

PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS Nº 026/2025

INFINITE SAÚDE HOME ASSISTÊNCIA ENFERMAGEM DOMICILIAR LTDA.

E

IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO

De um lado, **IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO**, inscrito no CNPJ sob o nº 19.324.171/0001-02, com sede na Rua Itapeva, nº 202, Conj. 33, Bela Vista, São Paulo/SP, CEP: 01332-000, e filial em Formosa-GO, à Avenida Maestro João Luis do Espírito Santo, nº 480-A, salas 203 e 204, Jardim Califórnia (CNPJ nº 19.324.171/0006-09), neste ato representado na forma do seu Estatuto Social, doravante denominado simplesmente “**CONTRATANTE**” ou “**IMED**”; e, de outro lado,

INFINITE SAÚDE HOME ASSISTÊNCIA ENFERMAGEM DOMICILIAR LTDA., inscrito no CNPJ sob o nº 35.286.751/0001-09, com sede na Rua 600, Quadra QS-5, SN, Lote 21 Loja 03, Edifício Centro Clínico Dr. Carlos Mangueira, Bairro Areal, Águas Claras, Brasília/DF, CEP: 71955-100, neste ato representada na forma de seu Contrato Social, doravante denominada simplesmente “**CONTRATADA**”.

i. Considerando que, em 3 de outubro de 2025, foi celebrado entre as Partes o Contrato de Prestação de Serviços nº 026/2025 (o “Contrato”), para fins de dar suporte às atividades de gestão desenvolvidas pelo **IMED** junto ao Hospital Estadual de Formosa – Dr. César Saad Fayad (HEF), tendo em conta que o **IMED** é a organização social responsável pelo gerenciamento, operacionalização e execução das ações e serviços de saúde da referida Unidade de Saúde, conforme Contrato de Gestão firmado com o Estado de Goiás, por intermédio de sua Secretaria de Estado de Saúde (Contrato de Gestão nº 050/2022 – SES / GO);

ii. Considerando a necessidade de alterar os dados bancários da **CONTRATADA**, descrito na Cláusula 5.6. do Contrato.

As Partes têm entre si justo e contratado firmar o presente **PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO** (o “Instrumento”), conforme termos e condições a seguir especificadas.

1. OBJETO:

1.1. Pelo presente Instrumento, as Partes alteram os dados bancários da CONTRATADA, disposto na Cláusula 5.6. do Contrato, para fins de pagamento dos serviços prestados, conforme declaração encaminhada pela CONTRATADA anexa a este Instrumento.

1.2. Em razão da alteração mencionada no item “1.1” *supra*, resta alterado a redação da Cláusula 5.6. do Contrato, passando a vigorar a redação abaixo:

*“5.6. - Todos os pagamentos à **CONTRATADA** serão feitos por meios eletrônicos para a conta bancária especificada abaixo, ou a qualquer outra conta de sua titularidade que venha a ser posteriormente informada por escrito à **CONTRATANTE**, servindo o comprovante de transferência bancária como recibo de pagamento:*

INFINITE SAÚDE HOME ASSISTÊNCIA ENFERMAGEM DOMICILIAR LTDA

CNPJ: 35.286.751/0001-09

Banco: Caixa Econômica Federal (104)

Agência: 01502

Conta Corrente: 000578237334-9

Chave PIX: (61) 98193-0200”

1.3. Ainda neste Instrumento, a CONTRATADA declara expressamente que está ciente e concorda integralmente com os termos das Políticas do IMED, disponíveis em <https://imed.org.br/compliance/>, comprometendo-se a cumpri-las em sua totalidade, assim como exigindo o cumprimento de todos os seus colaboradores e subcontratados alocados na prestação dos serviços.

1.4. A CONTRATADA declara ainda que está ciente de que eventual violação das disposições estabelecidas nas referidas Políticas, quer pela CONTRATADA, quer por quaisquer de seus colaboradores e subcontratados, sujeitará a CONTRATADA a reparar integralmente as perdas e danos causados ao IMED, sem prejuízo da possibilidade de rescisão motivada do Contrato ou da aplicação das demais penalidades previstas no Contrato.

2. DA RATIFICAÇÃO:

2.1. Permanecem inalteradas e neste ato são ratificadas pelas Partes todas as demais cláusulas e condições previstas no Contrato e em seu(s) eventual(is) Termo(s) Aditivo(s) que não tenham sido expressamente alteradas por este Instrumento. Em caso de divergência entre as

disposições previstas no Contrato ou em seu(s) eventual(is) Termo(s) Aditivo(s) e neste Instrumento, prevalecerão as disposições contidas neste Instrumento.

3. DAS DEMAIS DISPOSIÇÕES:

3.1. Este Instrumento é celebrado em caráter irrevogável e irretratável, obrigando as Partes e seus sucessores ao cumprimento do mesmo.

3.2. Não será considerada precedente, novação ou renúncia, a tolerância pelas Partes contratantes, quanto a eventuais concessões da outra Parte, relativamente às condições estabelecidas neste Instrumento.

3.3. O presente Instrumento entrará em vigor na data de sua assinatura.

E, por estarem justas e contratadas, firmam as Partes e 02 (duas) testemunhas o presente Instrumento para que produza os efeitos jurídicos desejados, reconhecendo a forma de contratação por meios eletrônicos, digitais e informáticos como válida e plenamente eficaz, ainda que seja estabelecida com a assinatura eletrônica ou certificação fora dos padrões ICP-BRASIL, conforme disposto pelo Art. 10 da Medida Provisória nº 2.200/2001 em vigor no Brasil. Sendo certo que na (i) na hipótese de assinatura eletrônica deste Instrumento, ele produzirá efeitos a partir da abaixo mencionada, independentemente da data em que for assinado pelas Partes; e (ii) na hipótese de assinatura na forma física, o Instrumento deverá ser entregue em 02 (duas) vias em igual teor e valor.

Formosa/GO, 8 de dezembro de 2025.

IMED – INSTITUTO DE MEDICINA, ESTUDOS E DESENVOLVIMENTO

INFINITE SAÚDE HOME ASSISTÊNCIA ENFERMAGEM DOMICILIAR LTDA.

Testemunhas:

1) _____

Nome:

R.G.:

C.P.F.:

2) _____

Nome:

R.G.:

C.P.F.:

DECLARAÇÃO DE ALTERAÇÃO DE DOMICÍLIO BANCÁRIO

Eu, Valdinei Valério da Silva, portador do CPF nº 669.061.649-53, representante legal da empresa Infinite Saúde Home Assistência Enfermagem Domiciliar Ltda, CNPJ: 35.286.751/0001-09, declaro para os devidos fins, que sou responsável por todas informações contidas nessa declaração.

Solicito a alteração do domicilio bancário da empresa Infinite Saúde para a seguinte conta, a partir desta data.

Banco: Caixa Econômica

Agência: 01502

Conta Corrente: 000578237334-9

Chave Pix: (61) 98193-0200

Brasília, 04 de dezembro de 2025.

VALDINEI VALERIO DA
SILVA:66906164953

Assinado de forma digital por VALDINEI
VALERIO DA SILVA:66906164953
DN: cn=VALDINEI VALERIO DA
SILVA:66906164953, c=BR, o=ICP-
Brasil, ou=Secretaria da Receita Federal
do Brasil - RFB
Dados: 2025.12.04 11:44:47 -03'00'

Valdinei Valério da Silva
Infinite Saúde Home