

**TERMO ADITIVO Nº 023/2024**

**PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 052/2021, CELEBRADO EM 01 DE DEZEMBRO DE 2021 ENTRE A FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA ROSA, ATRAVÉS DO HEMOCENTRO DE SANTA ROSA - HEMOSAR E A ASSOCIAÇÃO HOSPITALAR ROQUE GONZALES.**

**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 ROQUE GONZALES**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 89.003.941/0001-92, com sede na Av. Santa Lucia, nº 1479, Caibaté, RS, neste ato representada pelo seu Presidente, Sr. ORCELEI DALLA BARBA, CPF nº 289.088.210-15, RG nº 5008898768, residente e domiciliado em Caibaté, 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 01/12/2021 e Processo Administrativo 37061/2021 (5095/2021), 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 11/12/2023 a 10/12/2025.

**CLÁUSULA SEGUNDA:**

Os efeitos do presente Termo Aditivo retroagem a 11/12/2023.

**CLÁUSULA TERCEIRA:**

As demais cláusulas do Contrato celebrado em 01/12/2021, 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

\_\_\_\_\_  
ASSOCIAÇÃO HOSP. ROQUE GONZALES  
CONTRATANTE

Testemunhas:

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

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

