



**Prefeitura Municipal de Olinda**  
**Secretaria de Saúde**

**QUINTO TERMO ADITIVO AO CONVÊNIO**  
CELEBRADO EM 01.01.2012, ENTRE O MUNICÍPIO  
DE OLINDA E O HOSPITAL TRICENTENÁRIO, PARA  
A EXECUÇÃO DE SERVIÇOS DE ATENÇÃO A  
SAÚDE, A NÍVEL AMBULATORIAL E HOSPITALAR,  
AOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE-  
SUS:

Pelo presente instrumento, de um lado o **MUNICÍPIO DE OLINDA**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ sob nº. 10.404.184/0001-09, sediado à Rua de São Bento nº. 123, Varadouro, CEP. 53.020-081, Olinda/PE, neste ato representado pela Secretária Municipal da Saúde, **TEREZA ADRIANA MIRANDA DE ALMEIDA**, brasileira, médica, inscrito no CPF/MF sob o nº. 483.998.334-87, portadora da cédula de Identidade nº. 2.231.080 SDS/PE, residente e domiciliado na cidade do Recife/PE, doravante denominado simplesmente **SECRETÁRIA**, e de outro, o **HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO**, neste ato representado por seu representante legal, **GIL MENDONÇA BRASILEIRO**, brasileiro, odontólogo, inscrito no CPF/MF sob o nº. 122.850.644-20, portador da cédula de identidade nº. 1.006.466 SDS/PE, residente e domiciliado na cidade de Recife, doravante denominado **HOSPITAL**, tendo em vista o que dispõe a Portarias GM/MS 1.721/2005 e SAS 635/2005, resolvem, de comum acordo, firmar o presente **Termo Aditivo ao Convênio supracitado**, que será regido pelas cláusulas e condições seguintes:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO**

O Presente Termo Aditivo tem por objeto incluir novos Recursos Financeiros, devido à publicação da **PORTARIA Nº 3.133, DE 28 DE DEZEMBRO DE 2012**, onde são incorporados novos benefícios para custeio dos novos leitos clínicos e cirúrgicos para os estabelecimentos participantes do Programa SOS Emergência, como retaguarda do Hospital da Restauração e Hospital Getúlio Vargas.

**CLÁUSULA SEGUNDA - DO VALOR**

Pelo cumprimento do objeto deste Convênio, o **MUNICÍPIO DE OLINDA** repassará ao **HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO**, o valor total estimado em R\$ 1.861.500,00 (um milhão, oitocentos e sessenta e um mil e quinhentos reais), sendo:

| ORÇAMENTO PÓS FIXADO |               |
|----------------------|---------------|
| VALOR TOTAL          | VALOR MENSAL  |
| R\$ 372.300,00       | R\$ 31.025,00 |

  
Secretaria de Saúde de Olinda  
Rua do Sol, 311. Carmo - Olinda-PE  
Fone/Fax- 33051104

  
Secretaria de Saúde de Olinda  
Rua do Sol, 311. Carmo - Olinda-PE  
Fone/Fax- 33051104





**Prefeitura Municipal de Olinda**  
**Secretaria de Saúde**

|                             |                       |
|-----------------------------|-----------------------|
| <b>ORÇAMENTO PRÉ FIXADO</b> |                       |
| <b>VALOR TOTAL</b>          | <b>VALOR MENSAL</b>   |
| <b>R\$ 1.489.200,00</b>     | <b>R\$ 124.100,00</b> |

**CLÁUSULA TERCEIRA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

Os recursos financeiros correrão por conta da seguinte Dotação Orçamentária: **Programa:** 3034 – **Projeto/Atividade:** 4034 – **Ação:** 477- **Elemento de Despesa:** 339039 – **Fonte:** 241 – **Unidade Gestora:** FMS.

**CLÁUSULA TERCEIRA - DA RATIFICAÇÃO**

Ficam ratificadas todas as demais cláusulas e disposições do Contrato original que não tenham sido expressa ou tacitamente revogadas pelo presente TERMO ADITIVO.

E, por estarem, assim, justos e acordados, os partícipes firmam o presente instrumento em 04 (quatro) vias de igual teor e forma, para os devidos efeitos legais, tudo na presença das testemunhas infra- assinadas.

Olinda, 21 de outubro de 2013

**TEREZA ADRIANA MIRANDA DE ALMEIDA**  
**SECRETÁRIA DE SAÚDE**

**GIL MENDONÇA BRASILEIRO**  
**REPRESENTANTE LEGAL**  
**HOSPITAL FILANTRÓPICO TRICENTENÁRIO**

**TESTEMUNHAS:**

1. Kraus Maurício

NOME:

CPF/MF: 07873597492

2. Murilo Múcio B. de Andrade

NOME:

CPF/MF: 471.938084-00

Secretaria de Saúde de Olinda  
Rua do Sol, 311. Carmo - Olinda-PE  
Fone/Fax- 33051104