

**PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE  
PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, QUE ENTRE SI  
CELEBRAM O HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO-HTR  
REGIONAL AFOGADOS DA INGAZEIRA E A  
EMPRESA ROGÉRIO RODRIGUES ASSISTENCIA  
MÉDICA LTDA ME, NA FORMA E CONDIÇÕES QUE  
ESTIPULAM.**

**HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO/ HTR REGIONAL AFOGADOS DA INGAZEIRA**, com endereço à Avenida Manoel Virgílio Sobrinho, s/nº, Km 01, PC 320, Bairro Padre Pedro Pereira, Afogado 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. 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 Caiana, Olinda/PE, doravante denominado **CONTRATANTE**, e o outro lado **EMPRESA ROGÉRIO RODRIGUES ASSISTENCIA MÉDICA LTDA ME**, estabelecida na Rua Mário Melo, 50, Caixa D Água, Camaribe, PE, inscrita no CNPJ sob nº 60.533.615/0001-05, por seu representante legal DAVID ROGÉRIO GOMES RODRIGUES, brasileiro, solteiro, médico, portador do CPF nº 120.117.354-08, 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 médicos, no Hospital Regional Emilia Câmara, para inclusão de serviços e valores.

**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 E EM PEDIATRIA:**

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).

**VALOR DE R\$ 100,00(cem reais), por atuação como auxiliar de cirurgião em cada procedimento de urgência.**

2.1.2. Pelas evoluções realizadas, será devido o valor de:  
R\$ 30,00(trinta reais) por paciente evoluído, segunda a sexta feira  
R\$ 50,00 (cinquenta reais) por paciente evoluído, 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

  
Lúcia Moreno  
Advogada  
BRAZ & ASSOCIADOS



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 instrumento 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 termo em 03(três) vias de igual teor

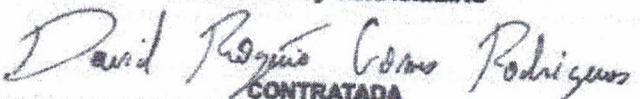
à forma, na presença das testemunhas ao final nomeadas e assinadas.

As partes elegem o foro da Comarca de Olinda/PE, para dirimir qualquer dúvida relativa ao presente

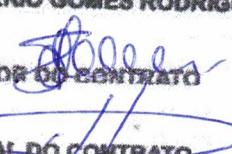
termo, renunciando de logo a quaisquer outros por mais privilegiado que seja.

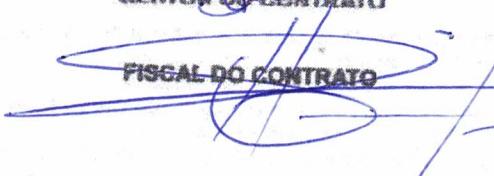
Afogados da Ingazeira, 01 de JUNHO de 2025.

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

  
CONTRATADA  
**EMPRESA ROGÉRIO RODRIGUES ASSISTÊNCIA MÉDICA LTDA ME**

DAVID ROGÉRIO GOMES RODRIGUES

  
GERALDO CONTRATANTE

  
FISCAL DO CONTRATO

#### **Testemunhas:**

1.

2.

  
Lúcia Moreno  
Advogada  
OAB/PE 14658

