

PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, QUE ENTRE SI CELEBRAM O HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO- HTRI REGIONAL AFOGADOS DA INGAZEIRA E A EMPRESA MASTERMED PE III GESTÃO MÉDICA LTDA, NA FORMA E CONDIÇÕES QUE ESTIPULAM.

HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO/ HTRI REGIONAL AFOGADOS DA INGAZEIRA, com endereço à Avenida Manoel Virgínio Sobrinho, s/nº, Km 01, PE 320, Bairro Padre Pedro Pereira, Afogados da IngaZEIRA, PE, inscrito no CNPJ/MF sob o nº **10.583.920/0010-24**, neste ato representado por Sr. **GIL MENDONÇA BRASILEIRO**, brasileiro, casado, odontólogo, portador da cédula de identidade RG. nº1.006.466- 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 MASTERMED PE III GESTÃO MÉDICA LTDA**, com sede à Avenida Governador Carlos de Lima Cavalcanti, 3995, Loja 030, Caixa Postal 161, Casa Caiada, Olinda, PE, inscrita no CNPJ sob o nº 52.355.127/0001-27, por seu representante legal, **PAULO EDUARDO SANTOS FERREIRA**, brasileiro, solteiro, empresário, inscrito no CIC M/F sob o nº 891.352.453-87, 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 para inclusão de serviços médicos, para o Hospital Regional Emília Câmara.

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:

PLANTÕES EM CLÍNICA MÉDICA, PEDIATRIA e EM OBSTETRÍCIA:

Plantão 24 horas, dias de semana (segunda a quinta feira) valor unitário de R\$ 3.243,52(três mil, duzentos e quarenta e três reais, cinquenta e dois centavos).

Plantão 24 horas, dia de semana (sexta feira) valor unitário de R\$ 3.392,53 (três mil, trezentos e noventa e dois reais, cinquenta e três centavos).

Plantão 24 horas, dias de semana (sábado e domingo) valor unitário de R\$ 3.541,54 (três mil, quinhentos e quarenta e um reais e cinquenta e quatro centavos).

Ultrassonografia: R\$ 40,00 por procedimento ao Médico Obstetra.

Procedimento de emergência com equipe médica reduzida: R\$ 200,00 por procedimento ao Médico Obstetra.

Cirurgias eletivas: Tabela em Anexo I.

2.1.2. Pelas evoluções realizadas nas clínicas Clínica Médica, obstetrícia, cirúrgica e Pediatria, será devido valor de:

Lúcia Moreno
Advogada
OAB/PE 14658

R\$ 30,00(trinta reais) por paciente evoluído de segunda a sexta feira;

R\$ 50,00 (cinquenta reais) por paciente evoluído, nos sábados e domingos.

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 DÍVIDA 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 contrato será contado da data de sua assinatura.

CLÁUSULA QUARTA – DA RATIFICAÇÃO

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

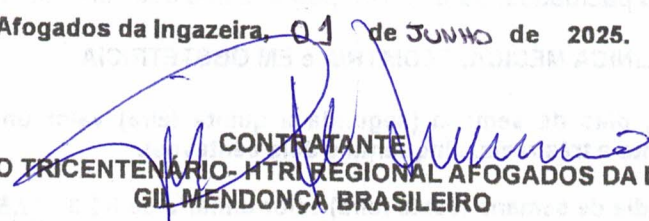
CLÁUSULA QUINTA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

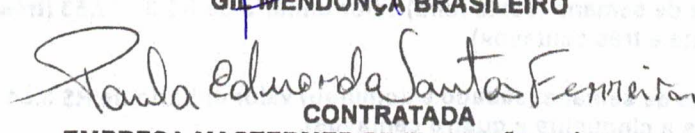
Os casos omissos serão resolvidos pelas partes contratantes, de comum acordo.

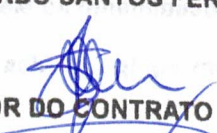
E por estarem justos e acordados, as partes assinam o presente instrumento em 03(três) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas ao final nomeadas e assinadas.

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.

Afogados da Ingazeira, 01 de Junho de 2025.


CONTRATANTE
HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO- HTRI REGIONAL AFOGADOS DA INGAZEIRA
GIL MENDONÇA BRASILEIRO


CONTRATADA
EMPRESA MASTERMED PE III GESTÃO MÉDICA LTDA
PAULO EDUARDO SANTOS FERREIRA


GESTOR DO CONTRATO


FISCAL DO CONTRATO


Lúcia Moreno
Advogada
OAB/PE 14658

Testemunhas:

1.

2.

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

VASECTOMIA R\$ 311,69

LAQUEADURA TUBARIA R\$ 311,69

CAF R\$ 443,60

PEQUENAS CIRURGIAS R\$ 260,00

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

Lúcia Moreno
Advogada
OAB/PE 14658

