



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde

SECRETARIA ADJUNTA DE AQUISIÇÕES E FINANÇAS
Superintendência de Aquisições e Contratos – Coordenadoria de Contratos

SES
Fls. _____
Rub. _____

**SEGUNDO TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 037/2018/SES/MT
CHAMAMENTO PÚBLICO Nº. 002/2017**

**“CONVOCAÇÃO DE INTERESSADOS
EM CREDENCIAR PARA PRESTAÇÃO
DE SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO POR
IMAGEM DE TOMOGRAFIA POR
EMIÇÃO DE PÓSITRONS (PET-CT)”**

CONTRATANTE: O ESTADO DE MATO GROSSO por meio da SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE/FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE, com sede no Centro Político Administrativo, bloco 05, Cuiabá/MT, inscrita no CNPJ sob n. 04.441.389/0001-61, neste ato representado pelo Secretário de Estado de Saúde Sr. GILBERTO GOMES DE FIGUEIREDO, brasileiro, portador da cédula de identidade RG nº 00655872 SESP/MT, inscrito no CPF sob o nº 174.824.451-53.

CONTRATADA: INSTITUTO DE MEDICINA NUCLEAR LTDA, inscrita no CNPJ nº.14.971.543/0001-60, com sede sito a Rua Pimenta Bueno – nº 515 à 537 – Bairro Dom Aquino - CEP: 78.015-190 – em Cuiabá – MT – telefone 4009-2880 – e-mail: atendimento@imncuiaba.com.br, neste ato representado por PAULO EDUARDO ASSI, brasileiro, portador da Cédula de Identidade RG nº. 6.077.246 SSP/SP e do CPF nº.973.712.978-49.

OS CONTRATANTES, celebram o presente termo aditivo ao contrato nº 037/2018/SES/MT, considerando tudo que consta no **processo nº. 89548/2020/SES/MT**, e que será regido pela Lei n. 8.666 de 21/06/1993, Lei Federal nº 8.080/90, Decretos Estaduais: nº 840/2017, nº 7.218/2006, e nº 8.199/2006, Lei nº 10.534, de 13 de abril de 2017, Lei Complementar nº 10.442/2016, nº 123/2006, e suas alterações, supletivamente, pelos princípios da teoria geral dos contratos e pelas disposições de direito privado e, ainda, pelas cláusulas e condições a seguir definidas:

1 CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

1.1. O presente termo aditivo tem como objeto a prorrogação de prazo do contrato 037/2018/SES/MT, pelo período de 12 (doze) meses, **com início em 10/05/2020 e término em 09/05/2021**, bem como **acréscimo de 15% (quinze por cento)** de acordo com o art. 57, Inciso II da Lei nº 8.666/93.



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde

SECRETÁRIA ADJUNTA DE AQUISIÇÕES E FINANÇAS
Superintendência de Aquisições e Contratos – Coordenadoria de Contratos

SES
Fis. _____
Rub. _____

2 CLÁUSULA SEGUNDA - DO VALOR E DAS ESPECIFICAÇÕES

2.1. O presente instrumento acresce o valor total do contrato em R\$ 216.519,54 (duzentos e dezesseis mil, quinhentos e dezenove reais e cinquenta e quatro centavos), alterando o valor mensal de contratação de R\$ 84.288,80 para R\$ 96.932,12 (noventa e seis mil, novecentos e trinta e dois reais e doze centavos) e o valor mensal de complementação e R\$ 36.000,00 para R\$ 41.400,00 (quarenta e um mil e quatrocentos reais), alterando assim o valor total do contrato de R\$ 1.443.465,60 para R\$ 1.659.985,44 (um milhão, seiscentos e cinquenta e nove mil, novecentos e oitenta e cinco reais e quatorze centavos).

PROCEDIMENTO	FÍSICO		ACRÉSCIMO DE 15%		TABELA SUS			ACRÉSCIMO DE 15%		COMPLEMENTAÇÃO		
	MÊS	ANO	MÊS	ANO	VALOR UNITÁRIO	CUSTO MENSAL C/ ACRÉSCIMO	CUSTO ANUAL C/ ACRÉSCIMO	MÊS	ANO	VALOR UNITÁRIO	CUSTO MENSAL C/ ACRÉSCIMO	CUSTO ANUAL C/ ACRÉSCIMO
TOMOGRAFIA POR EMISSÃO DE PÓSITRONS (PET-CT)	40	480	6	72	2.107,22	12.643,32	151.719,84	6	72	900,00	5.400,00	64.800,00
VALOR TOTAL DO ADITIVO										R\$ 216.519,84		
VALOR TOTAL DO CONTRATO										R\$ 1.659.985,44		

Cláusula Terceira – DAS DEFINIÇÕES DOS SERVIÇOS A SEREM CONTRATADOS

3.1 O presente este instrumento inclui novos CID's na lista de atendimento, na Cláusula Quarta, item 4.2.

CÓDIGO	PROCEDIMENTO	FÍSICO/MÊS	FÍSICO/ANO
02.06.01.009-5	TOMOGRAFIA POR EMISSÃO DE PÓSITRONS (PET-CT)	46	552
GRUPO:	02 - PROCEDIMENTOS COM FINALIDADE DIAGNÓSTICA		
SUB-GRUPO:	06 - DIAGNÓSTICO POR TOMOGRAFIA		
FORMA DE ORGANIZAÇÃO:	01 - TOMOGRAFIA DA CABEÇA, PESCOÇO E COLUNA VERTEBRAL		
SERVIÇO AMBULATORIAL:	R\$ 2.107,22	TOTAL HOSPITALAR:	R\$ 0,00
TOTAL AMBULATORIAL:	R\$ 2.107,22	SERVIÇO HOSPITALAR:	R\$ 0,00
SERVIÇO PROFISSIONAL:			R\$ 0,00
MODALIDADE DE ATENDIMENTO:	AMBULATORIAL		
COMPLEXIDADE:	ALTA COMPLEXIDADE		
TIPO DE FINANCIAMENTO:	FUNDO DE AÇÕES ESTRATÉGICAS E COMPENSAÇÕES (FAEC)		
SUB-TIPO DE FINANCIAMENTO:	TRATAMENTO EM ONCOLOGIA		
INSTRUMENTO DE REGISTRO:	APAC (PROC. PRINCIPAL)		
SEXO:	AMBOS		



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde

SECRETÁRIA ADJUNTA DE AQUISIÇÕES E FINANÇAS

Superintendência de Aquisições e Contratos – Coordenadoria de Contratos

SES

Fls _____

Rub _____

MÉDIA DE PERMANÊNCIA:	
TEMPO DE PERMANÊNCIA:	
QUANTIDADE MÁXIMA:	
IDADE MÍNIMA:	0 MESES
IDADE MÁXIMA:	130 ANOS
PONTOS:	
ATRIBUTOS COMPLEMENTARES:	EXIGE CNS
DESCRIÇÃO: TÉCNICA DE DIAGNÓSTICO POR IMAGENS QUE USA MARCADORES RADIOATIVOS PARA DETECTAR PROCESSOS BIOQUÍMICOS TISSULARES, EM COMBINAÇÃO COM A TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA, E QUE REGISTRA SIMULTANEAMENTE AS IMAGENS ANATÔMICAS E DE ATIVIDADE TISSULAR EM UM ÚNICO EXAME. DEVE SER AUTORIZADA, CONFORME OS CRITÉRIOS ESTABELECIDOS PELO MINISTÉRIO DA SAÚDE, PARA O ESTADIAMENTO CLÍNICO DO CÂNCER DE PULMÃO DE CÉLULAS NÃO PEQUENAS POTENCIALMENTE RESSECÁVEL; PARA A DETECÇÃO DE METÁSTASE(S) EXCLUSIVAMENTE HEPÁTICA(S) E POTENCIALMENTE RESSECÁVEL (EIS) DE CÂNCER COLORRETAL; E PARA O ESTADIAMENTO E AVALIAÇÃO DA RESPOSTA AO TRATAMENTO DE LINFOMAS DE HODGKIN E NÃO HODGKIN	
CÓDIGO	NOME
C180	NEOPLASIA MALIGNA DO CECO
C181	NEOPLASIA MALIGNA DO APÊNDICE (VERMIFORME)
C182	NEOPLASIA MALIGNA DO CÓLON ASCENDENTE
C183	NEOPLASIA MALIGNA DA FLEXURA (ÂNGULO) HEPÁTICA(O)
C184	NEOPLASIA MALIGNA DO CÓLON TRANSVERSO
C185	NEOPLASIA MALIGNA DA FLEXURA (ÂNGULO) ESPLÊNICA(O)
C186	NEOPLASIA MALIGNA DO CÓLON DESCENDENTE
C187	NEOPLASIA MALIGNA DO CÓLON SIGMÓIDE
C188	NEOPLASIA MALIGNA DO CÓLON COM LESÃO INVASIVA
C19	NEOPLASIA MALIGNA DA JUNÇÃO RETOSSIGMÓIDE
C20	NEOPLASIA MALIGNA DO RETO
C340	NEOPLASIA MALIGNA DO BRÔNQUIO PRINCIPAL
C341	NEOPLASIA MALIGNA DO LOBO SUPERIOR, BRÔNQUIO OU PULMÃO
C342	NEOPLASIA MALIGNA DO LOBO MÉDIO, BRÔNQUIO OU PULMÃO
C343	NEOPLASIA MALIGNA DO LOBO INFERIOR, BRÔNQUIO OU PULMÃO
C810	DOENÇA DE HODGKIN, PREDOMINÂNCIA LINFOCÍTICA
C811	DOENÇA DE HODGKIN, ESCLEROSE NODULAR
C812	DOENÇA DE HODGKIN, CELULARIDADE MISTA
C813	DOENÇA DE HODGKIN, DEPLEÇÃO LINFOCÍTICA
C817	OUTRA FORMA DA DOENÇA DE HODGKIN
C819	DOENÇA DE HODGKIN, NÃO ESPECIFICADA
C820	LINFOMA NÃO-HODGKIN, PEQUENAS CÉLULAS CLIVADAS, FOLICULAR
C821	LINFOMA NÃO-HODGKIN, MISTO, DE PEQUENAS E GRANDES CÉLULAS CLIVADAS, FOLICULAR
C822	LINFOMA NÃO-HODGKIN, GRANDES CÉLULAS, FOLICULAR
C827	OUTROS TIPOS DE LINFOMA NÃO-HODGKIN, FOLICULAR
C829	LINFOMA NÃO-HODGKIN, FOLICULAR, NÃO ESPECIFICADO



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde

SECRETÁRIA ADJUNTA DE AQUISIÇÕES E FINANÇAS
Superintendência de Aquisições e Contratos – Coordenadoria de Contratos

SES

Fls _____

Rub _____

C830	LINFOMA NÃO-HODGKIN DIFUSO, PEQUENAS CÉLULAS (DIFUSO)	
C831	LINFOMA NÃO-HODGKIN DIFUSO, PEQUENAS CÉLULAS CLIVADAS (DIFUSO)	
C832	LINFOMA NÃO-HODGKIN DIFUSO, MISTO, DE PEQUENAS E GRANDES CÉLULAS (DIFUSO)	
C833	LINFOMA NÃO-HODGKIN DIFUSO, GRANDES CÉLULAS (DIFUSO)	
C834	LINFOMA NÃO-HODGKIN DIFUSO, IMUNOBLÁSTICO (DIFUSO)	
C836	LINFOMA NÃO-HODGKIN DIFUSO, INDIFERENCIADO (DIFUSO)	
C838	OUTROS TIPOS DE LINFOMA NÃO-HODGKIN DIFUSO	
C839	LINFOMA NÃO-HODGKIN DIFUSO, NÃO ESPECIFICADO	
C840	MICOSE FUNGÓIDE	
C841	DOENÇA DE SÉZARY	
C842	LINFOMA DA ZONA T	
C843	LINFOMA LINFOEPITELIÓIDE	
C844	LINFOMA DE CÉLULAS T, PERIFÉRICO	
C845	OUTROS LINFOMAS DE CÉLULAS T E OS NÃO ESPECIFICADOS	
C857	OUTROS TIPOS ESPECIFICADOS DE LINFOMA NÃO-HODGKIN	
C859	LINFOMA NÃO-HODGKIN DE TIPO NÃO ESPECIFICADO	
C883	DOENÇA IMUNOPROLIFERATIVA DO INTESTINO DELGADO	
C887	OUTRAS DOENÇAS IMUNOPROLIFERATIVAS MALIGNAS	
C889	DOENÇA IMUNOPROLIFERATIVA MALIGNA, NÃO ESPECIFICADA	
Novos CID'S inclusos		
C76.0	Neoplasia maligna da cabeça, face e pescoço	
C77.0	Neoplasia maligna secundária e não especificada dos gânglios linfáticos da cabeça, face e pescoço	
R91	Achados anormais, de exames para diagnósticos por imagem, do pulmão	
C43	Meloma maligno da pele	
CATEGORIA CBO		
CÓDIGO	NOME	
225315	MÉDICO EM MEDICINA NUCLEAR	
225320	MÉDICO EM RADIOLOGIA E DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	
SERVIÇO DE CLASSIFICAÇÃO		
CÓD. SERVIÇO	CÓDIGO	NOME
121	003	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA (DIAGNÓSTICO POR IMAGEM)
151	001	MEDICINA NUCLEAR IN VIVO (MEDICINA NUCLEAR)
RENASES		
CÓDIGO	NOME	
076	DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	

Cláusula Quarta – DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

4.1. A dotação orçamentária deste exercício financeiro, necessária à execução do contrato, serão as seguintes:



Governo do Estado de Mato Grosso
SES – Secretaria de Estado de Saúde

SECRETÁRIA ADJUNTA DE AQUISIÇÕES E FINANÇAS
Superintendência de Aquisições e Contratos – Coordenadoria de Contratos

SES

Fls _____

Rub _____

- Fundo Estadual de Saúde: 21601
- PROGRAMA: 526
- PROJETO ATIVIDADE: 2728
- FONTE 112 FAEC: Mensal - R\$ 96.932,12 e Anual – R\$ 1.163.185,44
- FONTE 134 (complementação): Mensal - R\$ 41.400,00 e Anual – R\$ 496.800,00

4.2. A despesa para o exercício subsequente será alocada à dotação orçamentária prevista para atendimento dessa finalidade, a ser consignada à CONTRATANTE, na Lei Orçamentária Anual.

Cláusula Quinta – DAS RATIFICAÇÕES

5.1. Ficam ratificadas todas as demais cláusulas e condições do Contrato nº 037/2018/SES/MT.

5.2. E por estarem assim justas e acertadas, as partes firmam este instrumento, em 02 (duas) vias de igual teor e valor jurídico para todos os efeitos legais.

Cuiabá-MT, 08 de maio de 2020.

GILBERTO GOMES DE FIGUEIREDO

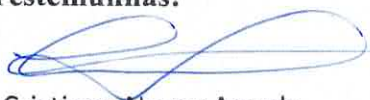
Secretário de Estado de Saúde

PAULO EDUARDO ASSI

Instituto de Medicina Nuclear Ltda

Dr. Paulo Eduardo Assi
CRM MT 1609

Testemunhas:


Cristiane Neves Arruda
RG: 1088525-0 SSP/MT
CPF: 816.631.611-00


David Felipe Garcia Cruz
RG: 2394939-2 - SSP/MT
CPF: 060.553.271-04