXADO						
ITEM	DESCRIÇÃO	CÓDIGO IPM	QUANT. (MESES)	VALOR MENSAL (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)	PROGR. ORÇAMENTÁRIA
	CONTRAPARTIDA PARA MINIMIZAR DÉFICITS DA "SANTA CASA DE MISERICÓRDIA". ➤ Contrapartida municipal para minimizar os déficits existentes	78849	06	R\$ 770.833,33	R\$ 4.624.999,98	1165

	➤ Valor de R\$ 13,49 por habitante, sendo considerado 57.131 habitantes. *O PAGAMENTO SERÁ EFETUADO NO INÍCIO DE CADA MÊS*					
	EXAMES LABORATORIAIS ININTERRUPTOS DE USUÁRIOS PELA DISPONIBILIDADE DO SERVIÇO. ➤ Realização de exames laboratoriais, ininterruptamente, todos os dias da semana, incluindo sábados, domingos e feriados aos pacientes advindos do Pronto Atendimento Municipal, dos atendidos pelo ambulatório pediátrico e aos pacientes do município de Três Pontas atendidos no Centro de Hemodiálise. Custeio fixo pela disponibilidade do serviço. *O PAGAMENTO SERÁ EFETUADO NO INÍCIO DE CADA MÊS, FICANDO A CONTRATADA OBRIGADA A EMITIR RELATÓRIO PARA FINS DE PRESTAÇÃO DE CONTAS PERANTE A COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO*	78850	07	R\$ 36.000,00	R\$ 252.000,00	1165
	ATENDIMENTO AMBULATORIAL PEDIÁTRICO ININTERRUPTO. ➤ Atendimento ambulatorial pediátrico das 07:00 às 19:00 horas, todos os dias da semana, incluindo sábados, domingos e feriados de crianças até 12 anos completos (12 anos, 11 meses e 29 dias) direcionadas após triagem pela enfermagem do PAM, por encaminhamento próprio, inclusas despesas administrativas, materiais e medicamentos, plantões médicos e pagamento de pessoal. ➤ Atendimento médio estimado de até 900 (novecentas) crianças por mês. *O PAGAMENTO SERÁ EFETUADO NO INÍCIO DE CADA MÊS, FICANDO A CONTRATADA OBRIGADA A EMITIR RELATÓRIO PARA FINS DE PRESTAÇÃO DE CONTAS PERANTE A COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO*	78851	07	R\$ 100.000,00	R\$ 700.000,00	1168
VALOR TOTAL MENSAL: R\$ 906.833,33						
VALOR TOTAL: R\$ 5.576.999,98 (MESES REMANESCENTES DA VIGÊNCIA CONTRATUAL)						

ORÇAMENTO PÓS FIXADO						
ITEM	DESCRIÇÃO	CÓDIGO IPM	QUANT. (MESES)	VALOR ESTIMADO MENSAL (R\$)	VALOR ESTIMADO TOTAL (R\$)	PROG. ORÇAMENTÁRIA
	PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HOSPITALARES E EXAMES DE IMAGEM - PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL ➤ Realização de exames de tomografia e radiografia, conforme valores estipulados na planilha em anexo (Anexo I). ➤ Materiais, medicamentos e dieta enteral, acrescidos de uma taxa de despesas no importe de 40% (quarenta por cento); ➤ Exames de gasometria pelo valor de R\$ 80,25 (oitenta reais e vinte e cinco centavos) cada; ➤ Taxa por utilização da linha telefônica ao importe de R\$ 107,00 (cento e sete reais) mensais;	79015	08	R\$ 120.000,00	R\$ 960.000,00	1165

	➤ Lavanderia hospitalar (R\$ 5,70 kg); ➤ Alimentação (R\$ 12,95 sopas, R\$ 15,25 refeição), pão (R\$ 1,07 unidade), leite (R\$ 4,80 o litro). *O PAGAMENTO SERÁ REALIZADO APÓS EMISSÃO DE RELATÓRIO DE COMPROVAÇÃO DA DESPESA*					
	CUSTEIO PARA DISPENSAÇÃO BOLSAS DE SANGUE - PRONTO ATENDIMENTO MUNICIPAL *O PAGAMENTO SERÁ REALIZADO APÓS EMISSÃO DE RELATÓRIO DE COMPROVAÇÃO DA DESPESA*	79016	07	R\$ 750,00	R\$ 5.250,00	1165
	SERVIÇOS MÉDICOS, INCLUSIVE PLANTÕES, E DEMAIS PROFISSIONAIS DA GESTÃO COMPARTILHADA DO PAM E ENCARGOS. ➤ Pagamento das prestações de serviços médicos, incluindo plantões e demais profissionais envolvidos na gestão compartilhada do Pronto Atendimento Municipal, assim como pelos encargos trabalhistas, rescisões contratuais e eventuais cobranças judiciais, na extensão de sua responsabilidade civil pela prestação dos serviços. *O PAGAMENTO SERÁ EFETUADO DE FORMA ANTECIPADA, NO INÍCIO DE CADA MÊS, FICANDO A CONTRATADA OBRIGADA A EMITIR O RELATÓRIO NO MÊS SUBSEQUENTE PARA FINS DE PRESTAÇÃO DE CONTAS PERANTE A COMISSÃO DE ACOMPANHAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DA CONTRATUALIZAÇÃO*	78852	07	R\$ 400.000,00	R\$ 2.800.000,00	1166
VALOR TOTAL ESTIMADO MENSAL: R\$ 520.750,00						
VALOR TOTAL: R\$ 3.765.250,00 (MESES REMANESCENTES DA VIGÊNCIA CONTRATUAL)						

7. DESCRIÇÃO DOS DEMAIS SERVIÇOS CONTRATADOS

7.2.

CONSULTAS ESPECIALIZADAS						
ITEM	DESCRIÇÃO	CÓDIGO IPM	QUANT. MENSAL ESTIMADA	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR ESTIMADO MENSAL (R\$)	VALOR ESTIMADO TOTAL (R\$)
	CONSULTA CIRURGIA GERAL	73395	240	R\$ 110,00	R\$ 26.400,00	R\$ 184.800,00
	CONSULTA NEUROCIRURGIA	73563	240	R\$ 110,00	R\$ 26.400,00	R\$ 184.800,00
	CONSULTA ORTOPEDIA PRÉ E PÓS OPERATORIO	73564	240	R\$ 180,00	R\$ 43.200,00	R\$ 302.400,00
	CONSULTA MEDICO ANESTESISTA	59165	240	R\$ 110,00	R\$ 26.400,00	R\$ 184.800,00
	CONSULTA GASTROENTEROLOGISTA	59169	240	R\$ 110,00	R\$ 26.400,00	R\$ 184.800,00
	CONSULTA GINECOLOGISTA	59161	600	R\$ 110,00	R\$ 66.000,00	R\$ 462.000,00
	CONSULTA OBSTETRA	73396	240	R\$ 110,00	R\$ 26.400,00	R\$ 184.800,00
	CONSULTA VASCULAR	73397	240	R\$ 110,00	R\$ 26.400,00	R\$ 184.800,00
	CONSULTA NEFROLOGISTA	59167	240	R\$ 110,00	R\$ 26.400,00	R\$ 184.800,00
	CONSULTA OTORINOLARINGOLOGISTA	59163	240	R\$ 110,00	R\$ 26.400,00	R\$ 184.800,00
	CONSULTA UROLOGISTA	56253	240	R\$ 110,00	R\$ 26.400,00	R\$ 184.800,00
	CONSULTA PEDIATRIA	73393	800	R\$ 110,00	R\$ 88.000,00	R\$ 616.000,00

	CONSULTA PSIQUIATRA	73562	240	R\$ 110,00	R\$ 26.400,00	R\$ 184.800,00
	CONSULTA REUMATOLOGIA	77995	240	R\$ 110,00	R\$ 26.400,00	R\$ 184.800,00
PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 02.007.003.0010.0302.2067.2042.33390390 - FICHA 480						
VALOR TOTAL ESTIMADO MENSAL: R\$ 487.600,00						
VALOR TOTAL ESTIMADO: R\$ 3.413.200,00 (07 MESES REMANESCENTES DA VIGÊNCIA CONTRATUAL)						

RAIO X							
ITEM	DESCRIÇÃO	CÓDIGO SIGTAP	CÓDIGO IPM	QUANT. MENSAL ESTIMADA	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR ESTIMADO MENSAL (R\$)	VALOR ESTIMADO TOTAL (R\$)
01	ABDOME AGUDO SIMPLES (MÍNIMO (3 INC)	020405012-0	47465	50	R\$ 39,89	R\$ 1.994,50	R\$ 13.961,50
02	ABDOME SIMPLES	020405013-8	16141	50	R\$ 39,89	R\$ 1.994,50	R\$ 13.961,50
03	ANTEBRAÇO	020404001-9	16108	50	R\$ 39,89	R\$ 1.994,50	R\$ 13.961,50
04	ATM – ARTICULAÇÃO TEMPORO MANDIBULAR (MANDÍBULA)	020401005-5	16105	50	R\$ 39,89	R\$ 1.994,50	R\$ 13.961,50
05	BACIA	020406009-5	16109	250	R\$ 39,89	R\$ 9.972,50	R\$ 69.807,50
06	ARTICULAÇÃO SACRO COCCIGEA	020402012-3	47466	50	R\$ 39,89	R\$ 1.994,50	R\$ 13.961,50
07	BRAÇO	020404005-1	16110	50	R\$ 39,89	R\$ 1.994,50	R\$ 13.961,50
08	CALCANEIO	020406010-9	16111	100	R\$ 39,89	R\$ 3.989,00	R\$ 27.923,00
09	CAVUM	020401006-3	16113	100	R\$ 39,89	R\$ 3.989,00	R\$ 27.923,00
10	CLAVÍCULA	020404006-0	16123	50	R\$ 39,89	R\$ 1.994,50	R\$ 13.961,50
11	COLUNA CERVICAL (4 INCIDENCIAS OU +)	020402003-4	16119	150	R\$ 39,89	R\$ 5.983,50	R\$ 41.884,50
12	COLUNA CERVICAL (3 INCIDENCIAS)	020402004-2	47467	300	R\$ 39,89	R\$ 11.967,00	R\$ 83.769,00
13	COLUNA TORACICA (DORSAL)	020402009-3	16120	100	R\$ 39,89	R\$ 3.989,00	R\$ 27.923,00
14	COLUNA LOMBO-SACRA	020402006-9	16118	500	R\$ 39,89	R\$ 19.945,00	R\$ 139.615,00
15	COLUNA LOMBO-SACRA (C/OBLÍQUAS)	020402007-7	47468	100	R\$ 39,89	R\$ 3.989,00	R\$ 27.923,00
16	COLUNA P/ESCOLIOSE TELESPONDILOGRAFIA	020402013-1	16122	100	R\$ 134,67	R\$ 13.467,00	R\$ 94.269,00
17	COLUNA SACRO-COCCIGEA (COCCIX)	020402012-3	16121	50	R\$ 39,89	R\$ 1.994,50	R\$ 13.961,50
18	COSTELAS (POR HEMITÓRAX)	020403007-2	16114	100	R\$ 39,89	R\$ 3.989,00	R\$ 27.923,00
19	COTOVELO	020404007-8	16115	50	R\$ 39,89	R\$ 1.994,50	R\$ 13.961,50
20	COXA	020406011-7	16116	50	R\$ 39,89	R\$ 1.994,50	R\$ 13.961,50
21	CRANIO (3 INCIDENCIAS OU MAIS)	020401007-1	47471	50	R\$ 39,89	R\$ 1.994,50	R\$ 13.961,50
22	CRANIO (PA +LATERAL)	020401008-0	47472	50	R\$ 39,89	R\$ 1.994,50	R\$ 13.961,50
23	ESCANOMETRIA	020406003-6	16125	80	R\$ 240,98	R\$ 19.278,40	R\$ 134.948,80
24	EXTERNO	020403009-9	16124	50	R\$ 39,89	R\$ 1.994,50	R\$ 13.961,50
25	ESOFAGO	020403008-0	47474	50	R\$ 170,00	R\$ 8.500,00	R\$ 59.500,00
26	FACE (OSSOS 3 INCIDENCIAS)	020401012-8	16134	50	R\$ 39,89	R\$ 1.994,50	R\$ 13.961,50
27	ENEMA OPACO C/DUPLO CONT (CLISTER)	020405001-4	16150	50	R\$ 242,86	R\$ 12.143,00	R\$ 85.001,00
28	FISTOLOGRAFIA	020405005-7	16151	50	R\$ 291,44	R\$ 14.572,00	R\$ 102.004,00
29	JOELHO (2 INC) AP + LATERAL	020406012-5	16128	400	R\$ 39,89	R\$ 15.956,00	R\$ 111.692,00
30	JOELHO OU PATELA (3 INC) AP+LAT+AXIAL	020406013-3	47476	50	R\$ 39,89	R\$ 1.994,50	R\$ 13.961,50

31	MALAR	020401004-7	16146	80	R\$ 39,89	R\$ 3.191,20	R\$ 22.338,40
32	MÃO	020404009-4	16129	200	R\$ 39,89	R\$ 7.978,00	R\$ 55.846,00
33	MASTOIDE	020401010-1	16132	50	R\$ 39,89	R\$ 1.994,50	R\$ 13.961,50
34	MAXILAR PA + OBLIQUA/SEIOS MAXILARES	020401011-0	16130	50	R\$ 39,89	R\$ 1.994,50	R\$ 13.961,50
35	OMBRO (ESCAPULA – UMERAL)	020404003-5	16135	100	R\$ 39,89	R\$ 3.989,00	R\$ 27.923,00
36	OMBRO(ESCAPULA-OMBRO)	020404011-6	47477	100	R\$ 39,89	R\$ 3.989,00	R\$ 27.923,00
37	ORBITA BILATERAL (3 INC)	020401003-9	16133	50	R\$ 39,89	R\$ 1.994,50	R\$ 13.961,50
38	PATELA (JOELHO)	020406014-1	16136	50	R\$ 39,89	R\$ 1.994,50	R\$ 13.961,50
39	PÉ/DORSO DO PÉ	020406015-0	16138	200	R\$ 39,89	R\$ 7.978,00	R\$ 55.846,00
40	PERNA	020406016-8	16137	50	R\$ 39,89	R\$ 1.994,50	R\$ 13.961,50
41	PUNHO (MÃO) IDADE ÓSSEA	020404010-8	16139	100	R\$ 39,89	R\$ 3.989,00	R\$ 27.923,00
42	PUNHO (3 INC) AP+LAT+OBLIQUA	020404012-4	47479	250	R\$ 39,89	R\$ 9.972,50	R\$ 69.807,50
43	ARTICULAÇÃO COXO-FEMORAL (QUADRIL)	020406006-0	16106	200	R\$ 39,89	R\$ 7.978,00	R\$ 55.846,00
44	ARTICULAÇÃO SACRO-ILÍACA (QUADRIL)	020406007-9	16107	100	R\$ 39,89	R\$ 3.989,00	R\$ 27.923,00
45	REED (ESTOMAGO E DUODENO)	020405014-6	47481	50	R\$ 268,72	R\$ 13.436,00	R\$ 94.052,00
46	SEIOS DA FACE	020401014-4	47482	300	R\$ 39,89	R\$ 11.967,00	R\$ 83.769,00
47	SELA TURSICA	020401015-2	16145	100	R\$ 39,89	R\$ 3.989,00	R\$ 27.923,00
48	TORAX PA	020403017-0	16104	500	R\$ 39,89	R\$ 19.945,00	R\$ 139.615,00
49	TORAX (PA E PERFIL)	020403015-3	47484	700	R\$ 39,89	R\$ 27.923,00	R\$ 195.461,00
50	TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA)	020403014-5	47485	100	R\$ 39,89	R\$ 3.989,00	R\$ 27.923,00
51	TORNOZELO (ARTICULAÇÃO TIBIO TARSICA)	020406008-7	16143	200	R\$ 39,89	R\$ 7.978,00	R\$ 55.846,00
52	TRANSITO INTESTINAL (INTESTINO DELGADO)	020405015-4	47486	50	R\$ 272,00	R\$ 13.600,00	R\$ 95.200,00
53	URETROCISTOGRAFIA	020405017-0	16156	20	R\$ 349,72	R\$ 6.994,40	R\$ 48.960,80
54	UROGRAFIA EXCRETORA (VENOSA)	020405018-9	16154	20	R\$ 291,44	R\$ 5.828,80	R\$ 40.801,60
PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 02.007.003.0010.0302.2067.2042.33390390 - FICHA 480							
VALOR TOTAL ESTIMADO MENSAL: R\$ 360.323,30							
VALOR TOTAL ESTIMADO: R\$ 2.522.263,10 (07 MESES REMANESCENTES DA VIGÊNCIA CONTRATUAL)							

EXAMES DE ULTRASSOM							
ITEM	DESCRIÇÃO	CÓDIGO SIGTAP	CÓDIGO IPM	QUANT. MENSAL ESTIMADA	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR ESTIMADO MENSAL (R\$)	VALOR ESTIMADO TOTAL (R\$)
56	EXAME ABDOMEN SUPERIOR	020502003-8	40472	500	R\$ 82,25	R\$ 41.125,00	R\$ 287.875,00
57	EXAME OBSTÉTRICO	020502014-3	51074	500	R\$ 69,94	R\$ 34.970,00	R\$ 244.790,00
62	EXAME PRÓSTATA (VIA ABDOMINAL)	020502010-0	52386	150	R\$ 54,10	R\$ 8.115,00	R\$ 56.805,00
63	EXAME DE MAMA (US MAMÁRIA BILATERAL)	020502009-7	51076	350	R\$ 64,12	R\$ 22.442,00	R\$ 157.094,00
64	EXAME US OBSTÉTRICO COM DOPPLER	020501005-9	52384	150	R\$ 89,49	R\$ 13.423,50	R\$ 93.964,50
67	BOLSA ESCROTAL	020502007-0	49535	300	R\$ 57,65	R\$ 17.295,00	R\$ 121.065,00
PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 02.007.003.0010.0302.2067.2042.33390390 - FICHA 480							

VALOR TOTAL ESTIMADO MENSAL: R\$ 137.370,50

VALOR TOTAL ESTIMADO: R\$ 961.593,50
(07 MESES REMANESCENTES DA VIGÊNCIA CONTRATUAL)

7.3. CUSTEIO PARA VIABILIZAR TRANSFERÊNCIA/ALTA HOSPITALAR

ITEM	DESCRIÇÃO	CÓDIGO IPM	QUANT. (MESES)	VALOR MENSAL ESTIMADO (R\$)	VALOR ANUAL ESTIMADO (R\$)
	CUSTEIO PARA VIABILIZAR TRANSFERÊNCIA/ALTA HOSPITALAR - Despesas com exames realizados em locais externos e compra de materiais/equipamentos. - Taxa cotação, compra, armazenamento e entrega: 10% SOBRE O VALOR DA NF	79160	7	R\$ 20.833,33	R\$ 145.833,31
PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA:					
VALOR ESTIMADO MENSAL: R\$ 20.833,33					
VALOR TOTAL ESTIMADO: R\$ 145.833,31 (07 MESES REMANESCENTES DA VIGÊNCIA CONTRATUAL)					

1.2. Em decorrência da necessidade de ajustes sistêmicos destinados a viabilizar a execução contratual com as exigências operacionais e contábeis do Sistema de Gestão Municipal (IPM), conforme detalhado no item **1.1 deste Termo Aditivo**, e considerando a imprescindibilidade do cadastramento dos itens/produtos vinculados aos recursos consignados, bem como a retificação do quantitativo indicado no Documento Descritivo, **fica alterado o subitem 6.1, da CLÁUSULA SEXTA – DOS RECURSOS FINANCEIROS, da Contratualização 2025, que passa a vigorar com a seguinte redação:**

6.1. O Município repassará ao Hospital, para a execução do presente CONTRATO, o valor mensal estimado de **R\$ R\$ 4.745.488,45 (quatro milhões e setecentos e quarenta e cinco mil e quatrocentos e oitenta e oito reais e quarenta e cinco centavos)**, de acordo com a produção efetivamente realizada nos componentes pós-fixados e os valores atribuídos aos componentes pré-fixados, observados os respectivos limites físicos e financeiros, e após o recebimento dos valores pelo Fundo Municipal de Saúde de Três Pontas/MG, nos termos especificados no Documento Descritivo e seus anexos.

1.3. Do valor mensal estimado previsto no subitem 6.1 do Contrato intitulado **Contratualização 2025**, o montante estimado mensal de **R\$ 1.834.891,92 (um milhão, oitocentos e trinta e quatro mil, oitocentos e noventa e um reais e noventa e dois centavos)** será repassado conforme cronograma estabelecido no Memorial Descritivo, na **modalidade fundo a fundo**, observadas as normativas aplicáveis. Já o valor estimado mensal de **R\$ 2.910.596,53 (dois milhões, novecentos e dez mil, quinhentos e noventa e seis reais e cinquenta e três centavos)** será repassado utilizando-se o Sistema de Gestão Municipal (IPM), mediante a emissão de **Ordem de Compra pela Prefeitura** e a correspondente **Nota Fiscal emitida pela contratada**, observando-se os trâmites operacionais e contábeis exigidos.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA RATIFICAÇÃO

2.1. Permanecem inalteradas e plenamente ratificadas todas as cláusulas e condições estipuladas no contrato original, celebrado em 02 de janeiro de 2025, especialmente aquelas que tratam dos valores anuais dos produtos e serviços contratados, excetuando-se apenas as disposições especificamente modificadas por força deste termo aditivo.

E, por estarem justos e acordados, firmam o presente Termo de Aditamento em 3 (três) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo firmadas, para os devidos e legais efeitos.

Três Pontas/MG, 06 de junho de 2025.

LUIS CARLOS DA SILVA
PREFEITO MUNICIPAL

FELIPE PEREIRA SILVA
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

MICHEL RENAN SIMÃO CASTRO
PROVEDOR DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DO
HOSPITAL SÃO FRANCISCO DE ASSIS

TESTEMUNHAS:

1ª _____
NOME: JÔNATAS DO NASCIMENTO SOUZA
CPF: 139.763.806-01

2ª _____
NOME: LEINA DE OLIVEIRA BESSA GOMES
CPF: 027.829.116-35