

**2º 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 modificação do projeto para a inclusão de serviços inicialmente não contemplados no contrato, o que implica a ampliação da programação orçamentária e do cronograma de desembolso mensal para os 07 (sete) meses remanescentes da vigência contratual. Tais ajustes incidem especificamente sobre o **item 7 - DESCRIÇÃO DOS DEMAIS SERVIÇOS CONTRATADOS, subitem 7.2**, do Memorial Descritivo, visando à ampliação da cobertura assistencial especializada, em conformidade com a necessidade de atendimento à demanda crescente pelos serviços pactuados. Adicionalmente, contempla-se a alteração da **alínea “A - FATURAMENTO BPA” e alínea “B - FATURAMENTO APAC” do subitem 7.4 - ATENDIMENTO AMBULATORIAL**, do Memorial Descritivo, com a devida inserção dos códigos dos itens correspondentes, bem como a redefinição dos quantitativos e valores mensais estimados para os referidos serviços. As alterações propostas encontram-se devidamente fundamentadas na justificativa anexa aos autos e têm como finalidade garantir a adequada execução dos serviços contratados, conforme segue:

**MEMORIAL DESCRITIVO
CONTRATUALIZAÇÃO 2025**

7. DESCRIÇÃO DOS DEMAIS SERVIÇOS CONTRATADOS

CONSULTAS ESPECIALIZADAS					
ITEM	DESCRIÇÃO	CÓDIGO IPM	QUANT. MENSAL ESTIMADA	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR ESTIMADO MENSAL (R\$)
	CONSULTA NEUROPEDIÁTRICA	79013	50	R\$ 110,00	R\$ 5.500,00
VALOR TOTAL ESTIMADO: R\$ 38.500,00					
PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 02.007.003.0010.0302.2067.2042.33390390 - FICHA 480					
ANGIOPLASTIA					

ITEM	DESCRIÇÃO	CÓDIGO IPM	QUANT. MENSAL ESTIMADA	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR ESTIMADO MENSAL (R\$)
	ANGIOPLASTIA	78992	05	R\$ 5.800,00	R\$ 29.000,00
VALOR TOTAL ESTIMADO: R\$ 203.000,00					
PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 02.007.003.0010.0302.2067.2042.33390390 - FICHA 480					

COLANGIOGRAFIA					
ITEM	DESCRIÇÃO	CÓDIGO IPM	QUANT. MENSAL ESTIMADA	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR ESTIMADO MENSAL (R\$)
	COLANGIOGRAFIA	79014	10	R\$ 600	R\$ 6.000,00
VALOR TOTAL ESTIMADO: R\$ 42.000,00					
PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 02.007.003.0010.0302.2067.2042.33390390 - FICHA 480					

BRONCOSCOPIA					
ITEM	DESCRIÇÃO	CÓDIGO IPM	QUANT. MENSAL ESTIMADA	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR ESTIMADO MENSAL (R\$)
	BRONCOSCOPIA - UTI ➤ Realização de broncoscopia em pacientes através da UTL.	79011	02	R\$ 3.000,00	R\$ 6.000,00
	BRONCOSCOPIA - CENTRO CIRÚRGICO ➤ Realização de broncoscopia em pacientes através do Centro Cirúrgio.	79012	02	R\$ 4.230,00	R\$ 8.460,00
VALOR TOTAL ESTIMADO: R\$ 101.220,00					
PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 02.007.003.0010.0302.2067.2042.33390390 - FICHA 480					

7.4. ATENDIMENTO AMBULATORIAL

A) FATURAMENTO BPA

ITEM	TIPO DE ATENDIMENTO	CÓDIGO IPM	QUANT. ESTIMADA (MESES)	VALOR POR ATENDIMENTO	VALOR ESTIMADO MENSAL (R\$)
	ATENDIMENTO MULTIPROFISSIONAL ➤ Atendimento em atenção às pessoas em situação de violência sexual	79017	08	R\$ 100,00	R\$ 800,00
	SV DE COLETA DE VESTÍGIOS DE VIOLÊNCIA SEXUAL	79018	08	R\$ 50,00	R\$ 400,00
	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA ➤ Consulta ambulatorial realizada na Maternidade	79019	417	R\$ 10,00	R\$ 4.170,00
	CONSULTA MÉDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA ➤ Consulta ambulatorial em Nefrologia - Hemodiálise	79020	51	R\$ 10,00	R\$ 510,00
	CONSULTA POR PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR - EXCETO MÉDICO	79021	4.570	R\$ 6,30	R\$ 28.791,00

	➤ Atendimento multiprofissional realizado por psicólogo, enfermeiro, farmacêutico e assistente social no âmbito da hemodiálise.				
	SV DE ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS ➤ Realização de Ultrassonografia doppler colorido de vasos - Serviço Ambulatorial ➤ Código SIGTAP: 020501004-0	79022	51	R\$ 39,60	R\$ 2.019,60
	SV DE TOCOCARDIOGRAFIA ANTE-PARTO ➤ Realização de Exame Tococardiografia ante-parto ➤ Código SIGTAP: 021104006-1	79023	214	R\$ 1,69	R\$ 361,66
VALOR TOTAL ESTIMADO: R\$ 259.365,82					
PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 02.007.001.0010.0301.2000.2035.33390390 - FICHA 464					

B. FATURAMENTO APAC

Custeio de procedimentos e exames em pacientes em tratamento ambulatorial hemodiálise:

CATETER E IMPLANTE DE LONGA PERMANÊNCIA					
ITEM	DESCRIÇÃO	CÓDIGO IPM	QUANT. MENSAL ESTIMADA	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR ESTIMADO MENSAL (R\$)
	SV DE IMPLANTE COM CATETER LONGA PERMANÊNCIA PARA HEMODIÁLISE ➤ Código SIGTAP: 070210001-3	79024	14	R\$ 482,34	R\$ 6.752,76
	SV DE IMPLANTE DE CATETER LONGA PERMANÊNCIA PARA HEMODIÁLISE ➤ Código SIGTAP: 070210001-3	79025	14	R\$ 200,00	R\$ 2.800,00
VALOR TOTAL ESTIMADO: R\$ 66.869,32					
PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 02.007.001.0010.0301.2000.2035.33390390 - FICHA 464					

CATETER E IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN					
ITEM	DESCRIÇÃO	CÓDIGO IPM	QUANT. MENSAL ESTIMADA	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR ESTIMADO MENSAL (R\$)
	SV DE IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN - HEMODIÁLISE ➤ Código SIGTAP: 041801006-4	79026	14	R\$ 115,81	R\$ 1.621,34
	SV DE IMPLANTE COM CATETER DUPLO LUMEN -HEMODIÁLISE ➤ Código SIGTAP: 070210002-1	79027	14	R\$ 64,76	R\$ 906,64
	SV DE IMPLANTE COM GUIA MET. INTRA PARA CATETER DUPLO LUMEN - HEMODIÁLISE ➤ Código SIGTAP: 070210010-2	79028	14	R\$ 15,41	R\$ 215,74
	SV DE IMPLANTE COM DILATADOR PARA IMPLANTE DE CATETER DUPLO LUMEN - HEMODIÁLISE ➤ Código SIGTAP: 070210009-9	79029	14	R\$ 21,59	R\$ 302,26
VALOR TOTAL ESTIMADO: R\$ 21.321,86					
PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 02.007.001.0010.0301.2000.2035.33390390 - FICHA 464					

RETIRADA DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA

ITEM	DESCRIÇÃO	CÓDIGO IPM	QUANT. MENSAL ESTIMADA	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR ESTIMADO MENSAL (R\$)
	SV DE RETIRADA DE CATETER DE LONGA PERMANÊNCIA - HEMODIÁLISE. ➤ Código SIGTAP: 041802003-5	79030	14	R\$ 400,00	R\$ 5.600,00
VALOR TOTAL ESTIMADO: R\$ 39.200,00					
PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 02.007.001.0010.0301.2000.2035.33390390 - FICHA 464					

CONFECCÃO DE FÍSTULA ARTERIO-VENOSA PARA HEMODIÁLISE					
ITEM	DESCRIÇÃO	CÓDIGO IPM	QUANT. MENSAL ESTIMADA	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR ESTIMADO MENSAL (R\$)
	SV DE CONFECCÃO DE FÍSTULA ARTERIO-VENOSA PARA HEMODIÁLISE ➤ Código SIGTAP: 041801003-0	79158	14	R\$ 859,20	R\$ 12.028,80
VALOR TOTAL ESTIMADO: R\$ 84.201,60					
PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 02.007.001.0010.0301.2000.2035.33390390 - FICHA 464					

EXAMES PARA IMPLANTE DE CATETER					
ITEM	DESCRIÇÃO	CÓDIGO IPM	QUANT. MENSAL ESTIMADA	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR ESTIMADO MENSAL (R\$)
	COAGULOGRAMA - HEMODIÁLISE ➤ Exame de coagulograma para os pacientes que realizarão os implantes de cateter longa permanência e duplo lumen.	79032	112	R\$ 20,13	R\$ 2.254,56
	HEMOGRAMA - HEMODIÁLISE ➤ Exame de coagulograma para os pacientes que realizarão os implantes de cateter longa permanência e duplo lumen.	79033	112	R\$ 8,99	R\$ 1.006,88
VALOR TOTAL ESTIMADO: R\$ 22.830,08					
PROGRAMAÇÃO ORÇAMENTÁRIA: 02.007.001.0010.0301.2000.2035.33390390 - FICHA 464					

1.2. Em decorrência da inclusão de serviços inicialmente não contemplados no contrato e da necessidade de alteração do Documento Descritivo, conforme previsto no item 1.1 do presente termo, 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\$ 4.846.114,87 (quatro milhões e oitocentos e quarenta e seis mil e cento e quatorze reais e oitenta e sete 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 da **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\$ 3.011.222,95 (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 – DO VALOR

2.1. O valor do presente Termo Aditivo é de **R\$ 878.508,68 (oitocentos e setenta e oito mil e quinhentos e oito reais e sessenta e oito centavos)**, passando o valor total de recursos estimado a ser de **R\$ 58.153.378,44 (cinquenta e oito milhões e cento e cinquenta e três mil e trezentos e setenta e oito reais e quarenta e quatro centavos)**.

CLÁUSULA TERCEIRA - RATIFICAÇÃO

2.1. Permanecem inalteradas e plenamente ratificadas todas as cláusulas e condições estipuladas no contrato original, celebrado em 02 de janeiro de 2025, que não foram modificadas por este termo de alteração.

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, 09 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