Hospital do Tricentenário
Rua Farias Neves Sobrinho, 232 Bairro Novo
CEP: 53.120-420 - Olinda - PE
Fone: 0**81-3429 2622 - Fax: 0**81-3429 1010
E-Mail: htri@elogica.com.br

PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, QUE ENTRE SI CELEBRAM O HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO-UPA CURADO E A EMPRESA W-TECH MEDICAL LTDA, NA FORMA E CONDIÇÕES QUE ESTIPULAM.

HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO- UPA CURADO, com endereço à Rua Leonardo da Vinci, 68, Curado II, Jaboatão dos Guararapes/PE, inscrito no CNPJ/MF sob o n° 10.583.920/0003-03, neste ato representado por **GIL MENDONÇA BRASILEIRO**, brasileiro, casado, odontólogo, portador da Cédula de Identidade n °1.006.466 – SDS - PE e CPF nº 122.850.644-20, residente e domiciliado em Olinda/PE, doravante denominado **CONTRATANTE**, e o outro lado a **EMPRESA WTECH MEDICAL LTDA**, inscrita no CNPJ sob o nº 63.154.508/0001-64, com sede na Rua Coronel Mendes da Fonseca, 560, Centro, Maceió/Alagoas, representada neste ato por **WAGNER FERNANDES SALES DA SILVA,** brasileiro, casado, técnico em eletrônica, inscrito no CPF/MF sob o nº 042.064.694-90, 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 alteração do contrato de execução pela **CONTRATADA**, de serviços especializados de manutenção preventiva e corretiva de equipamento de odontologia (01 consultório e periféricos) do **CONTRATANTE, para inclusão da possibilidade de reposição de peças.**

PARÁGRAFO ÚNICO – Caso haja a necessidade de reposição de peças ao realizar a manutenção do equipamento odontológico, a **CONTRATADA** apresentará orçamento com o valor das peças a serem substituídas e se o **CONTRATANTE** autorizar a compra das peças, ficará obrigado a pagar a empresa **CONTRATADA**, o valor das peças repostas.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO PREÇO E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

2.1. Pela execução dos serviços, o **CONTRATANTE** pagará à **CONTRATADA** o valor mensal de **R$ 500,00 (quinhentos reais),** mediante apresentação da Nota Fiscal/Fatura devidamente atestada pelo Setor Competente do **CONTRATANTE.** O valor poderá ser acrescido, caso haja pagamento de reposição de peças.

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:

Federal (Fazenda Nacional): CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS RELATIVOS AOS TRIBUTOS FEDERAIS E À DIVIDA ATIVA DA UNIÃO
FGTS (Regularidade do Empregador): Certificado de Regularidade do FGTS – CRF.
Fiscal (Fazenda Pública Estadual): CERTIDÃO DE REGULARIDADE FISCAL.
Municipal (Secretaria da Receita Municipal): CERTIDÃO DE REGULARIDADE FISCAL.
Trabalhista (Justiça do Trabalho): CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITOS TRABALHISTAS.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA VIGÊNCIA

O prazo de vigência do presente instrumento será contado da data da sua assinatura.

OAB/PE 14668
Hospital do Tricentenário

Hospital do Tricentenário
Rua Farias Neves Sobrinho, 232 Bairro Novo
CEP: 53.120-420 - Olinda - PE
Fone: 0**81-3429 2622 - Fax: 0**81-3429 1010
E-Mail: htri@elogica.com.br

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 instrumento 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.

Jaboatão dos Guararapes, 01 de julho de 2026.

CONTRATANTE
HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO/UPA CURADO
GIL MENDONÇA BRASILEIRO

CONTRATADA
EMPRESA W-TECH MEDICAL LTDA
WAGNER FERNANDES SALES DA SILVA

GESTOR DO CONTRATO

FISCAL DO CONTRATO

TESTEMUNHAS:

1. _____

2. _____