

**TERMO ADITIVO Nº 036/2016**

**VIGÉSIMO QUARTO TERMO ADITIVO AO CONTRATO CELEBRADO EM 24 DE MAIO DE 2013 ENTRE A FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA ROSA E ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR CARIDADE SANTA ROSA.**

**CONTRATANTE:**

**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA ROSA - FUMSSAR**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ sob o nº 01.273.946/0001-94, com sede na Rua Francisco Timm, 480, Santa Rosa, RS, neste ato representado pelo seu Presidente, Sr. **DÉLCIO STEFAN**, brasileiro, casado, CPF nº 501.770.790-53, residente e domiciliado em Santa Rosa, em pleno e regular exercício de suas funções.

**CONTRATADA:**

**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR CARIDADE SANTA ROSA**, sociedade civil, de caráter filantrópico e sem fins lucrativos, inscrita no CNPJ sob o nº 95.815.668/0001-01, cadastrada no CNES sob o nº 2254611, com sede na Rua Francisco Timm, nº 656, Santa Rosa, RS, neste ato representada pelo seu Presidente, Sr. **ELTON WALKER**, brasileiro, casado, comerciante, RG nº 1031343211, CPF nº 447.238.900-25, residente e domiciliado nesta cidade, em pleno e regular exercício de suas funções.

Têm entre si ajustado e contratado, de acordo com a Lei nº 8.666/93 e suas alterações posteriores, com o Contrato nº 043/2013 celebrado em 24/05/13 e seus Termos Aditivos; e em conformidade com o Processo Administrativo nº 719/13, de 04/04/13, da Fundação Municipal da Saúde, que tem por objeto a execução, pela CONTRATADA, de serviços de saúde, mediante o presente Termo, as seguintes cláusulas e condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA:**

Fica prorrogado o Contrato celebrado entre as partes pelo período de 30 dias, contados retroativamente de 01 de maio de 2016 a 31 de maio de 2016.

**CLÁUSULA SEGUNDA:**

As demais cláusulas do Contrato celebrado em 24/05/13 e Termos Aditivos que não contrariem o presente permanecem inalteradas.

E, por estarem as partes justas e acertadas, firmam o presente Termo em 03 (três) vias de igual teor e forma, na presença de duas (2) testemunhas, abaixo assinadas.

Santa Rosa, 31 de maio de 2016.

\_\_\_\_\_  
FUMSSAR

\_\_\_\_\_  
ASSOC. HOSP. CARIDADE SANTA ROSA

Testemunhas:

01) \_\_\_\_\_  
Nome:  
CPF:

02) \_\_\_\_\_  
Nome:  
CPF:

