



Estado do Pará
GOVERNO MUNICIPAL DE ABEL FIGUEIREDO
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE



SEGUNDO ADITIVO AO CONTRATO Nº 20230089

O Município de ABEL FIGUEIREDO, através do(a) FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE, inscrito(a) no CNPJ sob o nº 11.562.805/0001-45, com sede na AV. ALACID NUNES Nº11, representado por , na qualidade de ordenador(a) de despesas, doravante denominado (a) CONTRATANTE, e COMERCIO E TRANSPORTES BOA ESPERANÇA LTDA., inscrito(a) no CNPJ 04.787.941/0001-78, com sede na AV. SAO PAULO II N 1047, MARCO, Belém-PA, CEP 66095-490, representada por JOAQUIM RODRIGUES VIANA, 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 alteração contratual no valor de R\$ 68.800,00 (sessenta e oito mil, oitocentos reais), nos termos do art. 65, inciso I, alínea 'b', e § 1º, da Lei Federal nº 8.666/93, passando o Contrato a ter o valor total de R\$ 137.600,00 (cento e trinta e sete mil, seiscentos reais).

CLÁUSULA SEGUNDA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

A despesa decorrente da presente alteração correrá à conta da seguinte Dotação Orçamentária:
Exercício 2023 Atividade 1201.103010010.2.054 Manutenção do Programa TFD , Classificação econômica 3.3.90.33.00 Passagens e despesas com locomoção, Subelemento 3.3.90.33.99

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, 26 de Dezembro de 2023

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ(MF) 11.562.805/0001-45
CONTRATANTE

COMERCIO E TRANSPORTES BOA ESPERANÇA LTDA.
CNPJ 04.787.941/0001-78
CONTRATADO(A)

Testemunhas:

AV. ALACID NUNES Nº 79



Estado do Pará
GOVERNO MUNICIPAL DE ABEL FIGUEIREDO
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE



1. _____

2. _____