

**TERMO ADITIVO Nº 033/2024**

**PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO Nº 047/2021, CELEBRADO EM 11 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 ALECRIM.**

**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 ALECRIM**, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob o nº 90.863.366/0001-87, com sede na Rua Osvaldo Cruz, nº 215, Alecrim, RS, neste ato representada pelo seu Presidente, Sr. ILDO STASIAK, CPF nº 411.117.880-49, RG nº 1028622429, residente e domiciliado em Alecrim, 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 11/11/2021 e Processo Administrativo 37058/2021 (5092/2021), 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 15/10/2023 a 14/10/2025.

**CLÁUSULA SEGUNDA:**

Os efeitos do presente Termo Aditivo retroagem a 15/10/2023.

**CLÁUSULA TERCEIRA:**

As demais cláusulas do Contrato celebrado em 11/11/2021, 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, 25 de março de 2024.

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

\_\_\_\_\_  
ASS. HOSP. CARIDADE DE ALECRIM  
CONTRATANTE

Testemunhas:

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

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

