

HDT

Hospital Estadual de Doenças Tropicais
Dr. Anubir Aued



SES
Secretaria de
Estado de
Saúde



TERCEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 016/2020 DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS PROFISSIONAIS EM URGÊNCIA E EMERGÊNCIA PARA ATENDIMENTO DE PACIENTES PEDIÁTRICOS

Terceiro Termo Aditivo ao contrato nº 016/2020 de prestação de serviços, que firmam as partes adiante qualificadas e bem representadas, nos termos e condições seguintes:

INSTITUTO SÓCRATES GUANAES - ISG, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 03.969.803/0003-31, com endereço na Avenida Olinda, S/N, Qd. H-4, Lt. 01 ao 03, Park Lozandes, CEP 74.884-120, Goiânia, Goiás, organização social gestora do Hospital Estadual de Doenças Tropicais - HDT, Goiânia-GO, em razão do Contrato de Gestão nº 091/2012, firmado com o Estado de Goiás, por intermédio da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás, neste ato representado, nos termos do Regimento Interno, aprovados pelo Conselho de Administração, por seu Diretor Financeiro, Ernesto Stangueti, inscrito no CPF/MF sob o nº 846.816.088-15 e RG sob o nº 7652154 e seu Diretor Técnico e Operacional, Marco Aurélio de Magalhães Pereira, inscrito no CPF sob o nº 041.447.147-48 e RG sob o nº 56.098.189-2 denominada **CONTRATANTE**, e;

IDMED ATENDIMENTO MÉDICO LTDA, pessoa jurídica de direito privado, inscrito no CNPJ sob o nº 36.887.709/0001-06, com sede na Rua C 249 – número 100 – aptº. 802, Nova Suíça, Goiânia – GO, CEP 74.280-140, neste ato representado por Luciana Barbosa Leite, inscrito no CPF 010.217.861-52 e carteira de identidade 4557002 DGCP-GO, brasileira, médica, solteira, residente e domiciliado na à Rua C-249, nº 100, apartamento 802, Setor Nova Suíça, Goiânia – GO, CEP. 74.280-140, e Luiza Assad Terra, brasileira, solteira, médica, inscrito no CPF 033.818.851-70 e carteira de identidade 2667180 SSP-DF, brasileiro, médico, solteira, residente e domiciliado na à Rua C-249, nº 100, apartamento 802, Setor Nova Suíça, Goiânia – GO – CEP. 74.280-140, doravante denominada **CONTRATADA**;

Considerando, que as partes firmaram o Contrato de Prestação de serviço em 12/05/2020;

Considerando, que as partes firmaram o 1º Aditivo de prorrogação e reajuste contratual em 12/05/2021;

Considerando, que as partes firmaram o 2º Aditivo de prorrogação por mais 12 meses em 13/05/2022;

Considerando, que a **CONTRATANTE** entende como satisfatório o serviço ofertado pela **CONTRATADA** junto ao Hospital Estadual de Doenças Tropicais – HDT/ISG;

Vistos	1ª Testemunha	2ª Testemunha	3ª Testemunha	4ª Testemunha	Contratada	Contratante 1 MAP	Contratante 2 ES
	<i>[assinatura]</i>	<i>[assinatura]</i>	<i>[assinatura]</i>	<i>[assinatura]</i>			

HOSPITAL ESTADUAL DE DOENÇAS TROPICAIS - AVENIDA CONTORNE, S/N, JARDIM BELA VISTA - GOIÂNIA - CEP: 74.053-120 - TELEFONE: (35) 02 320.13019.

HDTHospital Estadual de Doenças Tropicais
Dr. Anuar AuedSES
Secretaria de
Estado da
Saúde

Considerando, que os serviços, ora citados, são imprescindíveis para garantir a funcionalidade e bom andamento da Unidade Hospitalar visando o bem maior que é a vida dos pacientes do HDT;

As partes decidem celebrar o presente aditivo, em conformidade com o processo administrativo nº 050/2023, mediante as cláusulas e condições a seguir ajustadas:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO ADITIVO – DA ALTERAÇÃO DO PRAZO

1.1. As partes resolvem retificar o item 4.1. da cláusula quarta do Contrato nº 0016/2020, de Prestação de Serviços médicos em urgência e emergência pediátrica na unidade de pronto socorro do Hospital Estadual de Doenças Tropicais – HDT, que passa a vigorar da seguinte redação:

“CLÁUSULA QUARTA – DO PRAZO E DO REGIME DE EXECUÇÃO

4.1. O presente termo aditivo terá vigência por um período de 12 (doze) meses, iniciando-se em 14/05/2023 e finalizando em 14/05/2024, condicionado à vigência do Contrato de Gestão nº 091/2012, celebrado entre a CONTRATANTE e a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.”

CLÁUSULA SEGUNDA – DO ADITIVO – DE REAJUSTE DO PREÇO

2.1. Com base na cláusula Quarta, retificar o item 5.1 do contrato de prestação de serviços nº 016/2020, que passará a ter a seguinte redação:

CLÁUSULA QUARTA – DO PREÇO

O valor mensal para o prestação de serviços médicos, profissionais em urgência e emergência para atendimento de pacientes Pediátricos por demanda para o Hospital Estadual de Doenças Tropicais - HDT referente ao contrato de gestão do ISG, objeto do presente contrato, sofrerá reajuste de 1.86% passando os valores por cada plantão de acordo com a tabela abaixo:

DESCRIÇÃO	Qtd.	VALOR DE CADA PLANTÃO
-----------	------	-----------------------

Vistos	1ª Testemunha	2ª Testemunha	3ª Testemunha	4ª Testemunha	Contratada	Contratante 1 MAP	Contratante 2 ES
--------	---------------	---------------	---------------	---------------	------------	----------------------	---------------------

HOSPITAL ESTADUAL DE DOENÇAS TROPICAIS - Avenida Conselheiro, s/nº, Jardim Bela Vista - Goiânia - CEP: 74.255-120 - Telefones: +55 62 3201.3619.

DESCRIÇÃO	Qtd.	VALOR DE CADA PLANTÃO
PLANTÃO PRESENCIAL DE 12 HORAS DIURNO (07:00 ÀS 19:00 HORAS) DE SEGUNDA A SEXTA FEIRA – NO PS PEDIÁTRICO - MÉDICO ESPECIALISTA CRM-GO.	01	R\$ 1.975,42 (Hum mil novecentos e setenta e cinco reais e quarenta e dois centavos)
PLANTÃO PRESENCIAL NOTURNO DE 12 HORAS (19:00 ÀS 07:00 HORAS) DE SEGUNDA A SEXTA FEIRA – NO PS PEDIÁTRICO - MÉDICO ESPECIALISTA CRM-GO.	01	R\$ R\$ 1.975,42 (Hum mil novecentos e setenta e cinco reais e quarenta e dois centavos)
PLANTÃO PRESENCIAL DIURNO DE 12 HORAS (07:00 ÀS 19:00 HORAS) SABADO, DOMINGO E FERIADO – NO PS PEDIÁTRICO - MÉDICO ESPECIALISTA CRM-GO.	01	R\$ R\$ 1.975,42 (Hum mil novecentos e setenta e cinco reais e quarenta e dois centavos)
PLANTÃO PRESENCIAL NOTURNO DE 12 HORAS (19:00 ÀS 07:00 HORAS) SABADO, DOMINGO E FERIADO – NO PS PEDIÁTRICO - MÉDICO ESPECIALISTA CRM-GO.	01	R\$ R\$ 1.975,42 (Hum mil novecentos e setenta e cinco reais e quarenta e dois centavos)
PLANTÃO PRESENCIAL MATUTINO DAS (07:00 ÀS 13:00 HORAS) SEGUNDA A DOMINGO – NO PS PEDIÁTRICO - MÉDICO ESPECIALISTA CRM-GO.		R\$ 987,72 (Novecentos e oitenta e sete reais e setenta e dois centavos)
PLANTÃO PRESENCIAL VESPERTINO DAS (13:00 ÀS 19:00 HORAS) SEGUNDA A DOMINGO – NO PS PEDIÁTRICO - MÉDICO ESPECIALISTA CRM-GO.		R\$ 987,72 (Novecentos e oitenta e sete reais e setenta e dois centavos)

CLÁUSULA TERCEIRA – DO ADITIVO DA RATIFICAÇÃO


Vistos	1º Testemunha	2º Testemunha	3º Testemunha	4º Testemunha	Contratada	Contratante 1 MAP	Contratante 2 ES
--------	---------------	---------------	---------------	---------------	------------	----------------------	---------------------




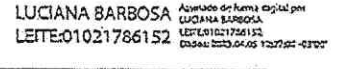
3.1. As partes concordam com a manutenção, confirmação e ratificação das demais cláusulas dispostas no Contrato de prestação de serviços 016/2020, em tudo que não contrarie as alterações ora estabelecidas neste Termo.

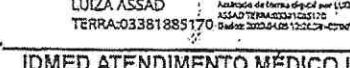
E por estarem justos e acordados, as partes, bem como as testemunhas, assinam o presente instrumento.

Goiânia, 30 de março de 2023.

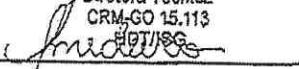
1. 
INSTITUTO SÓCRATES GUANAES-ISG
CNPJ: 03.969.808/0003-31
Ernesto Stanguet
Diretor Financeiro

2. 
INSTITUTO SÓCRATES GUANAES-ISG
CNPJ: 03.969.808/0003-31
Marco Aurélio de Magalhães Pereira
Diretor Técnico e Operacional

1. 
LUCIANA BARBOSA Avenida de firma digital por LUCIANA BARBOSA LEITE:01021786152 Data: 2023.04.05 12:07:51 -0300
LEITE:01021786152
IDMED ATENDIMENTO MÉDICO LTDA
CNPJ: 36.887.709/0001-06
Luciana Barbosa Leite

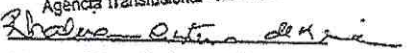
2. 
LUIZA ASSAD Avenida de firma digital por LUIZA ASSAD TERRA:03381885170 Data: 2023.04.05 12:02:38 -0300
TERRA:03381885170
IDMED ATENDIMENTO MÉDICO LTDA
CNPJ: 36.887.709/0001-06
Luiza Assad Terra

Testemunhas:

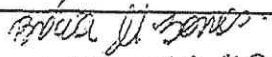
Dra. Karina Borges de Medeiros
Diretora Técnica
CRM-GO 15.113


Nome:
CPF:




Rhaicie Cristina de Melo Lima
CRBM-GO 1291
Coordenação do Laboratório
Agência Transfusional - HDT/ISG


Nome: Rhaicie Cristina de Melo Lima
CPF: 652263971-91

Breia Moreira Barros
Coordenadora Financeira e Custos
CPA 16572
HDT/ISG

Nome: 
CPF: 029.815.535-42


Nome: Igor Guimarães
Gerente Administrativo
HDT/ISG
CPF:

Vistos	1ª Testemunha 	2ª Testemunha	3ª Testemunha 	4ª Testemunha 	Contratada	Contratante 1 MAP	Contratante 2 ES
--------	---	---------------	---	---	------------	----------------------	---------------------