

PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS

SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE COMBATE AO CÂNCER, na condição de Gestora do **HOSPITAL DA MULHER DO AGRESTE**, associação civil sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob n.º 10.894.988/0011-05, com endereço na Avenida José Marques Fontes, nº 1451, Bairro de Vassoural, Município de Caruaru, Estado de Pernambuco, neste ato representada pela Superintendente Geral das Unidades Sob Gestão, Sra. isabela Coutinho, doravante denominada simplesmente “**CONTRATANTE**”; e

ERILLAINY ROBERTA SOARES SILVA MEDICINA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob n.º 60.363.885/0001-15, com sede na R QUINTINO BOCAIUVA, 265, APT 703, MAURICIO DE NASSAU, CARUARU-PE, CEP 55.012-140, neste ato representada na forma do seu Contrato Social, doravante denominada simplesmente “**CONTRATADA**”, firmam o presente termo Aditivo ao Contrato de Prestação de Serviços Médicos, assinado em 12 de agosto de 2025.

CLÁUSULA 1ª - OBJETO

1.1. As partes resolvem acrescentar ao objeto contratual a prestação de serviços de acompanhamento médico e evolução clínica de pacientes internados no Hospital da Mulher do Agreste, em regime de turnos diários (manhã, tarde, noite), de segunda-feira a domingo, bem como a realização consultas de pré natal de alto risco, em quantitativo estimado de 1000 (mil) consultas mensais e ainda consultas de ginecologia, em quantitativo estimado de 880 (oitocentas e oitenta) consultas mensais, conforme horários e dias previamente acordados entre CONTRATANTE E CONTRATADA. Assim, a cláusula 1.1 do Contrato, passa a ter a seguinte redação, a contar de 24 de novembro de 2025:

1.1. O objeto do presente contrato é a prestação de serviços médicos pela CONTRATADA à CONTRATANTE, na especialidade de tocoginecologista, em regime de plantão de 12 (doze) horas e/ou plantão de 24 (vinte e quatro) horas em dias úteis ou durante os finais de semana, diurno e/ou noturno, bem como serviços de acompanhamento médico e evolução clínica de pacientes internados no Hospital da Mulher do Agreste, em regime de turnos diários (manhã, tarde, noite), de segunda-feira a domingo, bem como a realização consultas de pré natal de alto risco, em quantitativo estimado de 1000 (mil) consultas mensais e ainda consultas de ginecologia, em quantitativo estimado de 880 (oitocentas e oitenta) consultas mensais conforme horários e dias previamente acordados, a serem realizados na unidade CONTRATANTE (“Serviços”).

1.2 Em razão da inclusão acima, as partes resolvem ajustar e incluir as seguintes cláusulas ao contrato, que passam a ter as seguintes redações:

1.1.3. *Estima-se o quantitativo aproximado de 1000 (mil) consultas de pré natal de alto risco e 880 (oitocentas e oitenta) consultas de ginecologia, a serem realizadas mensalmente, mas os valores serão pagos conforme efetiva produção e comprovação.*

1.1.4 - *Nos dias em que forem agendadas consultas de pré-natal de alto risco para a CONTRATADA, será realizado o pagamento, mínimo, referente a 15 (quinze) procedimentos fixos, no valor unitário de R\$ 60,00 (sessenta reais), totalizando, assim, R\$ 900,00 (novecentos reais).*

1.1.4.1 - *Caso a CONTRATADA realize mais consultas de pré-natal de alto risco, no dia, do que o quantitativo previsto na cláusula anterior, será acrescido o valor correspondente a cada consulta, observando o valor unitário.*

(...)

1.4 *Os profissionais médicos da empresa CONTRATADA poderão atuar no ambulatório e na Emergência Obstétrica, do Centro de Parto Normal/ Pré- parto, Alojamento Conjunto, Enfermaria Alto Risco, Bloco Obstétrico, UTI Adulto, UTI Neonatal e UCI Neonatal da CONTRATANTE.*

(...)

2.5 *A empresa a ser Contratada deve garantir que seus profissionais médicos acatem as orientações das comissões de Revisão de Prontuários e SCIH, conforme resolução do CFM, bem como que participem das reuniões ordinárias e/ou extraordinárias quando convidados, principalmente por parte das comissões de: Análise de Óbitos, Núcleo de Segurança do Paciente, Comissão de Farmácia e terapêutica e Comissão de Controle de Infecção Hospitalar.*

2.6 *A empresa a ser Contratada deve garantir que seus profissionais mantenham comunicação constante e efetiva com o(a) médico(a) de plantão do HMA, de forma a deixar*



lo(a) plenamente ciente do quadro clínico dos pacientes que ficarão sob sua responsabilidade e que necessitam de vigilância.

(...)

4.1.1 O pagamento pelos serviços prestados será realizado conforme a produção da CONTRATADA, e o valor total será calculado considerando a quantidade de plantões e consultas executados pela CONTRATADA e atestados pela coordenação médica da CONTRATANTE.

4.2 Para fins de pagamento, a CONTRATANTE enviará, mensalmente, à CONTRATADA, até o quinto dia útil do mês subsequente, um relatório com a descrição de todos os plantões e consultas realizados pela CONTRATADA no mês anterior (“Relatório de Produção”), para que esta proceda com a emissão da Nota Fiscal dos serviços prestados. Se forem constatados equívocos no Relatório, a CONTRATADA poderá indicá-los e, de forma fundamentada, solicitar a sua retificação para fins de pagamento.”

1.3 - Em razão da inclusão disposta na cláusula 1.1, as partes resolvem alterar a cláusula 4.1, do contrato, em razão dos valores a serem pagos pela prestação dos novos serviços:

CLAUSULA 4ª - PREÇO E FORMA DE PAGAMENTO

4.1. Pelos serviços descritos na Cláusula 1ª, a CONTRATANTE pagará à CONTRATADA os seguintes valores:

- a) R\$ 40,00 (quarenta reais) por evolução médica realizada de segunda a sexta-feira, no setor de Alojamento Conjunto;
- b) R\$ 50,00 (cinquenta reais) por evolução médica realizada de sábado, domingo e feriados, no setor de Alojamento Conjunto;
- c) R\$ 50,00 (cinquenta reais) por evolução médica realizada de segunda a sexta, no setor Canguru;
- d) R\$ 60,00 (sessenta reais) por evolução médica realizada de sábado, domingo e feriados, no setor Canguru;
- e) R\$ 50,00 (cinquenta reais) por evolução médica realizada de segunda a sexta, no setor da Enfermaria de Alto Risco;
- f) R\$ 60,00 (sessenta reais) por evolução médica realizada de sábado, domingo e feriados, no setor da Enfermaria de Alto Risco.

g) R\$1.738,75 (mil, setecentos e trinta e oito reais e

setenta e cinco centavos), por plantão de 12 (doze) horas realizado



durante a semana;

h) R\$1.878,00 (mil, oitocentos e setenta e oito reais) por plantão de 12 (doze) horas realizado nos finais de semana;

i) R\$3.477,50 (três mil, quatrocentos e setenta e sete reais e cinquenta centavos) por plantão de 24 (vinte e quatro) horas realizado durante a semana;

j) R\$3.756,00 (três mil, setecentos e cinquenta e seis reais) por plantão de 24 (vinte e quatro) horas realizado nos finais de semana

k) R\$ 60,00 (sessenta reais) por cada consulta de pré -natal de alto risco;

l) R\$ 50,00 (cinquenta reais) por cada consulta de ginecologia

CLÁUSULA SEGUNDA - DAS RATIFICAÇÕES

2.1 - Permanecem inalteradas e em pleno vigor todas as demais disposições do Contrato e termos aditivos que não tenham sido alteradas ou modificadas por este instrumento no todo ou em parte.

E, por estarem justas e contratadas, as Partes, perante as testemunhas abaixo, assinam o presente instrumento, para que produza todos os efeitos de direito.

Recife/PE, 19/12/2025

HOSPITAL DA MULHER DO AGRESTE
Isabela Coutinho
Superintendente Geral das Unidades sob Gestão
CONTRATANTE

ERILLAINY ROBERTA SOARES SILVA MEDICINA.
CONTRATADA

TESTEMUNHAS

RG:
CPF:

RG:
CPF:

ANEXO I

TERMO DE RESPONSABILIDADE E DE CONHECIMENTO DE NORMAS E ROTINAS DA UNIDADE

EMPRESA CONTRATADA

Razão Social: ERILLAINY ROBERTA SOARES SILVA

MEDICINA. CNPJ:60.363.885/0001-15

Endereço da Sede: R QUINTINO BOCAIUVA, 265, APT 703, MAURICIO DE NASSAU, CARUARU-PE, CEP 55.012-140

Responsável Legal: ERILLAINY ROBERTA SOARES SILVA

CPF 

MÉDICO PRESTADOR DE SERVIÇO

Nome:ERILLAINY ROBERTA SOARES SILVA

CRM: 32423 PE

Endereço Profissional: R QUINTINO BOCAIUVA, 265, APT 703, MAURICIO DE NASSAU, CARUARU-PE, CEP 55.012-140

CLÁUSULAS E CONDIÇÕES

1. A **Empresa Contratada** declara que o **Médico Prestador de Serviço** acima identificado será o responsável pela prestação de serviços acompanhamento médico, realização de plantões e consultas, bem como evolução clínica de pacientes internados no Hospital da Mulher do Agreste, em regime de turnos diários (manhã, tarde, noite), de segunda-feira a domingo, conforme horários e dias previamente acordados

2. A **Empresa** e o **Médico** declaram estar cientes de todas as **normas internas, rotinas e procedimentos** estabelecidos pela Unidade, comprometendo-se a segui-los integralmente

durante a execução dos serviços.

Ambos se comprometem a **prestar os serviços com elevado padrão técnico-profissional e de qualidade**, observando integralmente os preceitos éticos e legais da profissão médica.

3. O Médico declara ciência de que sua atuação está condicionada à **participação obrigatória na Integração Institucional** promovida pela Unidade de Saúde, destinada à apresentação das normas internas, rotinas assistenciais e administrativas, protocolos de segurança do paciente, políticas de conduta e demais diretrizes institucionais. A ausência não justificada implicará a **suspensão do início das atividades**, além de outras sanções contratuais cabíveis.

4. O Médico compromete-se a participar de **100% dos treinamentos obrigatórios** promovidos ou indicados pela Contratante e, no mínimo, **80% dos treinamentos correlatos à assistência à saúde**, ainda que não diretamente vinculados à sua especialidade, reconhecendo a importância da atuação integrada e multiprofissional. O descumprimento injustificado poderá ensejar **aplicação de penalidades contratuais**.

5. Em caso de **impossibilidade de comparecimento** do Médico à Unidade, a Empresa se compromete a **indicar imediatamente profissional habilitado** para substituição, responsabilizando-se integralmente pela continuidade do serviço e pelas obrigações decorrentes dessa substituição.

6. O Médico responsabiliza-se pelo estrito cumprimento de suas obrigações legais e éticas, zelando pela **integridade dos pacientes**, mesmo que indiretamente, podendo responder **solidariamente com a Empresa** por eventuais danos ou prejuízos causados à Unidade, aos pacientes ou a terceiros.

7. O Médico declara estar ciente da obrigatoriedade de possuir **assinatura eletrônica, digital ou certificado digital** compatível com os sistemas operacionais utilizados pela Unidade.

8. A Empresa e o Médico declaram ciência e concordância com as **normas constantes no Anexo** deste Termo, responsabilizando-se por quaisquer danos decorrentes de seu descumprimento.

9. Ambas as partes reconhecem que, caso a Unidade necessite de **esclarecimentos sobre a execução dos serviços**, a Empresa será formalmente solicitada e poderá direcionar o pedido ao profissional executor, **devendo prestar as informações em tempo hábil**.

10. A Empresa e o Médico comprometem-se a **zelar pela integridade dos pacientes sob seus cuidados**, ainda que de forma indireta, podendo responder **subsidiária ou solidariamente** por quaisquer danos ou prejuízos, exceto nos casos de força maior.

11. Tendo em vista que a prestação dos serviços médicos envolve o manuseio de **documentos protegidos por sigilo profissional**, a Empresa e o Médico se obrigam a preservar a **inviolabilidade do prontuário médico**, respondendo civil, ética e legalmente por qualquer violação que venham a causar.

Recife, ____ de _____ de _____.

Médico Responsável

Representante Legal da Empresa Contratada

NORMAS DE BIOSSEGURANÇA E CONDUTA NA UNIDADE DE SAÚDE

Em observância à **NR-32 (Norma Regulamentadora do Ministério do Trabalho)** e às diretrizes internas da Unidade, ficam **vedadas as seguintes condutas por parte dos prestadores de serviço**:

- Utilizar pias de trabalho para fins diversos dos estabelecidos;
- Fumar em qualquer dependência da Unidade, incluindo estacionamento, áreas verdes, corredores, conforme **Lei Federal nº 9.294/96**;

- Utilizar adornos como anéis, pulseiras, relógios, colares, brincos, broches, piercings, cordões de crachá, etc.;
- Manusear lentes de contato nas áreas assistenciais;
- Consumir alimentos ou bebidas nos setores de trabalho;
- Armazenar alimentos em locais não destinados para esse fim;
- Utilizar calçados abertos (incluindo modelos que exponham calcanhar, dorso ou laterais dos pés).

Obrigatoriedade do Profissional de Saúde:

- Utilizar **EPI's adequados** à função;
- Manter **cabelos presos**;
- Manter **unhas curtas, limpas, naturais** e sem esmalte em desconformidade com os padrões de segurança;
- Realizar a **higienização correta das mãos**, conforme diretrizes da Anvisa/MS/Fiocruz (Protocolo de 09/07/2013);
- Utilizar **crachá de identificação** e **jaleco** durante o exercício das atividades.