

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 CENTRO MÉDICO FREI DAMIÃO DE BOZANO LTDA, NA FORMA E CONDIÇÕES QUE ESTIPULAM.

HOSPITAL DO TRICENTENÁRIO/ HTRI REGIONAL AFOGADOS DA INGAZEIRA, com endereço à [REDACTED] [REDACTED] 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. [REDACTED] e inscrito no [REDACTED] residente e domiciliado na Rua Carlos Pessoa Monteiro, 107, apt. 102, Bairro [REDACTED] doravante denominado **CONTRATANTE**, e o outro lado **EMPRESA CENTRO MÉDICO FREI DAMIÃO DE BOZANO LTDA**, estabelecida na [REDACTED] inscrita no CNPJ sob nº 50.393.402/0001-71, por seu representante legal **ANTONIO DE PADUA DE MELLO VIEIRA**, brasileiro, casado, médico, portador do [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 alteração do contrato, para inclusão de outros serviços médicos e valores, no Hospital Regional Emília Câmara.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO PREÇO E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

2.1. Pela realização das atividades contratadas, objeto deste contrato, 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 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: seguir valores da Tabela em Anexo

Lúcia Moreno
Advogada
OAB/PE 14653

8
BM

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
POLIPLECTOMIA	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
CISTOCÉLE/ 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\$1000,00
CISTO TIREOGLISSE/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\$ 250,00

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 Moreira
Advogada
OAB/PE 14603

[Assinatura]

2.1.2. Pelas evoluções realizadas na enfermaria cirúrgica, será devido o valor de:

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 FEDE-RAIS 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.

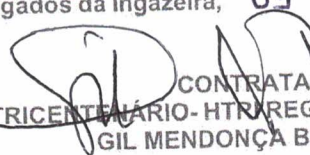
CLÁUSULA QUARTA – DA RATIFICAÇÃO

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 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 **ABRIL** de 2025.


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


CONTRATADA
EMPRESA CENTRO MÉDICO FREI DAMIÃO DE BOZANO LTDA
ANTONIO DE PÁDUA DE MELLO VIEIRA


GESTOR DO CONTRATO


FISCAL DO CONTRATO

Testemunhas:

1.


Lúcia Moreno
Advogada
OAB/PE 14653

