

2º TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 70/2021

2º Termo Aditivo ao Contrato nº 70/2021, que entre si celebram, de um lado, o FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO CRISTÓVÃO, e, do outro, a Empresa **DAIANA LOUISE ANDRADE SILVA**.

MUNICÍPIO DE SÃO CRISTÓVÃO, através do FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, inscrito no CNPJ/MF 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 12.625-70 e Cédula de Identidade nº 30438659 SSP/SE, e a Empresa DAIANA LOUISE ANDRADE SILVA, pessoa jurídica de direito privado, CNPJ 33.960.500/0001-24, com sede na Avenida Dr José Machado de Souza, nº 20, Bairro Jardins, na cidade de Aracaju/SE, cep. 49025-740, neste ato representada por Daiana Louise Andrade Silva, denominada CONTRATADA, celebram o presente Termo, que será regido pela Lei nº 8.666/93 e 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 contratação 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 atual, que passa a vigorar por mais 12 (doze) meses, a partir do dia subsequente ao vencido, devendo ser realizado tão logo seja homologado novo Credenciamento Médico.

CLÁUSULA III - ELEMENTOS INTEGRANTES

Compõem o presente termo:
- Citação e Justificativa da Secretaria Municipal de Saúde;
- Autorização da Gestora;

CLÁUSULA IV – DISPOSIÇÕES FINAIS

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

São Cristóvão/SE, 27 de Junho de 2023.


DAIANA LOUISE ANDRADE SILVA

CRENCIADA


FERNANDA RODRIGUES DE SANTANA GÓES
Secretária Municipal de Saúde
CONTRATANTE

TESTEMUNHAS:

Nome:
CPF/MF:

Nome:
CPF/MF: