

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

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

Endereço IP	Geolocalização
189.40.109.191	Lat: -3,058239      Long: -60,006990 Precisão: 35 (metros)
Autenticação	icarocorreia@icloud.com
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>