

**TERMO ADITIVO Nº 022/2024**

**PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 051/2021, CELEBRADO EM 30 DE NOVEMBRO DE 2021 ENTRE A FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA ROSA, ATRAVÉS DO HEMOCENTRO DE SANTA ROSA - HEMOSAR E A ASSOCIAÇÃO HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO CRISTO.**

**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 HOSPITAL DE CARIDADE DE SANTO CRISTO**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 96.418.025/0001-89, com sede na Rua Amandau, nº 157, Santo Cristo, RS, neste ato representada pelo seu Presidente, Sr. CANÍSIO BARTH, CPF nº 147.111.410-49, RG nº 4009374788, residente e domiciliado em Santo Cristo, 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 30/11/2021 e Processo Administrativo 37062/2021 (5096/2021), de 29/10/2021, da Fundação Municipal da Saúde, aditivar 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 01/12/2023 a 30/11/2025.

**CLÁUSULA SEGUNDA:**

Os efeitos do presente Termo Aditivo retroagem a 01/12/2023.

**CLÁUSULA TERCEIRA:**

As demais cláusulas do Contrato celebrado em 30/11/2021, 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, 01 de março de 2024.

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

\_\_\_\_\_  
ASS. HOSP. CARIDADE DE SANTO CRISTO  
CONTRATANTE

Testemunhas:

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

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