

TERMO ADITIVO Nº 043/2025

PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 036/2023, CELEBRADO EM 08 DE AGOSTO DE 2023 ENTRE A FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA ROSA, ATRAVÉS DO HEMOCENTRO DE SANTA ROSA - HEMOSAR E ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR BENEFICENTE SANTO ANTONIO.

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 HOSPITALAR BENEFICENTE SANTO ANTONIO, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 08.579.164/0001-27, com sede na Rua Romário Rosa Lopes, nº 42, Tenente Portela, RS, neste ato representada pela sua Presidente, Sra. MIRNA TERESINHA KINSEL BRAUCKS, CPF nº 461.486.630-15, RG nº 3013450295, residente e domiciliada em Tenente Portela, 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 08/08/2023, Processo Administrativo nº 52546/2023 de 07/08/2023 e Processo Administrativo nº 19860/2025 de 28/02/2025, 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 **03/02/2025 a 02/03/2027**.

CLÁUSULA SEGUNDA:

Os efeitos do presente Termo Aditivo retroagem a 03/02/2025.

CLÁUSULA TERCEIRA:

As demais cláusulas do Contrato celebrado em 08/08/2023, 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, 07 de março de 2025.

FUMSSAR
CONTRATADA

ASS. HOSP. BENEFICENTE SANTO ANTONIO
CONTRATANTE

Testemunhas:

1) _____
Nome:
CPF:

2) _____
Nome:
CPF:

