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

SEGUNDO TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, QUE ENTRE SI CELEBRAM O HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO/ HOSPITAL EDUARDO CAMPOS E A EMPRESA INSTITUTO TEIXEIRA & SITONIO LTDA, NA FORMA E CONDIÇÕES QUE ESTIPULAM.

HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO / HOSPITAL EDUARDO CAMPOS, situado na BR 232, Km 418, Serra Talhada, PE, inscrito no CNPJ/MF sob o n° **10.583.920/0011-05**, neste ato representado por Sr. **GIL MENDONÇA BRASILEIRO**, brasileiro, casado, odontólogo, portador da cédula de identidade RG. n°1.006.466- SDS-PE e inscrito no CPF sob o nº 122.850.644-20, residente e domiciliado na Rua Carlos Pessoa Monteiro, 197, aptº102, Bairro Casa Caiada, Olinda/PE, doravante denominado **CONTRATANTE**, e o outro lado **EMPRESA INSTITUTO TEIXEIRA & SITONIO LTDA,** com endereço à Rua Beatriz Gondim Santana, 704, Santo Antônio, Juazeiro do Norte, CE, inscrita no CNPJ sob o nº 48.846.577/0001-45, por seu representante legal , **KAIO TEIXEIRA DE ARAÚJO,** brasileiro, casado, médico, inscrito no CIC MF sob o nº 057.602.433-30, doravante denominada **CONTRATADA**, tem justo e acordado o presente **TERMO ADITIVO AO CONTRATO**, mediante as cláusulas que se seguem:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente termo aditivo tem como objeto a prorrogação do prazo de vigência do contrato por mais 12 meses, bem como o acréscimo de serviços médicos de plantões na emergência e na UTI.

CLÁUSULA SEGUNDA- DO PREÇO

2.1. Pela realização das atividades contratadas, o **CONTRATANTE** pagará à **CONTRATADA** o valor mensal equivalente ao quantitativo de serviços médicos realizados, mediante apresentação da Nota Fiscal/Fatura devidamente atestada pelo Setor Competente do **CONTRATANTE.**

2.1.1. São valores pactuados, para fins de pagamentos dos serviços, os seguintes:

MÉDICO AMBULATÓRIO CLÍNICO- 75 PACIENTES SEMANAIS (03 TURNOS SEMANAIS)	**R$ 10.357,27**
VALOR DE PARECER HEMATOLOGISTA POR PACIENTE	**R$ 200,00**
MÉDICO DIARISTA ENFERMARIA CLÍNICA	**R$ 6.000,00**
MÉDICO PLANTÃO EXTRA EMERGÊNCIA CLÍNICA 24H	**R$ 2.500,00**
MÉDICO INTENSIVISTA ADULTO – 24H	**R$ 3.000,00**
VALOR DE EVOLUÇÃO ENFERMARIA POR PACIENTE	**R$ 50,00**

VISTO JURÍDICO

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 POSITIVA COM EFEITOS DE 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 presente instrumento entra em vigor na data da sua assinatura, por mais 12 meses, podendo ser prorrogado por termo aditivo.

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 instrumento, renunciando de logo a quaisquer outros por mais privilegiado que seja.

Serra Talhada, 23 **de** dezembro **de** 2023 .

CONTRATANTE
HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO – HOSPITAL EDUARDO CAMPOS
GIL MENDONÇA BRASILEIRO

Kaio Teixeira de Araujo

CONTRATADA
EMPRESA INSTITUTO TEIXEIRA & SITONIO LTDA
KAIO TEIXEIRA DE ARAÚJO

GESTORA DO CONTRATO

FISCAL DO CONTRATO

Testemunhas

_____

_____

VISTO JURÍDICO