

Estado do Pará
GOVERNO MUNICIPAL DE SOURE
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE



PRIMEIRO ADITIVO AO CONTRATO Nº 2022023001

O Município de SOURE, através do(a) FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, inscrito(a) no CNPJ sob o nº 11.416.878/0001-29, com sede na 2ª RUA, S/Nº, representado por MARIA HELENA NAZARE GOMES, SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE, doravante denominado(a) CONTRATANTE, e CARMELA SOUZA OLIVEIRA, inscrito(a) no CPF 002.328.092-16, com sede na RUA RAIMUNDO ALVES 615, SÃO MIGUEL, Araguaína-TO, CEP 77817-240, representada por CARMELA SOUZA OLIVEIRA, já qualificados no contrato inicial, determinaram por meio deste, alterar o referido contrato, consubstanciado nas seguintes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente Termo Aditivo objetiva a prorrogação do prazo de vigência do contrato até 29 de Dezembro de 2023, nos termos do art. 57, inciso II, da Lei Federal nº 8.666/93.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

A despesa decorrente da presente alteração correrá à conta da seguinte Dotação Orçamentária:
Exercício 2022 Atividade 0901.101220001.2.037 Manutenção da Secretaria de Saúde . Classificação econômica 3.3.90.36.00 Outros serv. de terceiros pessoa física, Subelemento 3.3.90.36.15

CLÁUSULA TERCEIRA - DO PRAZO DE VIGÊNCIA

O presente Termo Aditivo entra em vigor a partir da data de sua publicação.

CLÁUSULA QUARTA - DA RATIFICAÇÃO

Permanecem inalteradas as demais cláusulas do Contrato a que se refere o presente Termo Aditivo.

E por estarem justos e contratados, firmam o presente aditivo, em 3 (três) vias de igual teor e forma, para que surtam os seus efeitos legais.

SOURE - PA, 30 de Dezembro de 2022

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ(MF) 11.416.878/0001-29
CONTRATANTE

Carmela Souza Oliveira
CARMELA SOUZA OLIVEIRA
CPF 002.328.092-16
CONTRATADO(A)

MARIA HELENA
NAZARE
GOMES:129652272
53

Assinado de acordo com o Decreto Estadual nº 12.000/2012
Assinado eletronicamente pelo(a) Secretário(a) Municipal de Saúde
Assinado eletronicamente pelo(a) Secretário(a) Municipal de Saúde
Assinado eletronicamente pelo(a) Secretário(a) Municipal de Saúde
Assinado eletronicamente pelo(a) Secretário(a) Municipal de Saúde
Assinado eletronicamente pelo(a) Secretário(a) Municipal de Saúde
Assinado eletronicamente pelo(a) Secretário(a) Municipal de Saúde
Assinado eletronicamente pelo(a) Secretário(a) Municipal de Saúde
Assinado eletronicamente pelo(a) Secretário(a) Municipal de Saúde
Assinado eletronicamente pelo(a) Secretário(a) Municipal de Saúde

Testemunhas:

1. _____

2. _____