



**PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOINHAS
ESTADO DA BAHIA**

TERMO ADITIVO N.º 007/2026 – SEAL.

PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOINHAS
Secretaria Municipal de Administração e Inovação Tecnológica - Diretoria de Nucleo de Contratos
Declaro para atender ao que dispõe no artigo 51 parágrafo unico da Lei n.º 8.666/93 que o resumo do contrato firmado entre o Município de Alagoinhas foi publicado na Imprensa Oficial DOM em 21 / 07 / 2026
VER-13116
DIRETORIA DE NUCLEO DE CONTRATOS
(Servidor e Matrícula)

TERMO ADITIVO Nº 003 A CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA, LEGALMENTE HABILITADA COMO OPERADORA DE PLANOS DE SAÚDE, PARA PRESTAÇÃO CONTINUADA DE SERVIÇOS MÉDICOS – HOSPITALARES, AMBULATORIAL, LABORATORIAL, EXAMES COMPLEMENTARES E SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNÓSTICOS E TERAPIAS, POR INTERMÉDIO DE REDE PRÓPRIA OU CONTRATADA, NA FORMA DE PLANO PRIVADO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE (CONFORME PREVISTO NO INCISO I DO ART. 1º DA LEI Nº 9.656), COM COBERTURA REGIONAL (GRUPO DE MUNICÍPIOS) E GARANTIA DE ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM TODO TERRITÓRIO NACIONAL, NA FORMA DISCIPLINADA PELA LEI Nº 9.656, DE 03 DE JUNHO DE 1998 E SUAS ALTERAÇÕES ATRAVÉS DE MEDIDAS PROVISÓRIAS, E NORMATIVOS EXPEDIDOS PELA AGENCIA NACIONAL DE SAÚDE SUPLEMENTAR (ANS), NA FORMA DE PLANO COLETIVO EMPRESARIAL, COM REGIME DE PREÇO PRÉ-ESTABELECIDO E MÉTODO DE COPARTICIPAÇÃO, PARA ATENDER AOS SERVIDORES PÚBLICOS ATIVOS, INATIVOS E SEUS DEPENDENTES, DO MUNICÍPIO DE ALAGOINHAS - BA Nº 042/2024, FIRMADO PELO MUNICÍPIO DE ALAGOINHAS, HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA S.A.

O MUNICÍPIO DE ALAGOINHAS, Pessoa Jurídica de Direito Público Interno, com sede a Praça Graciliano de Freitas, s/n, Alagoinhas - BA, CEP: 48.000-901, inscrito no CNPJ/MF sob número 13.646.005/0001-38, neste ato representado pelo Secretário Municipal de Administração e Inovação Tecnológica, o **Sr. BRUNO NASCIMENTO SILVA**, inscrito no CPF/MF sob nº. 909.***.***-68 e portador do RG sob o nº. 0691043523 SSP/BA, doravante denominado **CONTRATANTE** e **HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA S.A.**, inscrita no CNPJ/MF sob nº 63.554.067/0001-98, com sede a Avenida Heráclito Graça, n.º 406, 2 andar, Centro, Fortaleza, Ceará, CEP: 60.140-061, representada pelo **Sr. GUSTAVO HENRIQUE ZACHARIAS RIBEIRO**, brasileiro, inscrito no CPF/MF sob o nº 263.622.***-73, portador do RG sob o nº 28185231 SSP/SP e **DANIEL SOARES CAVALCANTI**, brasileiro, advogado, inscrito na OAB/CE sob o n.º 17659 e inscrito no CPF/MF sob o n.º 920.216.***-44, doravante denominada **CONTRATADA**, ajustam a celebração do presente Termo Aditivo ao **Contrato n.º 042/2024**, firmado pelas partes aqui qualificadas em 01 de julho de 2024, nos seguintes termos:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

O presente Termo Aditivo tem por escopo reequilibrar Econômico Financeiramente o valor do referido contrato, conforme **processo administrativo n.º 7125/2026**.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO PRAZO

De acordo o art. 57, II da Lei Federal n.º 8.666/93, fica prorrogada a vigência do contrato, passando a vigorar a partir de **02 de julho de 2026** até **01 de julho de 2027**.





**PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOINHAS
ESTADO DA BAHIA**

CLÁUSULA TERCEIRA – DO REEQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO

Pelo presente termo aditivo, com fulcro no art. 65, II, "d" da Lei 8.666/93 e fundamentado na justificativa apresentada pela SEAI, reajusta-se o valor do contrato em 15,00%, resultando em um acréscimo de **R\$ 2.635.515,70 (dois milhões, seiscentos e trinta e cinco mil, quinhentos e quinze reais e setenta centavos)**, conforme autoriza Parecer Financeiro da SEAI.

CLÁUSULA QUARTA – DO VALOR DO TERMO ADITIVO APÓS REEQUILÍBRIO ECONÔMICO-FINANCEIRO

Segundo informações inseridas no PRDC (Pedido de Realização de Despesa e Contratação) pela Secretaria solicitante, o valor do Termo Aditivo após a implementação do reajuste dos preços do serviço é de **R\$ 20.205.620,36 (vinte milhões, duzentos e cinco mil, seiscentos e vinte reais e trinta e seis centavos)**.

ITEM	DESCRIÇÃO DO OBJETO	UF	QTD MÁXIMA (SERVIDORES)	VALOR UNITÁRIO APÓS IMPACTO
1	Acomodações em enfermaria	UND	2514	R\$ 599,79
2	Acomodações em apartamento	UND		R\$ 839,71

CLÁUSULA QUINTA – DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

As despesas com a execução do presente Termo Aditivo correrão à conta do orçamento vigente no Exercício/2026, do Município de Alagoinhas – Bahia, através da seguinte classificação orçamentária:

SECRETARIA	PROJETO/ATIVIDADE	ELEMENTO DE DESPESA	FONTE DE RECURSO
SEAI	2028	3.3.90.08	500

CLÁUSULA SEXTA – DA RATIFICAÇÃO

Ficam ratificadas as demais cláusulas estabelecidas no contrato referido neste Termo Aditivo, que não colidam com as disposições deste instrumento.

Por estarem justos e acordados, firmam o presente termo em 04 (quatro) vias de igual teor e forma.

Alagoinhas, 01 de julho de 2026.

Documento assinado digitalmente

DANIEL SOARES CAVALCANTI

Data: 01/07/2026 11:27:12-0300

Verifique em <https://validar.iti.gov.br>



BRUNO NASCIMENTO SILVA
SECRETÁRIO MUNICIPAL DE ADMINISTRAÇÃO E
INOVAÇÃO TECNOLÓGICA
CONTRATANTE

HAPVIDA ASSISTÊNCIA MÉDICA S.A
CONTRATADA



Certificado de Conclusão

Identificação de envelope: 33A4798A-901F-8DF0-82D0-EC4BED2460EA

Status: Enviado

Assunto: [ASSINATURA VIA DOCUSIGN] 2º T.A - PREF. ALAGOINHAS - RENOVAÇÃO E REAJUSTE CONTRATUAL

Área de Negócio: Jurídico

CNPJ:

Envelope fonte:

Documentar páginas: 2

Certificar páginas: 5

Assinatura guiada: Ativado

Selo com Envelopeld (ID do envelope): Ativado

Fuso horário: (UTC-03:00) Brasília

Assinaturas: 1

Rubrica: 0

Remetente do envelope:

Tatiane de Sousa Lima

Av. Paulista, 867

SP, SAO PAULO 01311-100

tatiane.ssousa@hapvida.com.br

Endereço IP: 163.116.233.53

Rastreamento de registros

Status: Original

29/6/2026 | 16:25

Portador: Tatiane de Sousa Lima

tatiane.ssousa@hapvida.com.br

Local: DocuSign

Eventos do signatário**Assinatura****Registro de hora e data**

Daniel Soares Cavalcanti

ID: 920.216.203-44

danielsoares@hapvida.com.br

920216203-44

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital

Detalhes do provedor de assinatura:

Tipo de assinatura: ICP-Brasil

CPF do signatário: 92021620344

Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:

Aceito: 15/6/2026 | 12:19

ID: 43db11dd-95c5-4f06-93d4-d49d259e7e41

Enviado: 29/6/2026 | 16:35

Reenviado: 1/7/2026 | 08:48

Gustavo Henrique Zacharias Ribeiro

ID: 263.622.978-73

ribeiro.gustavo@hapvida.com.br

Vice Presidente de Relações Institucionais e

Contratos Públicos

Nível de segurança: E-mail, Autenticação da conta (Nenhuma), Certificado Digital

Detalhes do provedor de assinatura:

Tipo de assinatura: ICP-Brasil

Emissor: AC Certisign RFB G5

CPF do signatário: 26362297873

Assunto: CN=GUSTAVO HENRIQUE

ZACHARIAS RIBEIRO:26362297873

Assinado por:

Gustavo Henrique Zacharias Ribeiro

27A4C557F4184AF...

Enviado: 29/6/2026 | 16:35

Visualizado: 30/6/2026 | 09:12

Assinado: 30/6/2026 | 09:16

Adoção de assinatura: Estilo pré-selecionado

Usando endereço IP: 163.116.233.201

Política de certificado:

[1]Certificate Policy:

Policy Identifier=2.16.76.1.2.3.6

[1,1]Policy Qualifier Info:

Policy Qualifier Id=CPS

Qualifier:

http://icp-brasil.certisign.com.br/repositori
o/dpc/AC_Certisign_RFB/DPC_AC_Certisign_RFB.p
df**Termos de Assinatura e Registro Eletrônico:**

Aceito: 30/6/2026 | 09:12

ID: e064f8b4-373d-40b6-ada4-9721ad6d6138

Eventos do signatário presencial**Assinatura****Registro de hora e data****Eventos de entrega do editor****Status****Registro de hora e data****Evento de entrega do agente****Status****Registro de hora e data**

Eventos de entrega intermediários	Status	Registro de hora e data
Eventos de entrega certificados	Status	Registro de hora e data
Eventos de cópia	Status	Registro de hora e data
Eventos com testemunhas	Assinatura	Registro de hora e data
Eventos do tabelião	Assinatura	Registro de hora e data
Eventos de resumo do envelope	Status	Carimbo de data/hora
Envelope enviado	Com hash/criptografado	29/6/2026 16:35
Entrega certificada	Segurança verificada	30/6/2026 09:12
Assinatura concluída	Segurança verificada	30/6/2026 09:16
Eventos de pagamento	Status	Carimbo de data/hora
Termos de Assinatura e Registro Eletrônico		



ELECTRONIC RECORD AND SIGNATURE DISCLOSURE

From time to time, Notre Dame Intermédica Saúde S/A (we, us or Company) may be required by law to provide to you certain written notices or disclosures. Described below are the terms and conditions for providing to you such notices and disclosures electronically through the DocuSign system. Please read the information below carefully and thoroughly, and if you can access this information electronically to your satisfaction and agree to this Electronic Record and Signature Disclosure (ERSD), please confirm your agreement by selecting the check-box next to 'I agree to use electronic records and signatures' before clicking 'CONTINUE' within the DocuSign system.

Getting paper copies

At any time, you may request from us a paper copy of any record provided or made available electronically to you by us. You will have the ability to download and print documents we send to you through the DocuSign system during and immediately after the signing session and, if you elect to create a DocuSign account, you may access the documents for a limited period of time (usually 30 days) after such documents are first sent to you. After such time, if you wish for us to send you paper copies of any such documents from our office to you, you will be charged a \$0.00 per-page fee. You may request delivery of such paper copies from us by following the procedure described below.

Withdrawing your consent

If you decide to receive notices and disclosures from us electronically, you may at any time change your mind and tell us that thereafter you want to receive required notices and disclosures only in paper format. How you must inform us of your decision to receive future notices and disclosure in paper format and withdraw your consent to receive notices and disclosures electronically is described below.

Consequences of changing your mind

If you elect to receive required notices and disclosures only in paper format, it will slow the speed at which we can complete certain steps in transactions with you and delivering services to you because we will need first to send the required notices or disclosures to you in paper format, and then wait until we receive back from you your acknowledgment of your receipt of such paper notices or disclosures. Further, you will no longer be able to use the DocuSign system to receive required notices and consents electronically from us or to sign electronically documents from us.

All notices and disclosures will be sent to you electronically



Unless you tell us otherwise in accordance with the procedures described herein, we will provide electronically to you through the DocuSign system all required notices, disclosures, authorizations, acknowledgements, and other documents that are required to be provided or made available to you during the course of our relationship with you. To reduce the chance of you inadvertently not receiving any notice or disclosure, we prefer to provide all of the required notices and disclosures to you by the same method and to the same address that you have given us. Thus, you can receive all the disclosures and notices electronically or in paper format through the paper mail delivery system. If you do not agree with this process, please let us know as described below. Please also see the paragraph immediately above that describes the consequences of your electing not to receive delivery of the notices and disclosures electronically from us.

How to contact Notre Dame Intermédica Saúde S/A:

You may contact us to let us know of your changes as to how we may contact you electronically, to request paper copies of certain information from us, and to withdraw your prior consent to receive notices and disclosures electronically as follows:

To advise Notre Dame Intermédica Saúde S/A of your new email address

To let us know of a change in your email address where we should send notices and disclosures electronically to you, you must send an email message to us at and in the body of such request you must state: your previous email address, your new email address.

If you created a DocuSign account, you may update it with your new email address through your account preferences.

To request paper copies from Notre Dame Intermédica Saúde S/A

To request delivery from us of paper copies of the notices and disclosures previously provided by us to you electronically, you must send us an email to and in the body of such request you must state your email address, full name, mailing address, and telephone number.

To withdraw your consent with Notre Dame Intermédica Saúde S/A

To inform us that you no longer wish to receive future notices and disclosures in electronic format you may:

- i. decline to sign a document from within your signing session, and on the subsequent page, select the check-box indicating you wish to withdraw your consent, or you may;



ii. send us an email to and in the body of such request you must state your email, full name, mailing address, and telephone number. . .

Required hardware and software

The minimum system requirements for using the DocuSign system may change over time. The current system requirements are found here: <https://support.docusign.com/guides/signer-guide-signing-system-requirements>.

Acknowledging your access and consent to receive and sign documents electronically

To confirm to us that you can access this information electronically, which will be similar to other electronic notices and disclosures that we will provide to you, please confirm that you have read this ERSD, and (i) that you are able to print on paper or electronically save this ERSD for your future reference and access; or (ii) that you are able to email this ERSD to an email address where you will be able to print on paper or save it for your future reference and access. Further, if you consent to receiving notices and disclosures exclusively in electronic format as described herein, then select the check-box next to 'I agree to use electronic records and signatures' before clicking 'CONTINUE' within the DocuSign system.

By selecting the check-box next to 'I agree to use electronic records and signatures', you confirm that:

- You can access and read this Electronic Record and Signature Disclosure; and
- You can print on paper this Electronic Record and Signature Disclosure, or save or send this Electronic Record and Disclosure to a location where you can print it, for future reference and access; and
- Until or unless you notify Notre Dame Intermédica Saúde S/A as described above, you consent to receive exclusively through electronic means all notices, disclosures, authorizations, acknowledgements, and other documents that are required to be provided or made available to you by Notre Dame Intermédica Saúde S/A during the course of your relationship with Notre Dame Intermédica Saúde S/A.





EXTRATO DE TERMO ADITIVO

ESTADO DA BAHIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE ALAGOINHAS

EXTRATO DE TERMO ADITIVO

Termo Aditivo n.º 007/2026 - SEAI - Município: O Município de Alagoinhas - Contratada: **HAPVIDA ASSISTENCIA MEDICA S.A.** - Fundamento Legal: Arts. 57, II e 65, II, "d" da Lei Federal nº 8.666/93. - Tem por escopo prorrogar o prazo de vigência e reequilibrar economicamente o valor do Contrato de Prestação de serviços médicos n.º 042/2024 - Data de Assinatura: 01/07/2026.