



**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITACAJÁ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
Rua Costa e Silva, s/n, Centro – Itacajá – TO cep: 77.720-000  
Fone (063) 3439-1479 E-Mail [itacaja@saude.to.gov.br](mailto:itacaja@saude.to.gov.br)

**1º TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 003/2024.**  
**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 035/2023**  
**TOMADA DE PREÇOS Nº 001/2023**

**Prestação de serviços médicos, clínico geral, para atuar no município de Itacajá em plantões médicos de 24 (vinte e quatro) horas no Hospital Municipal de Itacajá Nossa Senhora da Conceição e responsabilidade Técnica do Hospital Municipal Nossa Senhora da Conceição.**

**CONTRATANTE: O FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITACAJÁ**, Estado do Tocantins, inscrito no CNPJ sob nº 11.372.183/0001-92, localizado à Rua Costa e Silva, s/nº, Centro, Itacajá – TO, CEP: 77.720-000, neste ato representado pela sua atual Gestor o Sr. Gustavo Guimarães Paiva, brasileiro, casado, funcionário público, portador do RG nº 689-193 SSP-TO e do CPF Nº 036.355.181-66, residente em Avenida Castelo Branco, nº 94, Centro, Itacajá – TO.

**CONTRATADA: DTVB MEDICAL EIRELLI-ME** pessoa jurídica de direito privado, com sede na Avenida Presidente Dutra, nº 779, Centro, Cep: 77.720-000, inscrita CNPJ nº. 24.158.893/0001-66, por seu Representante Legal, sr Danilo Teodoro Vilela, RG 5201956/SSP-GO, CPF 029.768.501-51, têm justos e certos o presente Contrato, mediante as Cláusulas e condições seguintes:

#### **CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

O presente Termo Aditivo tem por objeto alterar a Cláusula SETIMA do CONTRATO Nº 003/2024.

#### **CLÁUSULA SEGUNDA – DA PRORROGAÇÃO DA VIGÊNCIA**

A Cláusula SETIMA do Contrato Nº 003/2024, terá a sua vigência a partir de **01/01/2025, com término em 31/12/2025**, perfazendo, ao final da nova vigência, um total 24 dos 60 meses previstos na Lei nº 8.666/1993.

#### **CLÁUSULA TERCEIRA – DO VALOR**

Parágrafo primeiro - O valor estimado da contratação, será mantido em de **R\$ 214.776,00 (duzentos e quatorze mil, setecentos e sessenta e seis reais)**, que serão pagos conforme a condições originais do Contrato.



**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITACAJÁ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
Rua Costa e Silva, s/n, Centro – Itacajá – TO cep: 77.720-000  
Fone (063) 3439-1479 E-Mail [itacaja@saude.to.gov.br](mailto:itacaja@saude.to.gov.br)

Parágrafo segundo – Fica resguardado à contratante o direito de requerer os reajustes necessários à recomposição do valor do contrato, para a reposição de perdas financeiras, conforme previsto na cláusula décima quarta do Contrato.

### **CLÁUSULA QUARTA – DA FUNDAMENTAÇÃO**

O presente Termo Aditivo está fundamentado no art. 57, inciso II, da Lei 8.666/1993.

### **CLÁUSULA QUINTA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

As despesas decorrentes deste Aditivo correrão à conta da seguinte dotação orçamentária para o exercício de 2025:

**Dotação Orçamentaria e elemento de despesa:**

**07.01.10.122.2704.2.153 – 3.3.90.39 - Ficha 00525 – Fonte 1500.1002**

### **CLÁUSULA SEXTA - DA PUBLICIDADE**

O presente Termo Aditivo será publicado no Diário do Município, na forma do parágrafo único do artigo 61 da Lei 8.666/93, como condição indispensável a sua eficácia.

### **CLÁUSULA SÉTIMA – DA RATIFICAÇÃO**

As partes ratificam, em seu inteiro teor, todas as demais cláusulas parágrafos e itens e condições do Contrato de nº **003/2024**, não alterado por este Aditivo, ficando este Termo fazendo parte integrante e complementar, a fim de que juntos produzam um só efeito.

E por estarem de acordo, lavrou-se o presente termo, em 03 (três) vias de igual teor e forma, as quais foram lidas e assinadas pelas partes CONTRATANTES, na presença das testemunhas abaixo.

Itacajá - TO, aos 13 de dezembro de 2024.

---

**GUSTAVO GUIMARÃES PAIVA**

Gestor do FMS



**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITACAJÁ**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
Rua Costa e Silva, s/n, Centro – Itacajá – TO cep: 77.720-000  
Fone (063) 3439-1479 E-Mail [itacaja@saude.to.gov.br](mailto:itacaja@saude.to.gov.br)

---

**DTV B MEDICAL EIRELLI-ME**  
**CNPJ nº 24.158.893/0001-66**  
Contratada

**TESTEMUNHAS:**

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_