



Estado do Pará
GOVERNO MUNICIPAL DE ABEL FIGUEIREDO
FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL



PRIMEIRO ADITIVO AO CONTRATO Nº20210009

O Município de ABEL FIGUEIREDO, através do(a) FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL, inscrito(a) no CNPJ sob o nº 18.503.163/0001-52, com sede na TV. JUSCELINO KUBITSHERK, representado por WINNIE AYLÁ BARBOSA DOS SANTOS, Sec. Mun. de Desenv. e Promoção Social, doravante denominado(a) CONTRATANTE, e ESCRITORIO SALOMAO & ARAUJO SERVIÇO DE CONTABILIDADE LTDA, inscrito(a) no CNPJ 07.479.442/0001-01, com sede na RUA MUNICIPALIDADE 985 SALA 1909 - UMARIZAL, UMARIZAL, Belém-PA, CEP 66050-350, representada por JAIMILLY QUINTERO SALOMÃO, já qualificados no contrato inicial, determinaram por meio deste, alterar o referido contrato, consubstanciado nas seguintes cláusulas:

CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO

O presente Termo Aditivo objetiva a prorrogação do prazo de vigência do contrato até 30 de Dezembro de 2022, nos termos do art. 57, inciso II, da Lei Federal nº 8.666/93.

CLÁUSULA SEGUNDA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

A despesa decorrente da presente alteração correrá à conta da seguinte Dotação Orçamentária:
Exercício 2022 Atividade 1401.082440011.2.064 Manutenção da Secretaria de Promoção e Assistência Social, Classificação econômica 3.3.90.39.00 Outros serv. de terc. pessoa jurídica, Subelemento 3.3.90.39.99

CLÁUSULA TERCEIRA - DO PRAZO DE VIGÊNCIA

O presente Termo Aditivo entra em vigor a partir da data de sua publicação.

CLÁUSULA QUARTA - DA RATIFICAÇÃO

Permanecem inalteradas as demais cláusulas do Contrato a que se refere o presente Termo Aditivo.

E por estarem justos e contratados, firmam o presente aditivo, em 3 (três) vias de igual teor e forma, para que surtam os seus efeitos legais.

ABEL FIGUEIREDO - PA, 31 de Dezembro de 2021

FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL
CNPJ(MF) 18.503.163/0001-52
CONTRATANTE

ESCRITORIO SALOMAO & ARAUJO SERVIÇO DE CONTABILIDADE LTDA
CNPJ 07.479.442/0001-01
CONTRATADO(A)

AV. ALACID NUNES Nº 79



Estado do Pará
GOVERNO MUNICIPAL DE ABEL FIGUEIREDO
FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL



Testemunhas:

1. _____

2. _____