**TERCEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, QUE ENTRE SI CELEBRAM O HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO - HOSPITAL EDUARDO CAMPOS E A EMPRESA ENDOGASTRO CLÍNICA DE ATENDIMENTO MÉDICO ESPECILAIZADO EM CIRURGIA E ENDOSCOPIA LTDA ME, 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 [redacted], residente e domiciliado na Rua [redacted], doravante denominado **CONTRATANTE**, e o outro lado **EMPRESA ENDOGASTRO CLÍNICA DE ATENDIMENTO MÉDICO ESPECIALIZADO EM CIRURGIA E ENDOSCOPIA LTDA ME,** com endereço à Rua [redacted], inscrita no CNPJ sob o nº 21.755.000/0001-71, por seu representante legal, **GETÚLIO KAHLIL AMBRÓSIO GOMES,** brasileiro, casado, médico, inscrito no CIC MF 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 médicos de plantões em cirurgia geral, cirurgias eletivas, exames de endoscopia e eventual evolução médica em enfermarias cirúrgicas, no Hospital Eduardo Campos, por mais 12 meses.

**PARÁGRAFO ÚNICO**- Também é objeto do presente termo, a inclusão de cláusula sobre proteção de dados pessoais.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DO PREÇO E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO**

**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:

**Plantão 24 horas, dias de semana (segunda a sexta feira) valor de salário fixo mensal para execução de até 05 plantões - R$ 12.974,06 ( doze mil, novecentos e setenta e quatro reais e seis centavos).**

**Plantão 24 horas, dias de semana (sábado e domingo) valor de salário fixo mensal para execução de até 05 plantões- R$ 14.166,16 ( catorze mil, cento e sessenta e seis reais e dezesseis centavos).**

**Valor Produtividade Cirúrgica Primeiro Cirurgião - R$ 200,00 (duzentos reais).**

**Valor Produtividade Cirúrgica Segundo Cirurgião - R$ 100,00 ( cem reais).**

**Cirurgias Eletivas - TABELA DE PREÇOS - ANEXO I.**

Lúcia Moreno
Advogada
OAB/PE 14658

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: hri@elogica.com.br

**Exame de Endoscopia Digestiva Alta- R$ 95,00(noventa e cinco reais).**

**Evolução- R$ 50,00(cinquenta reais) por paciente de enfermaria cirúrgica.**

**CLÁUSULA TERCEIRA – DA VIGÊNCIA**

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

**CLÁUSULA QUARTA - DA PROTEÇÃO DOS DADOS PESSOAIS**

Entende-se como **Dado(s) Pessoal(is)** toda e qualquer informação que potencialmente identifique ou caracterize uma pessoa física.

**Tratamento** é toda operação realizada com um **Dado Pessoal**, tais como coleta, classificação, utilização, acesso, reprodução, distribuição, armazenamento, modificação e eliminação de dados.

As **Partes** comprometem-se a fundamentar o **Tratamento** de **Dados Pessoais** nas bases legais previstas em lei, a manter a devida comprovação de suas atividades e a realizar eventuais relatórios de impacto necessários, de modo a cumprir com as exigências da **LGPD**.

A **CONTRATADA** cumprirá a todo momento as regras da Lei De Proteção De Dados Pessoa is (Lei nº 13.759/19), limitando o **Tratamento** dos dados pessoais compartilhados pelo **CONTRATANTE** conforme as suas instruções e no cumprimento das obrigações assumidas neste **Contrato**.

A **CONTRATADA** assume desde já a responsabilidade de cooperar com o **CONTRATANTE** para responder às demandas dos titulares previstas em lei, em caso de incidentes relacionados a vazamento ou comprometimento de dados e em caso de eventuais questionamentos, relatórios, investigações, advertências ou punições advindas da Autoridade Nacional de Proteção de Dados (ANPD) ou de qualquer outra entidade cuja atuação se relacione com a **LGPD**.

Comprometem-se as **Partes** a agirem de boa-fé, de maneira cooperativa e a envidarem seus melhores esforços para cumprirem as determinações da **LGPD** e eventuais disposições da ANPD ou de qualquer outra entidade cuja atuação se relacione com a **LGPD**.

A **CONTRATADA** tratará os **Dados Pessoais** em nome da **CONTRATANTE**de acordo com as instruções expressamente fornecidas pelo **CONTRATANTE** ou nos limites da necessidade para cumprimento das obrigações contratuais. Caso a **CONTRATADA** considere que não possui informações suficientes para o tratamento dos **Dados Pessoais** de acordo com o **Contrato** ou que uma das instruções de tratamento dada pelo **CONTRATANTE** possa infringir as regras da **LGPD**, a **CONTRATADA** poderá prontamente notificar o **CONTRATANTE** e aguardará novas instruções sem que esse questionamento seja considerado como inadimplemento contratual.

A **CONTRATADA** se certificará que seus empregados, representantes, e prepostos agirão de acordo com o **Contrato**, as leis de proteção de dados e as instruções transmitidas pelo **CONTRATANTE**. A **CONTRATADA** se certificará que as pessoas autorizadas a tratar os **Dados Pessoais** assumam um compromisso de confidencialidade ou estejam sujeitas a adequadas obrigações legais de confidencialidade.

As **Partes** estão cientes que não poderão tratar os dados compartilhados em função deste contrato para outra finalidade senão as previstas neste instrumento. Para tanto, estão cientes que precisam de autorização do titular dos dados para exercer qualquer tratamento extra.

Lúcia Moreno
Advogada
OAB/PE 14658

A **CONTRATADA** responderá, em juízo e fora deste, pelas demandas geradas em razão do tratamento de dados por ela realizado e substituirá o **CONTRATANTE** caso esta venha a ser acionada judicial ou extrajudicialmente.

O **CONTRATANTE** reserva-se o direito de, a qualquer momento, realizar auditorias e inspeções, diretamente ou por meio de terceiros designados, para verificar se a **CONTRATADA** está tratando os dados pessoais em conformidade com as disposições da Lei Geral de Proteção de Dados (Lei nº 13.709/2018). A **CONTRATADA** compromete-se a cooperar plenamente, fornecendo acesso a todas as informações, sistemas e documentos necessários para a realização das auditorias. Caso sejam identificadas não conformidades, a **CONTRATADA** deverá adotar, imediatamente, as medidas corretivas indicadas pelo **CONTRATANTE**.

**CLÁUSULA QUINTA – DA RATIFICAÇÃO**

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

**CLÁUSULA SEXTA – 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.

**Serra Talhada, 01 de fevereiro de 2025 .**

**CONTRATANTE**
**HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO-HOSPITAL EDUARDO CAMPOS GIL MENDONÇA BRASILEIRO**

**CONTRATADA**
**EMPRESA ENDOGASTRO CLÍNICA DE ATENDIMENTO MÉDICO ESPECIALIZADO EM CIRURGIA E ENDOSCOPIA LTDA ME**
**GETÚLIO KAHLIL AMBRÓSIO GOMES**

**GESTORA DO CONTRATO**
**PATRÍCIA QUEIROZ DE FARIAS CAJUEIRO**

**FISCAL DO CONTRATO**
**FERNANDA BARBOSA DE MELO**

**Testemunhas:**
1.
2.

Lúcia Moreno
Advogada
OAB/PE 14658

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

## CIRURGIAS ELETIVAS

## ANEXO I

## TABELA DE PREÇOS

### TABELA VALOR CIRURGIA ELETIVA

| PROCEDIMENTO | VALOR |
|---|---|
| | |
| LIPOMA/CISTO | R$100,00 |
| RESSECÇÃO PARTE MOLES | R$250,00 |
| TRAQUEOSTOMIA C/ ANESTESIA | R$250,00 |
| POLIPECTOMIA | R$250,00 |
| AMPUTAÇÃO DE DEDOS | R$300,00 |
| COOPTAÇÃO DE NINFAS | R$300,00 |
| POSTECTOMIA | R$300,00 |
| TUMOR DE PARTES MOLES | R$300,00 |
| CISTOCELE/ HIDROCELE | R$500,00 |
| COLPOPERINEOPLASTIA/PROLAPSO GENITAL | R$500,00 |
| CURATIVO COM SEDAÇÃO EM BLOCO CIRÚRGICO | R$500,00 |
| RETIRADA CISTO OVÁRIO | R$500,00 |
| RETIRADA DE PÓLIDO ENDOMETRIO | R$500,00 |
| RUPTURA DE PROCEDIMENTO OPERATÓRIO | R$500,00 |
| HEMORROIDECTOMIA | R$500,00 |
| CISTO TIREOGLISSO/BRANQUIAL | R$1000,00 |
| CRIPTORQUIDIA/ ORQUIDOPEXIA | R$1000,00 |
| PROSTATECTOMIA | R$1000,00 |
| HERNIA/ HERNIA PEDIÁTRICA | R$1000,00 |
| HISTERECTOMIA | R$1000,00 |
| OOFORECTOMIA | R$1000,00 |
| LAPAROTOMIA | R$1000,00 |
| COLECISTECTOMIA | R$1000,00 |

**Obs : QUANDO DA REALIZAÇÃO DE CIRURGIAS ELETIVAS, VALORES POR PROCEDIMENTO DE ACORDO COM TABELA ACIMA, QUE INCLUI AVALIÇÃO PRÉ E PÓS-OPERATÓRIA E A CIRURGIA.**

Lúcia Moreno
Advogada
OAB/PE 14658