

SEGUNDO 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, Afoogados 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. nº 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 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.

Supervisão em Ginecologia e Obstetrícia (GO) e Supervisão em Residência Médica no HTRI Regional de Afoogados da IngaZEIRA, com valor mensal de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais).

Cirurgias eletivas: Tabela em Anexo I.

Lúcia Moreno
Advogada
OAB/PE 14658

2.1.2. Pelas evoluções realizadas nas clínicas Clínica Médica, obstetrícia, cirúrgica e Pediatria, será devido o valor de R\$ 50,00 (cinquenta reais) por paciente evoluído.

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, 02 de Junho de 2025.

CONTRATANTE
HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO TRI REGIONAL AFOGADOS DA INGAZEIRA
CIL MENDONÇA BRASILEIRO

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

GESTOR DO CONTRATO

FISCAL DO CONTRATO

Testemunhas:

1.

2.

Lúcia Moreno
Advogada
OAB/PE 14658

FISCAL DO CONTRATO

Testemunhas:

ANEXO I

TABELA VALOR CIRURGIAS ELETIVAS - PESSOA JURÍDICA

PROCEDIMENTO	VALOR
LIPOMA/CISTO	R\$ 100,00
RESSECÇÃO PARTE MOLE	R\$ 250,00
GRANULOMA	R\$ 250,00
TRAQUEOSTOMIA COM ANESTESIA	R\$ 250,00
POLOPECTOMIA	R\$ 250,00
AMPUTAÇÃO DE DEDOS	R\$ 300,00
COOPTAÇÃO DE NINFAS	R\$ 300,00
POSTECTOMIA	R\$ 300,00
TUMOR PARTES MOLES	R\$ 300,00
CISTOCELE	R\$ 500,00
COLPERINEOPLASTIA	R\$ 500,00
CURATIVO COM SEDAÇÃO EM BLOCO CIRURGICO	R\$ 500,00
DIDROCELECTOMIA-HIDROCELE	R\$ 500,00
BARTOLINECTOMIA	R\$ 500,00
PERINEOPLASTIA	R\$ 500,00
RETIRADA CISTO OVARIO	R\$ 500,00
CISTO PILONIDAL	R\$ 500,00
MIOMECTOMIA	R\$ 500,00
RETIRADA PÓLIPO ENDOMETRIO	R\$ 500,00
RUPTURA DE PROCEDIMENTO OPERATÓRIO	R\$ 500,00
PROLAPSO GENITAL	R\$ 500,00
HEMORROIDECTOMIA	R\$ 500,00
COLPERINEOPLASTIA ANTERIOR	R\$ 500,00
CISTO TIREOGLISSO/BRANQUIAL	R\$ 1.000,00
CRIPTORQUIDIA	R\$ 1.000,00
HERNIA	R\$ 1.000,00
HERNIA PEDIATRICA	R\$ 1.000,00
HISTERECTOMIA	R\$ 1.000,00
LAPAROTOMIA	R\$ 1.000,00
OOFOROCTOMIA	R\$ 1.000,00
ORQUIDOPEXIA	R\$ 1.000,00
COLECISTECTOMIA	R\$ 1.000,00
VASECTOMIA	R\$ 311,69
LAQUEADURA TUBARIA	R\$ 311,69
CAF	R\$ 443,60
PEQUENAS CIRURGIAS	R\$ 250,00

Lúcia Moreno
Advogada
OAB/PE 146588

