

**TERMO ADITIVO Nº 02
CONTRATO HUGO 019/2014**

O Instituto de Gestão em Saúde – 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 7.611/2012, com sede 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 Central Independente de Anestesiologia Ltda, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ/MF de nº: 12.667.251/0001-03, com sede estabelecida na Rua 284, nº 30, Quadra 56, Lote 04, Setor Coimbra, CEP:74.533-350, Goiânia, Goiás, neste ato representada pelo seu sócio e responsável legal: Dr.Marcelo Vieira da Silva, brasileiro, solteiro, médico responsável técnico pela empresa junto ao CREMEGO, inscrito no CPF/MF sob o nº 007.179.876-55, portador do nº RG/C.I de nº 3468274, SSP-GO e CRM/GO de nº 8.901, residente e domiciliado na Avenida São João, Lote 01/03, Quadra 09, Condomínio Residencial Manson apartamento 2.402, Setor Alto da Glória, CEP:74.815-700, Goiânia, Goiás, Dr. Jadir Camilo de Faria Filho, brasileiro, casado, médico, inscrito no CPF/MF sob o nº 366.185.270-15, portador do nº RG/C.I de nº 308106 / 2ª Via, DGPC-GO, residente e domiciliado na Rua 284, nº 30, Quadra 56, Lote 04, Setor Coimbra, CEP:74.533-350, Goiânia, Goiás, Dr. Giovanni Justiniano Ribeiro Santos, brasileiro, casado, médico, inscrito no CPF/MF sob o nº 510.201.491-91, portador do nº RG/C.I de nº 1884014 / 2ª Via, SSP-GO, residente e domiciliado na Rua 1028, nº 131, Quadra 56, Apartamento 904, Edifício Antônio Potero, Setor Pedro Ludovico, Goiânia, Goiás, CEP:74.823-130, Dra.Lucia Celina Caamano Camilo de Faria, brasileira, casada, médica, inscrita no CPF/MF sob o nº 509.074.921-34, portadora da Identidade Estrangeira de nº V024919-X, permanente expedida pela CGPI/DIREX/DPF, inscrita no CRM/GO sob o nº 5.391, residente e domiciliada na Rua 284, nº 30, Quadra 56, Lote 04, Setor Coimbra, CEP: 74.533-350, Goiânia, Goiás e Dr. MAURICIO CAMILO DE FARIA, brasileiro, Solteiro, odontólogo, inscrito no CPF/MF sob o nº 025.628.911-55, portador do nº RG/C.I de nº 3524822, SSP-GO, residente e domiciliado Rua 284, nº 30, Quadra 56, Lote 04, Setor Coimbra, CEP: 74.533-350, Goiânia, Goiás, doravante denominada **CONTRATADA**, firmam o presente contrato, com fulcro no Manual de Compras, mediante as cláusulas e condições seguintes:

1. As partes acima qualificadas firmaram em 09 de junho de 2014, o presente CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS DE ANESTESIOLOGIA DO HOSPITAL DE URGÊNCIAS DE GOIÂNIA – HUGO; e
2. Considerando ter havido interesse recíproco, entre o CONTRATANTE e a CONTRATADA, de continuar a prestação de serviços, a cláusula 8ª, subitem 8.1, do presente contrato, passará, a partir desta data, a prevalecer com a seguinte redação:

“CLÁUSULA OITAVA – DA VIGÊNCIA

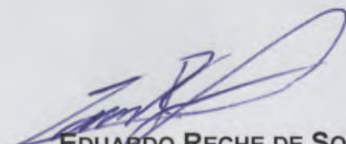
8.1. A referida contratação considera-se prorrogada pelo prazo de 12 (doze) meses, com termo inicial em 01.05.2015 e termo final em 01.05.2016, podendo ser prorrogado, por meio de aditivo.”

3. Ficam ratificadas todas as demais cláusulas e condições do instrumento particular ora alterado.

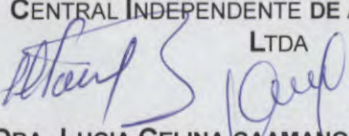
Giovanni *Marcelo* *Jadir* *Lucia* *Mauricio*

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), 30 de abril de 2015.

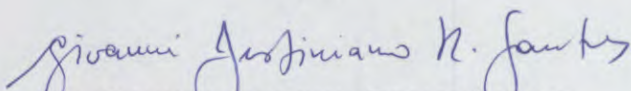


EDUARDO RECHE DE SOUZA
INSTITUTO GERIR

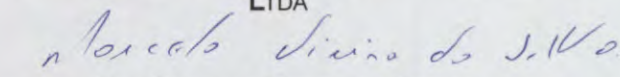


DR. JADIR CAMILO DE FARIA FILHO
CENTRAL INDEPENDENTE DE ANESTESIOLOGIA
LTDA

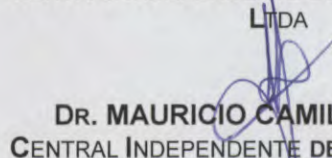
DRA. LUCIA CELINA CAAMANO CAMILO DE FARIA
CENTRAL INDEPENDENTE DE ANESTESIOLOGIA
LTDA



DR. GIOVANNI JUSTINIANO RIBEIRO SANTOS
CENTRAL INDEPENDENTE DE ANESTESIOLOGIA
LTDA



DR. MARCELO VIEIRA DA SILVA
CENTRAL INDEPENDENTE DE ANESTESIOLOGIA
LTDA



DR. MAURICIO CAMILO DE FARIA
CENTRAL INDEPENDENTE DE ANESTESIOLOGIA
LTDA

TESTEMUNHAS

NOME:
CPF:

NOME:
CPF: