



Prefeitura Municipal de Iconha  
Secretaria Municipal de Saúde  
Rua Muniz Freire, nº 65, centro, Iconha/ES, CEP 292820-000  
Telefone: (28) 92000-7994 E-mail: gestao.saude@iconha.es.gov.br



## **SEGUNDO TERMO ADITIVO - CONTRATO DE PROGRAMA Nº 090/2025**

### **SEGUNDO TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PROGRAMA Nº 090/2025, QUE ENTRE SI CELEBRAM O MUNICÍPIO DE ICONHA/ES POR INTERMÉDIO DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE E O CONSÓRCIO PÚBLICO DA REGIÃO EXPANDIDA SUL, PARA GESTÃO ASSOCIADA DOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA TVSPS – TABELA DE VALORES E SERVIÇOS E PROCEDIMENTOS DE SAÚDE.**

**O MUNICÍPIO DE ICONHA/ES**, pessoa jurídica de direito público, inscrito no CNPJ sob nº 27.165.646/0001-85, com Prefeitura sediada na Praça Darcy Marchiori, nº 11 – Bairro Jardim Jandira, CEP 29.280-000, doravante denominado simplesmente CONSORCIADO, neste ato representado pelo seu Prefeito Municipal, Sr Gedson Brandão Paulino, brasileiro, casado, prefeito, portador do CPF nº. 083.592.647-83, por intermédio do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, inscrito no CNPJ sob o nº 10.700.073/0001-40, com sede na Rua Muniz Freire, nº 65, Bairro Centro, CEP: 29.280- 000, representado neste ato pelo (a) Secretário (a) Municipal de Saúde Sr. Rocleison Gonçalves Costa, brasileiro, Secretário Municipal de Saúde, portador do CPF nº 122.324.367-21, residente na cidade de Iconha/ES, e de outro, o **CONSÓRCIO PÚBLICO DA EXPANDIDA SUL – CIM EXPANDIDA SUL**, constituído sob a forma de associação pública, pessoa jurídica de direito público, com sede administrativa, à Rua Costa Pereira, 323, Centro, Anchieta/ES, CEP 29.230-000, inscrito no CNPJ nº 03.657.784/0001-13, doravante denominado simplesmente CONSÓRCIO, neste ato representado por seu Presidente, Sr. Paulo Celso Cola Pereira, brasileiro, casado, portador do CPF nº 031.516.777-70, resolvem celebrar o presente Contrato de Programa, com dispensa de licitação embasada no Inc. XI do Art. 75 da Lei Federal 14.133/21, e no Art. 32 do Decreto Federal 6.017/2007, com inteira sujeição à Lei Federal nº 14.133/21, à Lei Federal nº 11.107/2005, ao Decreto Federal nº 6.017/2007, Portaria STN nº 274/2016 ao Contrato de Consórcio Público e Estatuto



Prefeitura Municipal de Iconha  
Secretaria Municipal de Saúde  
Rua Muniz Freire, nº 65, centro, Iconha/ES, CEP 292820-000  
Telefone: (28) 92000-7994 E-mail: gestao.saude@iconha.es.gov.br



do CIM EXPANDIDA SUL e pelas demais legislações pertinentes, mediante cláusulas e condições seguintes:

## **CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

**1.1** - Este termo aditivo tem por objeto estabelecer as condições e obrigações pelas partes signatárias, por meio da gestão associada de serviços públicos, visando a prestação dos serviços públicos de saúde de consultas, exames, procedimentos e consultas especializadas e de apoio para diagnóstico, constante da Tabela de Valores de Serviços e Procedimentos de Saúde – TVSPS do CONSÓRCIO, a qual passa a integrar o presente contrato independente de transcrição, visando o apoio e diagnóstico de pacientes encaminhados pelo CONTRATANTE, bem como regulamentar o pagamento da prestação de serviços objeto do presente contrato.

## **CLÁUSULA SEGUNDA – DO VALOR**

**2.1.** Fica aditado ao contrato o valor de R\$ 396.000,00 (trezentos e noventa e seis mil reais)

## **CLÁUSULA TERCEIRA – DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS**

**3.1** As despesas oriundas do presente Termo Aditivo correrão com recursos deste Município para o exercício de 2025 e subsequentes, a saber:

- Fonte de Recursos: 150000159999, 16000000015, Fonte: 160000000010
- Elemento de Despesa: 33.93.39.00000.
- Fichas: 91, 334 e 321.

## **CLÁUSULA QUARTA – DA RATIFICAÇÃO**

**4.1.** As cláusulas e condições não modificadas ou revogadas expressamente por força deste Termo Aditivo ficam ratificadas e continuam inteiramente em vigor.

## **CLÁUSULA QUINTA – DOS EFEITOS DO PRESENTE ADITIVO**

**5.1.** Os efeitos do presente aditivo retroagem a 01 de dezembro de 2025.



Prefeitura Municipal de Iconha  
Secretaria Municipal de Saúde  
Rua Muniz Freire, nº 65, centro, Iconha/ES, CEP 292820-000  
Telefone: (28) 92000-7994 E-mail: gestao.saude@iconha.es.gov.br



E para a realidade do que pelas partes foi pactuado, firma-se este instrumento em 03 (três) vias de igual teor e forma em presença das testemunhas que abaixo subscrevem e a tudo assistiram.

Iconha/ES, 15 de dezembro de 2025

**Prefeito Municipal**  
CONSORCIADO

**Secretário Municipal de Saúde**  
CONSORCIADO

**Presidente do CIM POLO SUL**  
CONSÓRCIO

**TESTEMUNHAS:**

NOME: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_

NOME: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_