



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



PRIMEIRO ADITIVO AO CONTRATO Nº 2023042401

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 FREDSON DA SILVA SANTOS EIRELI-EPP, inscrito(a) no CNPJ 02.891.731/0001-08, com sede na RUA PAU BRASIL,S/N, CENTRO, Sapucaia-PA, CEP 68548-000, representada por FREDSON DA SILVA 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 30 de Abril 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 1801.103020003.4.009 Desenvolvimento de Ações de Média e Alta Complexidade (MAC), Classificação econômica 3.3.90.30.00 Material de consumo, Exercício 2023 Atividade 1801.103010003.4.004 Desenvolvimento de Ações de Atenção Primária-APS, Classificação econômica 3.3.90.30.00 Material de consumo

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, 27 de Dezembro de 2023

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

FREDSON DA SILVA SANTOS EIRELI-EPP
CNPJ 02.891.731/0001-08
CONTRATADO(A)

PREFEITURA



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



Testemunhas:

1. _____

2. _____

PREFEITURA