



QUINTO TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 018/2020 DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS RADIOLÓGICOS E DE IMAGEM DO HOSPITAL ESTADUAL DE DOENÇAS TROPICAIS – HDT.

Quinto Termo Aditivo ao contrato nº 018/2020 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 03.969.808/0003-31, com endereço na Avenida Deputado Jamel Cecílio, nº 3310, sala 104, Bairro Jardim Goiás, Goiânia/GO, CEP: 74.810-907, 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 Estatuto Social, 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 7652124 e sua Diretora Técnica-Operacional Thayse Cristina Barreto Tavares de Souza, inscrita no CPF sob o nº 944.612.795-53 e RG sob o nº 05159341-60, denominada **CONTRATANTE**, e;

RTD SOLUÇÕES EM IMAGEM LTDA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 22.142.812/0001-04, com sede na Rua 3, nº 1.022, Andar 16º, Sala 1.601, Setor Oeste, Goiânia/GO – CEP: 74.115-050, neste ato representada por **Renato de Almeida Santos Silva**, brasileiro, divorciado, contador, portador da cédula de identidade 3.762.622, expedida pela SSP/GO, inscrito no CPF sob nº 908.345.001-59, residente e domiciliado na Rua SB 3, quadra 12, lote 9, Residencial Porta do Sol I, Goiânia/GO – CEP: 74.884-613, doravante denominada **CONTRATADA**.

Considerando, que as partes firmaram o Contrato de Prestação de serviço em 27/05/2020 com vigência a partir de 01 de junho de 2020;

Vistos	1ª Testemunha	2ª Testemunha	3ª Testemunha	4ª Testemunha	Contratada	Contratante 1	Contratante 2
HOSPITAL ESTADUAL DE DOENÇAS TROPICAIS - Avenida Contorno, s/nº, Jardim Bela Vista - Goiânia - CEP 74.853-120 - Telefones: +55 62 3201.3619							



HDT
Hospital Estadual de
Doenças Tropicais
Dr. Anuar Aued

SES
Secretaria de
Estado de
Saúde



Considerando, que as partes firmaram o 1º aditivo de prorrogação contratual e readequação e alteração do fiscal em 31/05/2021;

Considerando, que as partes firmaram o 2º aditivo para alteração de endereço da contratada em 21/09/2021;

Considerando, que as partes firmaram o 3º aditivo de prorrogação e reajuste contratual em 01/06/2022;

Considerando, que as partes firmaram o 4º aditivo de prorrogação e reajuste contratual em 01/06/2023

Considerando, que o prazo do contrato de prestação de serviços radiológicos e de imagem está encerrando, se verificou a necessidade de prorrogação por mais 12 (doze) meses do referido contrato;

Considerando, que houve manifestação por parte da **CONTRATADA** pelo reequilíbrio contratual;

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

As partes decidem celebrar o presente aditivo, em conformidade com o processo administrativo nº 113/2024, mediante as cláusulas e condições a seguir ajustadas:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DA PRORROGAÇÃO DO PRAZO

1.1. As partes resolvem prorrogar o prazo do item 4.1 da Cláusula Quarta do Contrato de prestação de serviços radiológicos e de imagem nº 018/2020, que passa a vigorar com a seguinte redação:

Vistos	1ª Testemunha	2ª Testemunha	3ª Testemunha	4ª Testemunha	Contratada	Contratante 1	Contratante 2
HOSPITAL ESTADUAL DE DOENÇAS TROPICAIS - Avenida Contorno, s/nº, Jardim Boa Vista - Goiânia - CEP 74.853-120 - Telefone: +55 62 3201.3619							



“CLÁUSULA QUARTA – DO PRAZO E DO REGIME DE EXECUÇÃO

4.1.O Serviço, objeto deste Contrato tem prazo de 12 (doze) meses, iniciando em 01/06/2024 e finalizando-se em 31/05/2025. 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 PREÇO

2.1.As partes resolvem alterar o item 5.1 da Cláusula Quinta do Contrato de prestação de serviços radiológicos e de imagem nº 018/2020, que passa a vigorar com a seguinte redação:

“CLÁUSULA QUINTA – PREÇO

5.1. Pela execução do serviço objeto deste Contrato, a **CONTRATANTE** pagará à **CONTRATADA** o valor mensal de **R\$ 195.232,16 (cento e noventa e cinco mil, duzentos e trinta e dois reais e dezesseis centavos)**, e o valor variável por exame realizado conforme tabela abaixo dos seguintes:

Modalidade	Vlr Unitário
Tomografia Computadorizada	R\$ 67,08
Raios-x	R\$ 7,33
Ultrassonografia	R\$ 51,31
Ecocardiografia	R\$ 122,16
Fibroscan	R\$ 305,44
TOTAL ESTIMADO	R\$ 105.854,62

Handwritten signature

Vistos	1ª Testemunha	2ª Testemunha	3ª Testemunha	4ª Testemunha	Contratada	Contratante 1	Contratante 2
HOSPITAL ESTADUAL DE DOENÇAS TROPICAIS					- Avenida Contorno, s/nº, Jardim Bela Vista - Goiânia - CEP 74.653-120 - Telefones		+55 62 3201.3619



CLÁUSULA TERCEIRA – DA RATIFICAÇÃO

3.1. As partes concordam com a manutenção, confirmação e ratificação das demais cláusulas dispostas no Contrato de prestação de serviços nº 018/2020, em tudo que não contrarie as alterações ora estabelecidas neste Termo.

E por estarem justos e acordados, as partes assinam o presente instrumento, com a ciência das testemunhas abaixo, que também assinam.

Goiânia, 01 de junho de 2024.

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

2. _____
INSTITUTO SÓCRATES GUANAES-ISG
CNPJ: 03.969.808/0003-31
Thayse Cristina Barreto Tavares de Souza
Diretora Técnica-Operacional

1. _____
RTD SOLUÇÕES EM IMAGEM LTDA
CNPJ: 22.142.812/0001-04
RENATO DE ALMEIDA SANTOS SILVA
CPF sob nº 908.345.001-59

1ª Testemunha _____
Nome: **Carolina Stival**
CPF: **Supervisora de Contratos**
HDT/ISG

2ª Testemunha _____
Nome: **Andressa Rafaela R. Carneiro**
CPF: **Supervisora Financeiro**
HDT/ISG

3ª Testemunha _____
Nome: **Dra. Karina Borges de Medeiros**
CPF: **Diretora Técnica**
CRN-GO 15.113
HDT/ISG

4ª Testemunha _____
Nome: **Antonio Jorge Maciel**
CPF: **Diretor Executivo**
HDT/ISG

Vistos	1ª Testemunha	2ª Testemunha	3ª Testemunha	4ª Testemunha	Contratada	Contratante 1	Contratante 2
HOSPITAL ESTADUAL DE DOENÇAS TROPICAIS - Avenida Contorno, s/nº, Jardim Bela Vista - Goiânia - CEP: 74.853-120 - Telefone: +55 62 3201.3619							