



Estado do Pará  
**GOVERNO MUNICIPAL DE ÁGUA AZUL DO NORTE**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**



**TERCEIRO ADITIVO AO CONTRATO Nº 2022005302**

O Município de ÁGUA AZUL DO NORTE, através do(a) FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, inscrito(a) no CNPJ sob o nº 07.331.783/0001-35, com sede na AV LAGO AZUL S.N, representado por JOSÉ WANDERLEY BARBOSA MILHOMEM, SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE, doravante denominado(a) CONTRATANTE, e VIVIANE MOREIRA CAVALCANTE VIEIRA DOS SANTOS, inscrito(a) no CPF 937.532.921-68, com sede na , Água Azul do Norte-PA, CEP 68533-000, representada por VIVIANE MOREIRA CAVALCANTE VIEIRA DOS SANTOS, 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 31 de Dezembro de 2024, 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 2023 Atividade 1801.103010003.4.004 Desenvolvimento de Ações de Atenção Primária-APS , Classificação econômica 3.3.90.36.00 Outros serv. de terceiros pessoa física, Subelemento 3.3.90.36.15

**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.

ÁGUA AZUL DO NORTE - PA, 20 de Dezembro de 2023

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
CNPJ(MF) 07.331.783/0001-35  
CONTRATANTE

*Viviane Moreira Cavalcante Vieira dos Santos*  
VIVIANE MOREIRA CAVALCANTE VIEIRA DOS SANTOS  
CPF 937.532.921-68  
CONTRATADO(A)

Testemunhas:

**PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUA AZUL DO NORTE**



Estado do Pará  
**GOVERNO MUNICIPAL DE ÁGUA AZUL DO NORTE**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**



1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

*[Handwritten signature]*

**PREFEITURA MUNICIPAL DE AGUA AZUL DO NORTE**