

PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, QUE ENTRE SI CELEBRAM O HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO / HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE E A EMPRESA LFAS ODONTOLOGIA LTDA ME, NA FORMA E CONDIÇÕES QUE ESTIPULAM.

HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO – HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE, com endereço à Av. Pan Nordestina, s/nº, Cidade Tabajara, Olinda/PE, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 10.583.920/0005-67, neste ato representado por **GIL MENDONÇA BRASILEIRO**, brasileiro, casado, odontólogo, portador da Cédula de Identidade nº [REDACTED] – SDS - PE e CPF nº [REDACTED] residente e domiciliado em [REDACTED] doravante denominado **CONTRATANTE**, e do outro lado **EMPRESA LFAS ODONTOLOGIA LTDA ME**, com sede à [REDACTED] inscrita no CNPJ sob o nº 58.546.818/0001-94, por sua representante legal, **LETICIA FRANCISCA ALBUQUERQUE SILVA**, brasileira, solteira, odontóloga, inscrita no CIC M/F sob o nº [REDACTED] doravante denominada **CONTRATADA**, tem justo e acordado o presente termo aditivo ao contrato, mediante as cláusulas a seguir enumeradas:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

Constitui objeto do presente instrumento, a prorrogação do prazo de vigência do contrato de execução pela **CONTRATADA** de serviços de odontologia hospitalar nas enfermarias e UTI, na sede do **HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE**, por mais 12 meses.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO PREÇO E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

2.1. Pela realização das atividades contratadas, o **CONTRATANTE** pagará à **CONTRATADA** o valor mensal de R\$ 6.200,00(seis mil e duzentos reais), mediante apresentação da Nota Fiscal/Fatura devidamente atestada pelo Setor Competente do **CONTRATANTE**.

VALOR MENSAL: R\$ 6.200,00 (seis mil e duzentos reais).

SERVIÇOS DE ODONTOLOGIA- 20 horas semanais -R\$ 6.200,00 (seis mil e duzentos reais).

2.2. O pagamento correspondente ao objeto deste Contrato, será efetuado preferencialmente através de crédito em conta corrente do **BANCO SANTANDER**, ou qualquer instituição bancária indicada pela **CONTRATADA** em até 30 (trinta) dias do recebimento da nota fiscal atestada. Para fazer jus ao pagamento, a **CONTRATADA** deverá apresentar as competentes certidões de regularidade fiscal sendo:

2.2.1. Federal (Fazenda Nacional): **CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS FEDERAIS E À DÍVIDA ATIVA DA UNIÃO.**

2.2.2. FGTS (Regularidade do Empregador): **Certificado de Regularidade do FGTS – CRF.**

2.2.3. Fiscal (Fazenda Pública Estadual): **CERTIDÃO DE REGULARIDADE FISCAL.**

2.2.4. Municipal (Secretaria da Receita Municipal): **CERTIDÃO DE REGULARIDADE FISCAL.**

2.2.5. Trabalhista (Justiça do Trabalho): **CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS.**

CLÁUSULA TERCEIRA – DA VIGÊNCIA

O prazo de vigência do presente instrumento será por 12 meses, podendo ser prorrogado mediante **TERMO ADITIVO.**



Hospital do Tricentenário

Rua Lúcia de Fátima, S/N - Olinda - PE
CEP: 51.120-820 - Olinda - PE
Fone: (011) 3429-2622 Fax: (011) 3429-2622
E-Mail: tricentenario@hosp.br

Hospital do Tricentenário

CLÁUSULA QUARTA – DA RATIFICAÇÃO

Ficam ratificadas todas as cláusulas que não foram alteradas pelo presente instrumento.

CLÁUSULA QUINTA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Os casos omissos serão resolvidos pelas partes contratantes, de comum acordo.
E por estarem justos e acordados, as partes assinam o presente termo em 03(três) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas ao final nomeadas e assinadas.
As partes elegem o foro da Comarca de Olinda/PE, para dirimir qualquer dúvida relativa ao presente termo, renunciando de logo a quaisquer outros por mais privilegiado que seja.

Olinda, 02 de 12 de 2025



CONTRATANTE
HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO/HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE
GIL MENDONÇA BRASILEIRO


CONTRATADA
EMPRESA LFAS ODONTOLOGIA LTDA ME
LETICIA FRANCISCA ALBUQUERQUE SILVA


GESTORA DO CONTRATO

ROBELI NASCIMENTO
DIRETORA GERAL
HOSPITAL BRITES DE ALBUQUERQUE

FISCAL DO CONTRATO


Gilcélia Barros
Direção Adm. Financeira
Hospital Brites de Albuquerque

Testemunhas:

1.

2.