



**2º TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 111/2020**

2º 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 2022.

*Eric Oliveira Cunha*

**ERICK OLIVEIRA CUNHA**  
**CRENCIADO**

*Fernanda Rodrigues de Santana Góes*

**FERNANDA RODRIGUES DE SANTANA GÓES**  
**Secretária Municipal de Saúde**  
**CONTRATANTE**

**TESTEMUNHAS:**

**Nome:**

**CPF/MF:**

**Nome:**

**CPF/MF:**