

**TERMO ADITIVO Nº 069/2023**

**PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 08/2021, CELEBRADO EM 24 DE FEVEREIRO DE 2021 ENTRE A FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA ROSA, ATRAVÉS DO HEMOCENTRO DE SANTA ROSA – HEMOSAR E ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SANTO AFONSO.**

**CONTRATADA:**

**FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA ROSA**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ sob o nº 01.273.946/0001-94, com sede na Rua Dr. Francisco Timm, 480, Santa Rosa, RS, neste ato representado pelo seu Presidente, Sr. **DÉLCIO STEFAN**, CPF nº 501.770.790-53, RG nº 2027079926, residente e domiciliado na cidade de Santa Rosa, RS, em pleno e regular exercício de suas funções.

**CONTRATANTE:**

**ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR SANTO AFONSO**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 96.419.353/0001-08, com sede na Rua João Magalhães, nº 146, Cândido Godói, RS, neste ato representado pelo seu Presidente, Sr. **PAULO DRESCH**, RG nº 6031512582, CPF nº 543.378.010-49, residente e domiciliado em Cândido Godói, RS, 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, Contrato celebrado em 24/02/2021 e Processo Administrativo nº 32537/21 de 22/02/21, de 24/02/2021, da Fundação Municipal da Saúde, aditar o referido Contrato que tem por objeto a **PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS HEMOTERÁPICOS**, pela CONTRATADA, mediante as seguintes cláusulas e condições:

**CLÁUSULA PRIMEIRA:**

Fica prorrogado o Contrato firmado entre as partes, pelo período de 02 (dois) anos, contados retroativamente, a partir de 15/11/2022 a 14/11/2024.

**CLÁUSULA SEGUNDA:**

Os efeitos do presente Termo Aditivo retroagem a 15/11/2022.

**CLÁUSULA TERCEIRA:**

As demais cláusulas do Contrato celebrado em 24/02/2021, permanecem inalteradas.

E, por estarem justas e acordadas, as partes assinam o presente em 3 (três) vias de igual teor e forma, na presença de duas testemunhas.

Santa Rosa, 13 de junho de 2023.

\_\_\_\_\_  
FUMSSAR  
CONTRATADA

\_\_\_\_\_  
ASSOC. HOSPITALAR SANTO AFONSO  
CONTRATANTE

Testemunhas:

1) \_\_\_\_\_  
Nome:  
CPF:

2) \_\_\_\_\_  
Nome:  
CPF: