

TERMO ADITIVO Nº 046/2025

DÉCIMO TERCEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 013/2022, 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, neste ato representada pelo seu presidente Sr. DELCIO STEFAN, brasileiro, casado, CPF n.º 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 95.815.668/0002-84, cadastrada no CNES sob o nº 3017060 (Unidade Dom Bosco), com sede na Rua Santa Rosa, nº 980, Santa Rosa, RS, neste ato representada pelo seu Presidente, Sr. SIDNEI STREJEVITCH, brasileiro, cooperativista, CPF nº 881.909.940-34, RG nº 1050776771, residente e domiciliado em Santa Rosa, RS, em pleno e regular exercício de suas funções.

Têm entre si ajustado e contratado, de acordo com a Lei 8.666/93 e suas alterações posteriores, Portaria SES 440/2022, Portaria SES 501/2022 e em conformidade com o Processo Administrativo nº 38316/21 de 29/12/2021, da Fundação Municipal da Saúde, aditivar o Contrato celebrado em 28/03/2022, que tem por objeto para a prestação de serviços médicos hospitalares especializados aos usuários do SUS, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA:

Fica prorrogada a vigência do Contrato firmado entre as partes a contar de **01 de abril de 2025 até 31 de dezembro de 2025**.

CLÁUSULA SEGUNDA:

As demais cláusulas do Contrato celebrado em 28/03/2022 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, 17 de março de 2025.

Presidente da FUMSSAR
CONTRATANTE

Assoc. Hospitalar Santa Rosa
CONTRATADA

Testemunhas:

1) _____

Nome:

CPF:

2) _____

Nome:

CPF: