



HDT
Hospital Estadual de
Doenças Tropicais
Dr. Anuar Auad

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



PRIMEIRO ADITIVO AO CONTRATO Nº 001/2024 DE PRESTAÇÃO CONTINUADA DE SERVIÇOS MÉDICOS NA ESPECIALIDADE DE DERMATOLOGIA DO HOSPITAL ESTADUAL DE DOENÇAS TROPICAIS – HDT

**PRIMEIRO ADITIVO
CONTRATUAL Nº 001/2024
DE PRESTAÇÃO DE
SERVIÇOS QUE ENTRE SI
CELEBRAM AS PARTES
BAIXO QUALIFICADAS:**

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, CEP 74.810-907, Bairro Jardim Goiás, Goiânia/GO, 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 7652154 e sua Diretora Técnica e 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;**

BRUNA ALARCON DERMATOLOGIA E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA, pessoa jurídica de direito privado, registro do CNPJ sob o nº, 43.097.969/0001-35 com sede na Rua Antonio Augusto do Carmo, QD D, Lt 08, Sala 01, Centro, Inhumas, Goiás, CEP 75400-573, cujo telefone/Whatsapp é (62) 98310-5728, neste ato representada por Bruna Santana Alarcon de Oliveira, brasileira, médica, casada, titular da carteira de identificação RG nº 4865329 SSP-GO, inscrita no CPF sob o nº 733.390.591-87, endereço de e- mail bruna.s.alarcon@gmail.com, residente e domiciliada na Av. Cristo Rei, Qd. 114, Lt. 17, nº 692, Setor Jaó, Goiânia, Goiás, CEP 74673-030, cujo telefone/whatsapp é (62) 98240-4198, doravante denominada **CONTRATADA;**

| | | | | | | | |
|---------------|--|---|---|---------------------|--|------------------|------------------|
| Vistos | ^{1ª} Testemunha <i>CS</i> | ^{2ª} Testemunha <i>BMB</i> | ^{3ª} Testemunha <i>VSP</i> | <i>[Assinatura]</i> | ^{PS} Contratada <i>[Assinatura]</i> | Contratante 1 | Contratante 2 |
|---------------|--|---|---|---------------------|--|------------------|------------------|

Esse documento foi assinado por Carolina Stival Crosara, Brécia Moreira Barros, Antônio Jorge Almeida Maciel e Vivian Siqueira Furtado Passos. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validade/4Y7ER-XJHZ6-T59KQ-5AF88>





HDT
Hospital Estadual de
Doenças Tropicais
Dr. Anuar Auad

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



Considerando que as partes firmaram em 18/01/2024, mediante as cláusulas e condições a seguir ajustadas.

Considerando a necessidade de prorrogação contratual para que as formalidades impostas ao **CONTRATANTE** sejam atendidas, em virtude das exigências do Poder Público a ele vinculado;

Considerando que ambas as partes mantêm a sua concordância com as cláusulas e condições ajustadas;

RESOLVEM as Partes, de comum acordo e na melhor forma de Direito, celebrar o presente Aditivo ao contrato de prestação de serviços nº 300/2024, que será regulado pelas seguintes cláusulas e condições, que reciprocamente se outorgam e aceitam.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO PRAZO

1.1 Pelo presente termo aditivo, as partes resolvem prorrogar a vigência do contrato nº 001/2024 pelo prazo de 12 (doze) meses, **iniciando em 31 de janeiro de 2025 e finalizando em 30 de janeiro de 2026**, podendo ser prorrogado por igual e sucessivo período, limitando-se a vigência total do prazo de 60 (sessenta) meses, 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 – DA RATIFICAÇÃO

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

| | | | | | | | |
|---------------|---|---|---|---------------------|-----------------|-------------------------|-------------------------|
| Vistos | ^{1ª} Testemunha <i>CSC</i> | ^{2ª} Testemunha <i>BMB</i> | ^{3ª} Testemunha <i>VSP</i> | <i>[Assinatura]</i> | Composta | Contratante 1 | Contratante 2 |
|---------------|---|---|---|---------------------|-----------------|-------------------------|-------------------------|

Esse documento foi assinado por Carolina Stival Crosara, Brécia Moreira Barros, Antônio Jorge Almeida Maciel e Vivian Siqueira Furtado Passos. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validate/4Y7ER-XJHZ6-T59KQ-5AF88>





HDT
Hospital Estadual de
Doenças Tropicais
Dr. Anuar Auad

SES
Secretaria de
Estado da
Saúde



2.2. E por estarem justos e acordados, as Partes assinam o presente instrumento em duas vias de igual teor e forma, na presença das testemunhas abaixo, que também assinam.

Goiânia, 18 de dezembro de 2024

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

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

DocuSigned by:
Bruna S. Alarcon de Oliveira
73554F8EA6C44BC...

BRUNA ALARCON DERMATOLOGIA E SERVIÇOS MÉDICOS LTDA
CNPJ: 43.097.969/0001-35
Por Bruna Santana Alarcon de Oliveira

Testemunhas

Assinado eletronicamente por:
Carolina Stival Crosara
CPF: ***.906.081-**
Data: 23/12/2024 08:31:29 -03:00



1ª _____
Nome
CPF

Assinado eletronicamente por:
Brécia Moreira Barros
CPF: ***.815.535-**
Data: 23/12/2024 08:41:01 -03:00



2ª _____
Nome
CPF

Assinado eletronicamente por:
Vivian Siqueira Furtado Passos
CPF: ***.113.511-**
Data: 23/12/2024 15:28:18 -03:00



3ª _____
Nome
CPF

Assinado eletronicamente por:
Antônio Jorge Almeida Maciel
CPF: ***.605.175-**
Data: 23/12/2024 14:36:51 -03:00



4ª _____
Nome
CPF

| | | | | | | | |
|---------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------------|------------------|------------------|
| Vistos | <i>CS</i> 1ª Testemunha | <i>BMB</i> 2ª Testemunha | <i>VSP</i> 3ª Testemunha | <i>[assinatura]</i> a | <i>[assinatura]</i> Contratada | Contratante 1 | Contratante 2 |
|---------------|----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|--------------------------|-----------------------------------|------------------|------------------|

Esse documento foi assinado por Carolina Stival Crosara, Brécia Moreira Barros, Antônio Jorge Almeida Maciel e Vivian Siqueira Furtado Passos. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validate/4Y7ER-XJHZ6-T59KQ-5AF88>

