

**TERMO ADITIVO**  
**N. 11/2018/12/06**

**IBDAH-INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO DA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR**, 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 – Pernambuco, neste ato representado por seus representantes ou procuradores legalmente constituídos, doravante denominado **CONTRATANTE** e, de outro lado figurando como **CONTRATADA, 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 Sra. **ANA CLAUDIA CIPRIANO DE SOUZA**, brasileira, separada, contadora, inscrita no CPF sob o n.º. 668.012.144-20 e Sr. **FERNANDO MARQUES LUCENA**, brasileiro, casado, médico, inscrito no CPF sob o n. 166.837.224-04, vem celebrar o presente **TERMO ADITIVO** passando a sujeitar-se às seguintes cláusulas:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO**

O presente termo aditivo tem como objeto a retificação da razão social da **CONTRATANTE**, passando a ser considerado, a partir de **01.07.2024** conforme segue abaixo:

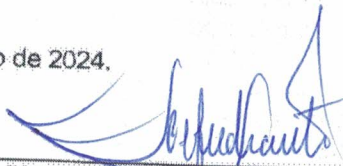
**INSTITUTO DE GESTÃO ALIANÇA – IGA**, inscrito no CNPJ sob o n. 07.267.476/0010-23, estabelecida à Avenida Brasil, n. 62, Box 09, Centro, CEP: 53.525-790, Abreu e Lima – Pernambuco, neste ato assinado por seus representantes e/ou procuradores legais, doravante denominado **CONTRATANTE**

**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 e pelas testemunhas abaixo.

Abreu e Lima (PE), 01 de julho de 2024.



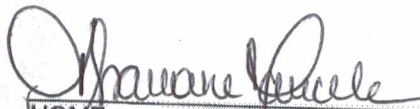
**INSTITUTO BRASILEIRO DE DESENVOLVIMENTO DA ADMINISTRAÇÃO HOSPITALAR - IBDAH**  
**CONTRATANTE**



**CLÍNICA MÉDICA MED PLAN LTDA**  
**CONTRATADA**

**TESTEMUNHAS:**

NOME:  
CPF:



NOME:  
CPF: 86228700805