

QUARTO 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. nº [REDACTED] e inscrito no CPF sob o nº [REDACTED], residente e domiciliado em Olinda/PE, doravante denominado **CONTRATANTE**, e o outro lado **EMPRESA MASTERMED PE III GESTÃO MÉDICA LTDA**, com sede à [REDACTED]

[REDACTED], 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 [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 exclusão de serviços médicos, do Hospital Regional Emília Câmara. (Supervisão em Ginecologia e Obstetrícia (GO) e Supervisão em Residência Médica no HTRI Regional de Afogados da Ingazeira, com valor mensal de R\$ 5.000,00 (cinco mil reais).

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 o valor de R\$ 50,00 (cinquenta reais) por paciente evoluído.

Lúcia Moreno
Advogada
OAB/PE 14658

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.

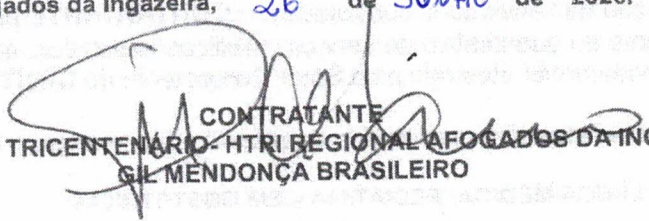
CLÁUSULA QUARTA – DA RATIFICAÇÃO

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

CLÁUSULA QUINTA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

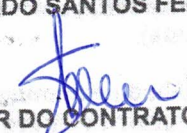
Os casos omissos serão resolvidos pelas partes contratantes, de comum acordo.
E por estarem justos e acordados, as partes assinam o presente instrumento em 03(três) vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas ao final nomeadas e assinadas.
As partes elegem o foro da Comarca de Olinda/PE, para dirimir qualquer dúvida relativa ao presente termo, renunciando de logo a quaisquer outros por mais privilegiado que seja.

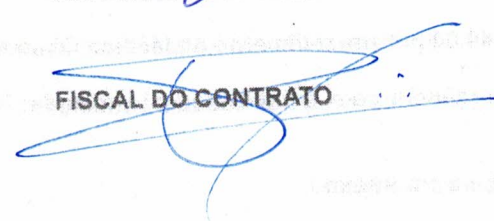
Afogados da Ingazeira, 26 de JUNHO de 2026.


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

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

MASTERMED PE III
GESTAO MEDICA
LTDA:5235512700
0127
Assinado de forma digital
per MASTERMED PE III
GESTAO MEDICA
LTDA:52355127000127
Dados: 2026.07.09 08:15:58
-03'00"


GESTOR DO CONTRATO


FISCAL DO CONTRATO

Testemunhas:

1.

2.


Lucila Brito
Advogada
OAB/PE 14658

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
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\$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\$ 250,00

Lúcia Moreno
Advogada
OAB/PE 14658

