

1º TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 111/2020

1º 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 nº 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 nº 011.912.625-70 e Cédula de Identidade nº 30438659 SSP/SE, e a Empresa **ERICK OLIVEIRA CUNHA**, CNPJ nº 30.911.592/0001-64, rua Boanerges de Almeida Pinheiro, nº 361, Centro, Itabaiana/SE, neste ato representado por **ERICK OLIVEIRA CUNHA**, 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:

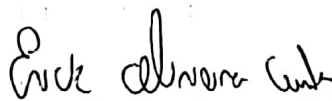
- Solicitação e Justificativa da Secretaria Municipal de Saúde;
- Autorização da Gestora;

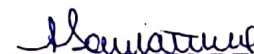
CLÁUSULA IV – DISPOSIÇÕES FINAIS

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 2021.


ERICK OLIVEIRA CUNHA
CRENCIADO


FERNANDA RODRIGUES DE SANTANA GÓES
Secretária Municipal de Saúde
CONTRATANTE

TESTEMUNHAS:

Nome:

CPF/MF:

Nome:

CPF/MF: