

**7º ADITAMENTO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS  
HPSDRAA 011.2019**

**CONTRATANTE**

|                      |  |
|----------------------|--|
| <b>NOME</b>          | <b>INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO – INDSH</b> |
| <b>FILIAL</b>        | HOSPITAL DELPHINA RINALDI ABDEL AZIZ                                 |
| <b>CNPJ/MF</b>       | 23.453.830/0022-02   |
| <b>REPRESENTANTE</b> | José Carlos Rizoli – Presidente                                      |

**CONTRATADA**

|                      |                                       |
|----------------------|---------------------------------------|
| <b>NOME</b>          | <b>GEM SERVIÇOS MÉDICOS LTDA - ME</b> |
| <b>CNPJ/MF</b>       | 21.194.313/0001-06                    |
| <b>REPRESENTANTE</b> | Maitê Bonfim Nogueira Silveira        |

As partes já qualificadas no Contrato acima identificado, para a prestação de serviço médicos para a realização de ULTRASSONOGRAFIA, datado de 01/04/2019, resolvem aditá-lo conforme segue:

**CLAÚSULA PRIMEIRA** – O presente aditivo visa a inclusão dos serviços profissionais para a realização de exames e emissão de laudos de ultrassonografia com doppler colorido de aorta e vasos ilíacos, ultrassonografia com doppler colorido de aorta abdominal, ultrassonografia com doppler colorido artérias renais, ultrassonografia com doppler colorido de ilíacos 3 vasos, ultrassonografia com doppler colorido de enxerto renal ambulatorial, UTI, internados e urgências para para pacientes de pré e pós transplante renal, conforme tabela abaixo:

| ITEM                         | SERVIÇOS   | VALOR UNITÁRIO | QUANTIDADE MENSAL | VALOR TOTAL          |
|------------------------------|--|----------------|-------------------|----------------------|
| 1                            | Equipe médica sobreaviso para o tranplante renal + exame de ultrassonografia com doppler + laudo médico.   | R\$ 1.680,00   | 10                | R\$ 16.800,00        |
| 2                            | Equipe Administrativa + equipe médica para o transplante renal (ambulatorial / SISREG) + exame de ultrassonografia com dopples colorido + laudo médico | R\$ 380,00     | 10                | R\$ 3.800,00         |
| 3                            | Equipe Administrativa + equipe médica para o transplante renal (urgência e internado) + exame de ultrassonografia com dopples colorido + laudo médico  | R\$ 450,00     | 10                | R\$ 4.500,00         |
| <b>VALOR ESTIMADO MENSAL</b> |  |                |                   | <b>R\$ 25.100,00</b> |

**CLÁUSULA SEGUNDA –** A CONTRATADA passará a executar os serviços em sua totalidade conforme tabelas a seguir:

| ITEM             | DESCRIÇÃO DO SERVIÇO   | VALOR UNITÁRIO | QUANTIDADE MENSAL | VALOR TOTAL           |
|------------------|--|----------------|-------------------|-----------------------|
| 1                | Equipe administrativa + equipe médica + laudo médico do exame de ultrassonografia geral e ultrassonografia de articulação ambulatorial (SISREG)                    | R\$ 66,87      | 3926              | R\$ 262.531,62        |
| 2                | Equipe administrativa + equipe médica + laudo médico do exame de ultrassonografia com doppler ambulatorial (SISREG)  | R\$133,74      | 1000              | R\$ 133.740,00        |
| 3                | Equipe administrativa + equipe médica + laudo médico do exame de ultrassonografia geral e articulação uti, internação (agendados para realização em loco ou setor) | R\$ 133,87     | 100               | R\$ 13.387,00         |
| 4                | Equipe administrativa + equipe médica + laudo médico do exame ultrassonografia com doppler uti, internação agendados para realização em loco ou setor)             | R\$ 267,48     | 100               | R\$ 26.748,00         |
| 5                | Equipe administrativa + equipe médica + laudo médico do exame ultrassonografia geral urgência  | R\$ 250,00     | 100               | R\$ 25.000,00         |
| 6                | Equipe administrativa + equipe médica + laudo médico do exame ultrassonografia com doppler urgência  | R\$ 350,00     | 100               | R\$ 35.000,00         |
| <b>SUB-TOTAL</b> |  |                |                   | <b>R\$ 496.406,62</b> |
| ITEM             | DESCRIÇÃO DO SERVIÇO   | VALOR UNITÁRIO | QUANTIDADE MENSAL | VALOR TOTAL           |
| 1                | Laudo médico do exame de holter ambulatorial (SISREG) e interno  | R\$ 65,00      | 110               | R\$ 7.150,00          |
| 2                | Laudo médico do exame de M.A.P.A. ambulatorial (SISREG) e interno  | R\$ 65,00      | 110               | R\$ 7.150,00          |
| 3                | Equipe médica + laudo médico do exame de teste ergométrico ambulatorial (SISREG) e interno   | R\$ 130,00     | 440               | R\$ 57.200,00         |
| 4                | Equipe administrativa + equipe médica + laudo médico do exame de Ecocardiograma Ambulatorial (SISREG)  | R\$ 156,00     | 400               | R\$ 62.400,00         |
| 5                | Laudo médico do exame de Eletrocardiograma Ambulatorial (SISREG)   | R\$ 32,50      | 1440              | R\$ 46.800,00         |
| <b>SUB-TOTAL</b> |  |                |                   | <b>R\$ 180.700,00</b> |


| ITEM               | DESCRIÇÃO DO SERVIÇO   | VALOR UNITÁRIO | QUANTIDADE MENSAL | VALOR TOTAL           |
|--------------------|--|----------------|-------------------|-----------------------|
| 1                  | Laudo médico do exame de prova de função pulmonar (espirometria) com ou sem bronco dilatador ambulatorial (SISREG) e interno   | R\$ 52,13      | 400               | R\$ 20.852,00         |
| 2                  | Equipe administrativa + equipe assistencial, livre demanda (enfermeiro e/ou técnico de enfermagem, conforme a demanda) para a realização dos exames de prova de função pulmonar (espirometria) com ou sem bronco dilatador ambulatorial (SISREG) e interno | R\$25.103,14   | 1                 | R\$ 25.103,14         |
| <b>SUB-TOTAL</b>   |  |                |                   | <b>R\$ 45.955,14</b>  |
| ITEM               | DESCRIÇÃO DO SERVIÇO   | VALOR UNITÁRIO | QUANTIDADE MENSAL | VALOR TOTAL           |
| 1                  | Equipe administrativa + equipe assistencial (enfermeiro e/ou técnico de enfermagem) + laudo médico do exame de eletroencefalograma na urgência   | R\$ 1.040,00   | 20                | R\$ 20.800,00         |
| 2                  | Equipe administrativa + equipe assistencial (enfermeiro e/ou técnico de enfermagem) + laudo médico do exame de eletroencefalograma (agendados para realização em loco ou setor)  | R\$ 624,00     | 20                | R\$ 12.480,00         |
| 3                  | Laudo médico do exame de eletroencefalograma ambulatorial (SISREG)   | R\$ 72,00      | 400               | R\$ 28.800,00         |
| 4                  | Equipe administrativa + equipe assistencial, livre demanda (enfermeiro e/ou técnico de enfermagem, conforme a demanda) para a realização dos exames de eletroencefalograma ambulatorial (SISREG)   | R\$34.200,00   | 1                 | R\$ 34.200,00         |
| <b>SUB-TOTAL</b>   |  |                |                   | <b>R\$ 96.280,00</b>  |
| ITEM               | DESCRIÇÃO DO SERVIÇO   | VALOR UNITÁRIO | QUANTIDADE MENSAL | VALOR TOTAL           |
| 1                  | Equipe médica sobreaviso para o transplante renal + exame de ultrassonografia com doppler + laudo médico.  | R\$ 1.680,00   | 10                | R\$ 16.800,00         |
| 2                  | Equipe Administrativa + equipe médica para o transplante renal (ambulatorial / SISREG) + exame de ultrassonografia com dopples colorido + laudo médico   | R\$ 380,00     | 10                | R\$ 3.800,00          |
| 3                  | Equipe Administrativa + equipe médica para o transplante renal (urgência e internado) + exame de ultrassonografia com dopples colorido + laudo médico  | R\$ 450,00     | 10                | R\$ 4.500,00          |
| <b>SUB-TOTAL</b>   |  |                |                   | <b>R\$ 25.100,00</b>  |
| <b>TOTAL GERAL</b> |  |                |                   | <b>R\$ 844.441,76</b> |

**CLÁUSULA TERCEIRA – DO VALOR MENSAL** - Estima-se o limite máximo mensal a ser pago a CONTRATADA no valor de **R\$ 844.441,76 (Oitocentos e quarenta e quatro mil quatrocentos e quarenta e um reais e setenta e seis centavos)** mensais, que será realizado mediante a apresentação das evidências, com vigência a partir de 05/06/2023.

**CLÁUSULA QUARTA – DA EMISSÃO DA NOTA FISCAL** - Para a prestação de serviços de transplantes, a emissão de nota fiscal deverá ser realizada separadamente dos demais serviços do contrato primitivo.


Permanecem inalteradas as demais cláusulas contratuais.

Manaus, 05 de junho de 2023

Assinado digitalmente por:  
JOSE CARLOS RIZOLI  
CPF: \*\*\*.893.228-\*\*  
Certificado emitido por AC Certisign RFB G5  
Data: 21/09/2023 09:50:27 -03:00 

**INSTITUTO NACIONAL DE DESENVOLVIMENTO SOCIAL E HUMANO**


José Carlos Rizoli  
CONTRATANTE

Assinado eletronicamente por:  
Maite Bonfim Nogueira Silveira  
CPF: \*\*\*.122.072-\*\*  
Data: 21/09/2023 15:42:26 -04:00 


**GEM SERVIÇOS MÉDICOS LTDA - ME**

Maitê Bonfim Nogueira Silveira  
CONTRATADO

Testemunhas:

1. Assinado eletronicamente por:  
Jefferson Pinto Barbosa Junior  
CPF: \*\*\*.666.172-\*\*  
Data: 21/09/2023 08:50:46 -04:00 

Nome  
CPF

2. Assinado eletronicamente por:  
Icaro Roberto Correia Cabral  
CPF: \*\*\*.089.862-\*\*  
Data: 21/09/2023 16:02:07 -04:00 

Nome  
CPF



## MANIFESTO DE ASSINATURAS



Código de validação: H5R8G-678HQ-R3P7V-KWLT4

Esse documento foi assinado pelos seguintes signatários nas datas indicadas (Fuso horário de Brasília):

- ✓ JOSE CARLOS RIZOLI (CPF **\*\*\*.893.228-\*\***) em 21/09/2023 09:50 - Assinado com certificado digital ICP-Brasil
- ✓ Jefferson Pinto Barbosa Junior (CPF **\*\*\*.666.172-\*\***) em 21/09/2023 09:50 - Assinado eletronicamente

|  |                             |
|--|-----------------------------|
| Endereço IP                                  | Geolocalização              |
| 45.236.241.154                               | Não disponível              |
| Autenticação                                 | jefferson.chzn@indsh.org.br |
| Email verificado                             |                             |
| xIHJpLB2VpAiUaAfimerxBzOU+919UxeaQ/uy+QYldo= |                             |
| SHA-256                                      |                             |

- ✓ Maite Bonfim Nogueira Silveira (CPF **\*\*\*.122.072-\*\***) em 21/09/2023 16:42 - Assinado eletronicamente

|  |  |
|--|--|
| Endereço IP<br>191.26.136.194  | Geolocalização<br>Lat: -3,042975      Long: -59,982912<br>Precisão: 4 (metros) |
| Autenticação      gemservicosmedicos@outlook.com<br>Email verificado |  |
| OfFjREV7Xa3/K25LTIIZYVGIjOwCG1N36dkLN0PRGag=                         |  |
| SHA-256  |  |

✓ Icaro Roberto Correia Cabral (CPF \*\*\*.089.862-\*\*) em 21/09/2023 17:02 -  
Assinado eletronicamente

|   |   |
|---|---|
| Endereço IP<br>189.40.109.191                                 | Geolocalização<br>Lat: -3,058239      Long: -60,006990<br>Precisão: 35 (metros) |
| Autenticação      icarocorreia@icloud.com<br>Email verificado |   |
| 2idM0VkBMD3PMrOoESaRN6XqSzFKASIRd0pbhJecKI=                   |   |
| SHA-256   |   |

Para verificar as assinaturas, acesse o link direto de validação deste documento:

<https://portal.digiforte.com.br/validate/H5R8G-678HQ-R3P7V-KWLT4>

Ou acesse a consulta de documentos assinados disponível no link abaixo e informe o código de validação:

<https://portal.digiforte.com.br/validate>