

TERMO ADITIVO
N.12/2019/12/02

Termo aditivo ao Contrato de Prestação de Serviços Especializados que entre si celebram o Instituto Brasileiro de desenvolvimento de administração Hospitalar – IBDAH e CLÍNICA MÉDICA MED PLAN LTDA.

INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO DA ADM. HOSPITALAR – IBDAH, inscrito no CNPJ sob o n 07.267.476/0010-23, estabelecida à Avenida Brasil, n. 62, Box 09, Centro, CEP: 53.525-790, Abreu e Lima – PE, neste ato representado por seus representantes ou procuradores legalmente constituídos, doravante denominado **CONTRATANTE**, e **CLÍNICA MÉDICA MED PLAN LTDA**, inscrito no CNPJ/MF sob o n. 12.183.268/0001-95, estabelecido à Rua Alberto Barreto, 05, sala 104, Centro, CEP: 54.110-080, Jaboatão dos Guararapes-Pernambuco, neste ato representado por **ANA CLAUDIA CIPRIANO DE SOUZA**, brasileira, separada, contadora, inscrita no CPF sob o n. 668.012.144-20 e **FERNANDO MARQUES LUCENA**, brasileiro, casado, médico, inscrito no CPF sob o n. 166.837.224-04, doravante denominada **CONTRATADA**, têm ajustado celebrar o presente TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS de comum acordo e mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO PREÇO

O CONTRATADO passará a receber a partir de 01/04/2023, a quantia abaixo discriminada pelos serviços efetivamente prestados:

Itens	DESCRIÇÃO	VALOR
1.	Serviços médico em ENDOCRINOLOGIA de segunda a sexta-feira	R\$ 165,00 (por hora)

CLÁUSULA SEGUNDA - DA RATIFICAÇÃO DAS CLÁUSULAS

Ficam ratificadas as demais cláusulas e condições estabelecidas no contrato inicial, firmado entre as partes.

E, para firmeza e validade do que foi pactuado, lavrou-se o presente termo aditivo em 02 (duas) vias de igual teor e forma, para que surtam um só efeito, as quais, depois de lidas, são assinadas pelos representantes das partes, **CONTRATADA E CONTRATANTE**, e pelas testemunhas abaixo.

Abreu e Lima (PE), 01 de abril de 2023.

**INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO DA ADMINISTRAÇÃO
HOSPITALAR - IBDAH
CONTRATANTE**

**CLÍNICA MÉDICA MED PLAN LTDA
CONTRATADA**

Testemunhas

RG:
CPF:

RG:
CPF: