



**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DA REGIÃO  
CENTRO DO ESTADO/RS – CI/CENTRO**

**SEGUNDO TERMO ADITIVO AO TERMO DE CREDENCIAMENTO Nº 008/2019  
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E ODONTOLÓGICOS  
TRIÊNIO 2020/2022**

**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 096/2019  
CHAMAMENTO PÚBLICO/CREDENCIAMENTO Nº 002/2019**

**CREDENCIANTE: CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DA REGIÃO CENTRO DO ESTADO/RS – CI/CENTRO**, com sede na Rua Lamartine Souza, nº 68, Bairro Nossa Senhora de Lourdes, Santa Maria/RS, CNPJ n.º 94.446.804/0001-62, neste ato representado pelo seu Presidente, Sr. Sérgio Ovidio Roso Coradini, inscrito no CPF sob o nº [REDACTED] e portador do RG nº [REDACTED].

**CREDENCIADA: CLÍNICA MILETO DE RADIODIAGNÓSTICO LTDA**, com sede na Rua Pinheiro Machado, nº 2380, sala 301 – Bloco A, Centro, Santa Maria/RS, CNPJ n.º 87.495.214/0001-64, CNES n.º 2242354, neste ato representada por sua Sócia, Sra. Tayne Neto Duarte Vendruscolo, inscrita do CPF sob o nº [REDACTED] e portadora do RG nº [REDACTED].

Pelo presente instrumento, as partes acima qualificadas, doravante denominadas CONTRATANTE e CONTRATADA, celebram o presente **TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE E ODONTOLÓGICOS**, em razão da **ALTERAÇÃO DOS VALORES DOS SERVIÇOS**, passando a vigorar nos termos discriminados nas cláusulas que seguem:

**CLÁUSULA PRIMEIRA**

Altera-se o valor dos serviços:

Nº	Cód. SUS	Nome	Qtd.	Valor (R\$)
<b>ULTRASSONOGRAFIA</b>				
380	0205020038	US ABDOMEN SUPERIOR	1	64,78
381	0205020038	US ABDOMEN SUPERIOR COM DOPPLER COLORIDO	1	122,31
382	0205020046	US ABDOMEN TOTAL	1	97,16
383	0205020046	US ABDOMEN TOTAL COM DOPPLER COLORIDO	1	159,81
384	0205020062	US ANTEBRACO	1	50,09
385	0205020054	US APARELHO URINARIO/ABDOMEN INFERIOR	1	61,52



## CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DA REGIÃO CENTRO DO ESTADO/RS – CI/CENTRO

387	0205020062	US ARTICULACAO COXO-FEMURAL/QUADRIL	1	50,09
389	0205020070	US BOLSA ESCROTAL COM DOPPLER COLORIDO	1	115,37
390	0205020062	US BRACO	1	50,09
391	0205020062	US CALCANEO	1	50,09
392	0205020062	US CERVICAL(REGIAO)	1	50,09
393	0205020062	US COTOVELO	1	50,09
394	0205020062	US INGUINAL (REGIAO)	1	50,09
395	0205020062	US JOELHO	1	50,09
396	0205020062	US JOELHO COM DOPPLER COLORIDO	1	115,37
397	0205020097	US MAMARIA BILATERAL	1	57,26
398	0205020097	US MAMARIA BILATERAL COM DOPPLER COLORIDO	1	117,68
399	0205020062	US MAO	1	50,09
400	0205020143	US MORFOLOGICO OBSTETRICO MEDIDA FETAL	1	190,25
401	0205020143	US OBSTETRICO	1	85,87
402	0205020151	US OBSTETRICO COM DOPPLER COLORIDO	1	100,97
403	0205020143	US OBSTETRICO COM PERFIL BIOFISICO	1	143,10
404	0205020143	US OBSTETRICO COM TRANSLUCENCIA NUCAL	1	116,11
405	0205020062	US OMBRO	1	50,09
406	9999999999	US PARTES MOLES	1	50,09
407	0205020062	US PE	1	50,09
408	0205020160	US PELVICO GINECOLOGICO	1	61,52
409	0205020062	US PERNA /PANTURRILHA	1	50,09
410	0205020100	US PROSTATA VIA ABDOMINAL	1	61,52
413	0205020062	US PUNHO	1	50,09
414	0205020127	US TIREOIDE	1	50,09
415	0205020127	US TIREOIDE COM DOPPLER COLORIDO	1	115,37
416	0205020062	US TORNOZELO	1	50,09
417	0205020186	US TRANSVAGINAL	1	60,10
418	0205020186	US TRANSVAGINAL COM DOPPLER COLORIDO	1	118,35
<b>EXAMES CARDIOLOGICOS/VASOS</b>				
426	0205010040	ECODOPPLER ARTERIAL BILATERAL	1	301,26
427	0205010040	ECODOPPLER ARTERIAL UNILATERAL	1	182,47
430	0205010040	ECODOPPLER CAROTIDAS E VERTEBRAIS	1	295,27
431	0205010040	ECODOPPLER FEMORAIS	1	245,71
433	0205010040	ECODOPPLER VENOSO BILATERAL	1	301,26



**CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DA REGIÃO  
CENTRO DO ESTADO/RS – CI/CENTRO**

434	0205010040	ECODOPPLER VENOSO UNILATERAL	1	182,47
<b>COLETA DE MATERIAL</b>				
617	0201010470	BIOPSIA DE TIREOIDE OU PARATIREOIDE - PAAF (GUIADO POR US)	1	195,83
621	0201010585	PUNCAO ASPIRATIVA DE MAMA POR AGULHA FINA	1	379,60
622	0201010607	PUNCAO DE MAMA POR AGULHA GROSSA (CORE BIOPSY)	1	420,75

**CLÁUSULA SEGUNDA**

Permanecem inalteradas as demais cláusulas contratuais que não conflitarem com o presente termo aditivo.

E por estarem as partes mutuamente de acordo com as cláusulas do presente instrumento, firmam o presente termo aditivo em 2 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de 2 (duas) testemunhas, abaixo assinadas.

Santa Maria/RS, 17 de janeiro de 2022

**CI/CENTRO**  
Credenciante

**CLÍNICA MILETO DE RADIODIAGNÓSTICO LTDA**  
Credenciada

TESTEMUNHAS:

Nome/RG:

Nome/RG: