

**TERMO ADITIVO Nº 04
CONTRATO HUGO 017/2014**

CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS

O **INSTITUTO GERIR**, por sua filial, inscrito no CNPJ nº 14.963.977/0010-00, Associação sem fins lucrativos, qualificado como Organização Social pelo Estado de Goiás pelo Decreto nº nº 7.611/2012, localizado na Avenida Primeira Radial, Anexo da Diretoria do Hospital de Urgências de Goiânia/HUGO, Setor Pedro Ludovico, CEP 74.820-300, Goiânia/GO, neste ato representado por seu Presidente, Eduardo Reche de Souza, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF/MF sob o nº 273.192.168-41 e RG sob o nº 25.244.616-1; SSP/SP, doravante denominada **CONTRATANTE**, e de outro lado, **Instituto Trindade de Anestesiologista Ltda**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 16.672.823/0001-01, estabelecida na Rua T-37, nº 2.962, Quadra 123, Lote 13, Setor Bueno, CEP:74.230-025, Goiânia, Goiás, neste ato representada pelo seu sócio e responsável legal: **Dr. Juliano dos Reis Freitas Costa**, brasileiro, solteiro, médico, inscrito no CPF/MF sob o nº 907.455.661-20, portador do nº RG/C.I de nº 3603052, SSP-GO e CRM/GO de nº 12.967, residente e domiciliada na Rua 12, nº 12, Quadra K-6, Lote 36/40, Apartamento 604, Setor Oeste, Goiânia, Goiás, CEP: 74.140-050 e **Dr. Vicente Paulo Gontinjo**, brasileiro, solteiro, médico, inscrito no CPF/MF sob o nº 060.239.216-04, portador do nº RG/C.I de nº 7852904, SSP-MG e CRM/GO de nº 17.276, residente e domiciliada na Rua 20, nº 12, Quadra 42, Lote 35/37, Apartamento 502, Setor Central, Goiânia, Goiás, CEP: 74.020-170, doravante denominada **CONTRATADA**, firmam o presente aditivo, com fulcro no Manual de Compras, mediante as cláusulas e condições seguintes:


1. As partes acima qualificadas firmaram em 29 de abril de 2014, o presente CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE ANESTESIOLOGIA no Hospital de Urgências de Goiânia – HUGO; e
2. Considerando a abertura de nova filial da CONTRATANTE, o preâmbulo do presente contrato passar a vigorar, a partir desta data, com a seguinte redação:

Onde se lê:

“CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS

O **Instituto Gerir**, Associação sem fins lucrativos, inscrito no CNPJ sob o nº **14.963.977/0001-19**, qualificado como Organização Social pelo Estado de Goiás pelo Decreto nº nº 7.611/2012, com endereço na Rua 89, Qd.F29, Lt.58, S/nº, Setor Sul, CEP 74.093-140, Goiânia (GO), neste ato representado por seu Presidente, Eduardo Reche de Souza, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF/MF sob o nº 273.192.168-41 e RG sob o nº 25.244.616-1; SSP/SP, doravante denominada **CONTRATANTE**, e de outro lado, **Instituto Trindade de Anestesiologista Ltda**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 16.672.823/0001-01, estabelecida na Rua T-37, nº 2.962, Quadra 123, Lote 13, Setor Bueno, CEP:74.230-025, Goiânia, Goiás, neste ato representada pelo seu sócio e responsável legal: **Dr. Juliano dos Reis Freitas Costa**, brasileiro, solteiro, médico, inscrito no CPF/MF sob o nº 907.455.661-20, portador do nº RG/C.I de nº 3603052, SSP-GO e CRM/GO de nº 12.967, residente e domiciliada na Rua 12, nº 12, Quadra K-6, Lote 36/40, Apartamento 604, Setor Oeste, Goiânia, Goiás, CEP: 74.140-050 e **Dr. Vicente Paulo Gontinjo**, brasileiro, solteiro, médico, inscrito no CPF/MF sob o nº 060.239.216-04, portador do nº RG/C.I de nº 7852904, SSP-MG e CRM/GO de nº 17.276, residente e domiciliada na Rua 20, nº 12, Quadra 42, Lote 35/37, Apartamento 502, Setor Central, Goiânia, Goiás, CEP: 74.020-170, doravante

J

vsash 

denominada **CONTRATADA**, firmam o presente contrato, com fulcro no Manual de Compras, mediante as cláusulas e condições seguintes:"

Passa-se a ler:

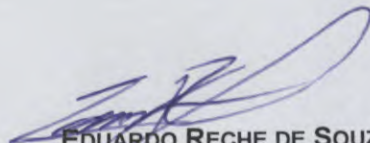
"CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS

O **INSTITUTO GERIR**, por sua filial, inscrito no CNPJ nº **14.963.977/0010-00**, Associação sem fins lucrativos, qualificado como Organização Social pelo Estado de Goiás pelo Decreto nº 7.611/2012, localizado na Avenida Primeira Radial, Anexo da Diretoria do Hospital de Urgências de Goiânia/HUGO, Setor Pedro Ludovico, CEP 74.820-300, Goiânia/GO, neste ato representado por seu Presidente, **Eduardo Reche de Souza**, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF/MF sob o nº 273.192.168-41 e RG sob o nº 25.244.616-1; SSP/SP, doravante denominada **CONTRATANTE**, e de outro lado, **Instituto Trindade de Anestesiologista Ltda**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 16.672.823/0001-01, estabelecida na Rua T-37, nº 2.962, Quadra 123, Lote 13, Setor Bueno, CEP:74.230-025, Goiânia, Goiás, neste ato representada pelo seu sócio e responsável legal: **Dr. Juliano dos Reis Freitas Costa**, brasileiro, solteiro, médico, inscrito no CPF/MF sob o nº 907.455.661-20, portador do nº RG/C.I de nº 3603052, SSP-GO e CRM/GO de nº 12.967, residente e domiciliada na Rua 12, nº 12, Quadra K-6, Lote 36/40, Apartamento 604, Setor Oeste, Goiânia, Goiás, CEP: 74.140-050 e **Dr. Vicente Paulo Gontinjo**, brasileiro, solteiro, médico, inscrito no CPF/MF sob o nº 060.239.216-04, portador do nº RG/C.I de nº 7852904, SSP-MG e CRM/GO de nº 17.276, residente e domiciliada na Rua 20, nº 12, Quadra 42, Lote 35/37, Apartamento 502, Setor Central, Goiânia, Goiás, CEP: 74.020-170, doravante denominada **CONTRATADA**, firmam o presente contrato, com fulcro no Manual de Compras, mediante as cláusulas e condições seguintes:"

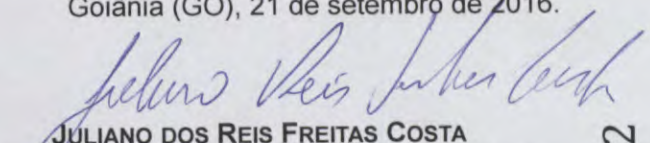
3. Fica acordado entre as partes que qualquer comunicação administrativa ou judicial somente terá validade quando encaminhada para o seguinte endereço: Rua 89, Qd. F29, Lt. 58, nº 526, Setor Sul, CEP 74093-140, Goiânia/GO.
4. Ficam ratificadas todas as demais cláusulas e condições do instrumento particular ora alterado.

E por estar assim justo e avençado, firmam o presente Termo Aditivo em 03 (três) vias, na presença de 2 (duas) testemunhas, que passa vigorar na data de sua assinatura.

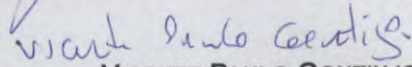
Goiânia (GO), 21 de setembro de 2016.



EDUARDO RECHE DE SOUZA
INSTITUTO GERIR



JULIANO DOS REIS FREITAS COSTA
INSTITUTO TRINDADE DE ANESTESIOLOGISTA LTDA



VICENTE PAULO GONTINJO
INSTITUTO TRINDADE DE ANESTESIOLOGISTA LTDA

TESTEMUNHAS

NOME:
CPF:

NOME:
CPF: