

SEGUNDO TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE LOCAÇÃO, QUE ENTRE SI CELEBRAM O HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO- HTRI REGIONAL AFOGADOS DA INGAZEIRA E A EMPRESA LUMIX HEALTHCARE 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 CPF nº 122.850.644-20, residente e domiciliado na Rua Carlos Pessoa Monteiro, 197, aptº 102, Bairro Casa Caiada/ Olinda/PE, doravante denominado **LOCATÁRIO**, e o outro lado a **EMPRESA LUMIX HEALTHCARE LTDA, RUA PARANÁ, 107, SALA 42, FAZENDINHA, SANTANA DE PARNAÍBA, SP**, inscrita no CNPJ sob nº **48.146.804/0001-20**, por seu representante legal, doravante denominada **LOCADORA**, tem justo e acordado o presente contrato de locação, 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 **LOCADORA** de instalação e locação com serviços de manutenção de **01 equipamento FCR PRIMA T2, 01 CONSOLE PRIMA, 02 CASSETES + IP 35x 43 cms para RAIOS X e 03 cabos**, por mais 12 meses.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO PREÇO E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

2.1. Pela locação, o **LOCATÁRIO** pagará à **LOCADORA** valor mensal de **R\$ 2.500,00 (dois mil e quinhentos reais)**, mediante apresentação da Nota Fiscal/Fatura devidamente atestada pelo Setor Competente do **LOCATÁRIO**.

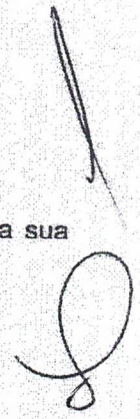
2.2. O pagamento correspondente ao objeto deste Contrato, será efetuado preferencialmente através de crédito em conta corrente no **BANCO SANTANDER** ou qualquer instituição bancária indicada pela **LOCADORA** em até 30 (trinta) dias do recebimento da Nota Fiscal atestada. Para fazer jus ao pagamento, 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 de 12 (doze) meses, contado da data da sua assinatura, podendo ser renovado, mediante Termo Aditivo.


Lúcia Moreno
Advogada
OAB/PE 14658



CLÁUSULA QUARTA – DA RATIFICAÇÃO

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

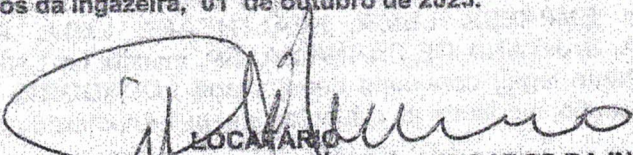
CLÁUSULA QUINTA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

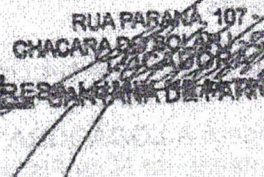
Os casos omissos serão resolvidos pelas partes contratantes, de comum acordo.

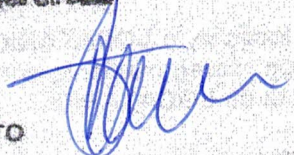
E por estarem justos e acordados, as partes assinam o presente termo em 03(três) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas ao final nomeadas e assinadas.

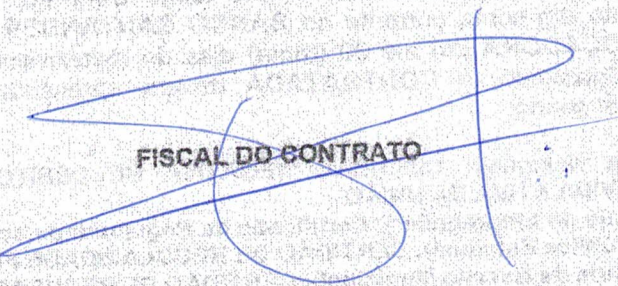
As partes elegem o foro da Comarca de Olinda/PE, para dirimir qualquer dúvida relativa ao presente instrumento, renunciando de logo a quaisquer outros por mais privilegiado que seja.

Afogados da Ingazeira, 01 de outubro de 2025.

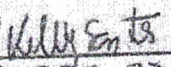

LOCATÁRIO
HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO/HTRI – REGIONAL AFOGADOS DA INGAZEIRA
OLINDA/MENDONÇA BRASILEIRO
48.146.804/0001-20


LUMIX HEALTHCARE LTDA
RUA PARANA, 107 - SALA 42
CHACARA DE BOA VISTA - CEP: 06.530-025
EMPRESA DE RESPONSABILIDADE LIMITADA


GESTOR DO CONTRATO


FISCAL DO CONTRATO

Testemunhas


CPF: 010.182.789.72

CPF:


Lúcia Moreno
Advogada
OAB/PE 14658