



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
Prefeitura Municipal de Saldanha Marinho

**35º ADITIVO DE ALTERAÇÃO PARCIAL DO TERMO DE COLABORAÇÃO N.º 001/2022, FIRMADO EM 31 DE AGOSTO DE 2022.**

O **MUNICÍPIO DE SALDANHA MARINHO**, Pessoa Jurídica de Direito Público Interno, CNPJ n.º 92.399.153/0001-71, com sede administrativa na Avenida Silva Tavares n.º 1127, na Cidade de Saldanha Marinho - RS, neste ato representado pelo Prefeito Municipal de Saldanha Marinho, Estado do Rio Grande do Sul, **Volmar Telles do Amaral**, brasileiro, casado, inscrito no CPF n.º 616.399.580-53 e portador da Cédula de Identidade RG n.º 1.102.017.447 SJS/RS, residente e domiciliado na Rua José Alexandre Neuwald n.º 49, nessa, com o intermédio da Secretaria Municipal de Saúde, Assistência Social e Desporto, doravante denominado **MUNICÍPIO**, e de outro lado, **INSTITUTO BRASILEIRO DE SAÚDE, ENSINO, PESQUISA E EXTENSÃO PARA O DESENVOLVIMENTO HUMANO**, organização da sociedade civil sem fins lucrativos, portadora do CNPJ n.º 07.836.454/0001-46, com sede junto à Rua Santo Antônio, 1460, sala 506, Bairro Barreiros, CEP : 88.117-351, no Município de São José/SC, representado, neste ato, pelo seu Presidente, **Leonardo Rizzolo Fetter**, brasileiro, separado, advogado, inscrito na OAB/RS sob n.º 30720, inscrito no CPF sob o n.º 701.445.160-04, residente e domiciliado na Rua Demétrio Ribeiro, 1017, ap. 801, Porto Alegre, RS, adiante nominado simplesmente **ORGANIZAÇÃO**, resolvem realizar o presente aditivo de alteração parcial do Termo de Colaboração n.º 001/2022, firmado entre as partes de acordo com o artigo 57 da Lei 13.019/2014, e o item 9.1 do Termo, mediante as seguintes cláusulas e condições:

### **CLÁUSULA PRIMEIRA**

O Termo de Colaboração, celebrado em 31 de agosto de 2022 sob o n.º 001/2022, com vigência inicial de 12 (doze meses), tem por objeto o co-gerenciamento, operacionalização e execução de serviços de saúde junto ao Hospital Municipal de Saldanha Marinho, localizado junto à Rua Prestes Guimarães, 591, no Município de Saldanha Marinho, RS, CEP: 98.250-000, conforme especificações, quantitativos, regulamentação do co-gerenciamento e execução das atividades e serviços de saúde descritos na Justificativa apresentada pela Secretaria Municipal de Saúde, bem como junto ao Termo de Referência.

### **CLÁUSULA SEGUNDA**

O presente termo aditivo tem por objeto os seguintes itens, conforme solicitação da Direção do Hospital Municipal e Secretaria Municipal de Saúde, através do Memorando n.º 041/2026, nos seguintes termos:



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL  
Prefeitura Municipal de Saldanha Marinho

O valor a ser repassado em relação ao Complemento para o pagamento do piso da enfermagem **referente à competência do mês de maio/2026**, perfazendo um **montante total de R\$ 28.269,26 (vinte e oito mil duzentos e sessenta e nove reais e vinte e seis centavos)** ao **IBSAÚDE** para o respectivo pagamento aos funcionários conforme descrição detalhada mensal do memorando e planilha em anexo.

O valor de repasse diz respeito ao complemento já depositado junto aos cofres públicos municipais para o pagamento do piso da enfermagem, nos termos da Legislação Federal e Lei Municipal n.º 2517, de 03 de novembro de 2023.

A prestação de contas deverá ocorrer em até 05 (cinco) dias após a efetiva transferência de valores entre o Município e o Instituto IBSAÚDE, o qual deverá, imediatamente, providenciar o repasse aos profissionais a que fazem jus, nos termos do memorando e planilha encaminhados pela Diretora do Hospital Municipal (documento em anexo).

### CLÁUSULA TERCEIRA

E, por assim estarem plenamente de acordo, os partícipes obrigam-se ao total e irrenunciável cumprimento dos termos inalterados do Termo de Colaboração n.º 001/2022, bem como dos termos do presente aditivo, o qual lido e achado conforme, foi lavrado em 03 (três) vias de igual teor e forma, que vão assinadas pelos partícipes, para que produza seus jurídicos e legais efeitos, em Juízo ou fora dele.

Saldanha Marinho/RS, 15 de junho de 2026.

\_\_\_\_\_  
**Volmar Telles do Amaral**  
**Prefeito Municipal**

\_\_\_\_\_  
**Instituto IBSAÚDE**  
**Representante Legal**

Testemunhas:

\_\_\_\_\_  
CPF N.º

\_\_\_\_\_  
CPF N.º