

SEGUNDO TERMO ADITIVO DO CONTRATO Nº 020/2023 DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS NA ESPECIALIDADE EM DERMATOLOGIA.

2º Termo Aditivo ao contrato nº 020/2023 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, 3310, sala 104, Jardim Goiás, CEP 74.810-907, Goiânia, Goiás, organização social gestora do Hospital Estadual de Doenças Tropicais - HDT, 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 e do Regulamento de Compras e Contratação de Serviços do ISG, 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-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;

CENTRO MÉDICO YARA CAETANO LTDA, pessoa jurídica de direito privado, inscrito no CNPJ sob o nº, 46.442.990/0001-19 com sede na Rua T-4, Nº 1340, Sala 103, Quadra 162, Lote 06-08, Setor Bueno, Goiânia – GO; CEP: 74.230-030, neste ato representada por Yara Alves Caetano, brasileira, médica, solteira inscrita no CRM/GO nº 20123 portadora da Carteira de Identidade nº 5161078 SPTC/GO e CPF. 036.204.621-27, residente na Rua T-37, Nº 2798, Apartamento 1504; Setor Bueno, Goiânia – GO; CEP: 74.230-022, endereço eletrônico yara_caetano2015@hotmail.com, telefone (62) 9 9218-6010, doravante denominada **CONTRATADA**;

Considerando, que as partes firmaram o Contrato de Prestação de serviço em 14/08/2023;

Considerando, que as partes firmaram o 1º termo aditivo iniciando em 14 de agosto de 2024 e finalizando em 13 de agosto de 2025;

Considerando, que as partes decidem celebrar o presente aditivo de prorrogação por mais 12 (doze) meses e reajustar **9,96%** em conformidade com o processo administrativo nº 116/2025, mediante as cláusulas e condições a seguir ajustadas:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO ADITIVO – DA ALTERAÇÃO DO PRAZO

1.1. O presente termo aditivo terá vigência por um período de **12 (doze) meses**, iniciando em **15 de agosto de 2025 e finalizando em 14 de agosto de 2026**, condicionado à vigência do Contrato de Gestão nº 091/2012, celebrado entre a **CONTRATANTE** e a Secretaria de Estado da Saúde de Goiás.”

Vistos	1ª Testemunha	2ª Testemunha	3ª Testemunha	4ª Testemunha	Contratada Goiânia - CEP: 74.853-120 - Telefones: +55 62 3201.3619.	Contratante 1	Contratante 2
---------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	-------------------------	---	-------------------------	-------------------------

CLÁUSULA SEGUNDA – DO PREÇO

2.1 Pela execução do serviço objeto do Contrato, a **CONTRATANTE** pagará à **CONTRATADA**, mediante depósito o valor de **R\$ 7.020,00 (sete mil e vinte reais) por mês**.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO ADITIVO - DA RATIFICAÇÃO

2.1. As partes concordam com a manutenção, confirmação e ratificação das demais cláusulas dispostas no Contrato de prestação de serviços 020/2023, 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, 03 de julho de 2025.

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

Yara Alves Caetano
CENTRO MÉDICO YARA CAETANO LTDA
CNPJ sob o nº, 46.442.990/0001-19
Por Yara Alves Caetano

Testemunhas:

Nome:

CPF:

Nome:

CPF:

Nome:

CPF:

Nome:

CPF:

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.