

TERMO ADITIVO Nº 043/2023

PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 067/2020, CELEBRADO EM 09 DE SETEMBRO DE 2020 ENTRE A FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA ROSA, ATRAVÉS DO HEMOCENTRO DE SANTA ROSA - HEMOSAR E A ASSOCIAÇÃO FRANCISCANA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE.

CONTRATADA:

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA ROSA, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ sob o nº 01.273.946/0001-94, com sede na Rua Dr. Francisco Timm, 480, Santa Rosa, RS, neste ato representado pelo seu Presidente, Sr. DÉLCIO STEFAN, CPF nº 501.770.790-53, RG nº 2027079926, residente e domiciliado na cidade de Santa Rosa, RS, em pleno e regular exercício de suas funções.

CONTRATANTE:

ASSOCIAÇÃO FRANCISCANA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 03.066.309/0003-34, com sede na Rua Independência, nº 265, Centro, São Paulo das Missões, RS, neste ato representada pelo seu Diretor Sr. JULCI FENNER DIAS, brasileiro, RG nº 7029666241, CPF nº 585.059.970-34, residente e domiciliado em São Paulo das Missões, RS, em pleno e regular exercício de suas funções.

Têm entre si ajustado e contratado, de acordo com a Lei nº 8.666/93 e suas alterações posteriores, Contrato celebrado em 09/09/2020 e Processo Administrativo nº 18327/2020 (2227/2020), de 11/03/2020, da Fundação Municipal da Saúde, aditar o referido Contrato que tem por objeto a PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HEMOTERÁPICOS, pela CONTRATADA, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA:

Fica prorrogado o Contrato firmado entre as partes, pelo período de 02 (dois) anos, contados retroativamente, a partir de 24/10/2022 a 23/10/2024.

CLÁUSULA SEGUNDA:

Os efeitos do presente Termo Aditivo retroagem a 24/10/2022.

CLÁUSULA TERCEIRA:

As demais cláusulas do Contrato celebrado em 09/09/2020, permanecem inalteradas.

E, por estarem justas e acordadas, as partes assinam o presente em 3 (três) vias de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas.

Santa Rosa, 03 de abril de 2023.

FUMSSAR
CONTRATADA

ASSOC. FRANC. DE ASSIST. À SAÚDE
CONTRATANTE

Testemunhas:

1) _____
Nome:
CPF:

2) _____
Nome:
CPF: