

TERMO ADITIVO Nº 042/2025

VIGÉSIMO SEGUNDO TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 009/2022, CELEBRADO EM 28 DE MARÇO DE 2022 ENTRE A FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA ROSA E ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SANTA ROSA.

CONTRATANTE:

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA ROSA - FUMSSAR, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ sob o nº 01.273.946/0001-94, situada à Rua Dr. Francisco Timm, 480, centro, Santa Rosa, RS, neste ato representada pelo seu Presidente, Sr. DELCIO STEFAN, brasileiro, casado, CPF nº 501.770.790-53, residente e domiciliado em Santa Rosa, RS, em pleno regular exercício de suas funções.

CONTRATADA:

ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SANTA ROSA, sociedade civil, de caráter filantrópico e sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº 95.815.668/0001-01, cadastrada no CNES sob o nº 2254611, com sede na Rua Francisco Timm, nº 656, Santa Rosa, RS, neste ato representado pelo seu Presidente, Sr. SIDNEI STREJEVITCH, brasileiro, cooperativista, CPF nº 881.909.940-34, RG nº 1050776771, residente e domiciliado nesta cidade, em pleno e regular exercício de suas funções.

Têm entre si ajustado e contratado, de acordo com a Lei nº 8.666/93, Processo Administrativo nº 38315/21 (6349/21), de 29/12/21, da Fundação Municipal de Saúde de Santa Rosa, aditar o Contrato celebrado em 28/03/2022 que tem por como objeto a prestação de serviços médico-hospitalares aos usuários do SUS, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA:

Fica prorrogada a vigência do Contrato firmado entre as partes a contar, retroativamente, de **01 de março de 2025 até 31 de março de 2025**.

CLÁUSULA SEGUNDA:

Os efeitos do presente Termo Aditivo retroagem a 1º/03/2025.

CLÁUSULA TERCEIRA:

As demais cláusulas do Contrato celebrado em 28/03/22 e dos seus Termos Aditivos que não contrariem o presente permanecem inalteradas.

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

Santa Rosa, 04 de março de 2025.

Presidente da FUMSSAR
CONTRATANTE

Associação Hospitalar Santa Rosa
CONTRATADA

Testemunhas:

1) _____
Nome:
CPF:

2) _____
Nome:
CPF: