

4º TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 111/2020

4º Termo Aditivo ao Contrato nº 111/2020, que entre si celebram, de um lado, o FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO CRISTÓVÃO, e, do outro, a Empresa **ERICK OLIVEIRA CUNHA**.

O MUNICÍPIO DE SÃO CRISTÓVÃO, através do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, inscrito no CNPJ/MF sob o n.º 11.370.658/0001-01, doravante denominada CONTRATANTE, neste ato representada pela Secretária Municipal de Saúde, FERNANDA RODRIGUES DE SANTANA GÓES, portadora do CNPF/MF sob n.º 011.912.625-70 e Cédula de Identidade n.º 30438659 SSP/SE, e a Empresa ERICK OLIVEIRA CUNHA, CNPJ n.º 30.911.592/0001-64, Rua Boanerges de Almeida Pinheiro, nº 361A, Centro, Itabaiana/SE, CEP. 49500-238, neste ato representado por ERICK OLIVEIRA CUNHA, credenciado para a função de PSQUIATRA denominada CONTRATADA, celebram o presente Termo, que será regido pela Lei nº 8.666/93 e suas alterações, Lei Federal nº 10.192/01 e as Cláusulas e condições elencadas:

CLÁUSULA I – DA FUNDAMENTAÇÃO

O presente termo está em conformidade com o art. 57, Inciso II da Lei 8.666/93 e suas alterações que disciplinam a licitação e contrato na administração pública.

CLÁUSULA II – OBJETO

O presente Termo Aditivo tem por objetivo objeto a prorrogação do prazo constante na Cláusula 7ª – Da Vigência Contratual, que passa a vigorar por mais **12 (doze) meses**, a partir do dia subsequente ao vencido, devendo ser rescindido tão logo seja homologado novo Credenciamento Médico.

CLÁUSULA III - ELEMENTOS INTEGRANTES

Integram o presente termo:

- Solicitação e Justificativa da Secretaria Municipal de Saúde;
- Autorização da Gestora;

CLÁUSULA IV – DISPOSIÇÕES FINAIS

Permanecem em vigor as demais cláusulas e condições não alteradas implícita ou explicitamente por este termo. E assim, por estarem justos e de acordo, assinam o presente Termo em três vias de igual teor e forma, para um mesmo fim legal, na presença das testemunhas arroladas abaixo.

São Cristóvão/SE, 12 de Agosto de 2024.

ERICK OLIVEIRA CUNHA
CRENCIADO

FERNANDA RODRIGUES DE SANTANA GÓES
Secretária Municipal de Saúde
CONTRATANTE

TESTEMUNHAS:

Nome:

CPF/MF:

Nome:

CPF/MF: