

**ADITIVO Nº: 001/2018**

AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE PROCEDIMENTOS E SERVIÇOS AMBULATORIAL E HOSPITALAR CONTIDOS NA TABELA DO SUS, BEM COMO A FORMALIZAÇÃO DE REPASSES DE INCENTIVOS FEDERAIS, ESTADUAIS E MUNICIPAIS, PARA ATENDER A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOÃO DO PARAÍSO MG.

Pelo presente instrumento particular, o **MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DO PARAÍSO**, com sede administrativa na Praça Artur Trancoso, nº 08, Bairro Centro, São João do Paraíso/MG, inscrito no CNPJ/MF sob o nº 24.791.154/0001-07, neste ato representado por sua Prefeita Municipal, a Sra. **MONICA CRISTINE MENDES DE SOUSA**, portadora do CPF nº 965.904.596-49, e, de outro lado a empresa **FUNDAÇÃO DE SAÚDE SÃO JOÃO DO PARAÍSO**, inscrita no CNPJ nº 18.636.209/0001-01, neste ato representada por seu presidente, o Sr. Alfredo Alves da Rocha, brasileiro, casado, inscrito na Carteira de identidade RG MG nº 451.904, SSP MG, e no CPF nº 369.085.846-15, de conformidade com o disposto no inciso II e §4º do artigo 57 da Lei nº 8.666/93, Processo Licitatório nº 016/2018, Modalidade Inexigibilidade de Licitação nº 02/2018, e considerando:

- A necessidade da continuidade dos procedimentos e serviços ambulatorial e hospitalar contidos na Tabela do SUS, bem como a formalização de repasses de incentivos federais, estaduais e municipais, para atender a Secretaria Municipal de Saúde de São João do Paraíso MG
- Que a interrupção na prestação dos procedimentos e serviços ambulatorial e hospitalar acima referidos, causaria prejuízos na condução das atividades do Município;

Resolveram alterar o presente Contrato:

**CLÁUSULA 1ª** – Fica o Contrato celebrado entre as partes prorrogado até **30/04/2019**.

**CLÁUSULA 2ª** – As demais Cláusulas e condições estabelecidas no contrato e aditivos, não alcançadas pelo presente instrumento, permanecem em vigor.

E por acharem em perfeito acordo, obrigam-se a cumprir o presente, assinando-o na presença de 02 (duas) testemunhas, em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

São João do Paraíso/MG, 28 de Dezembro de 2018.

\_\_\_\_\_  
**MÔNICA CRISTINE MENDES DE SOUSA**  
CONTRATANTE

\_\_\_\_\_  
**FUNDAÇÃO DE SAÚDE SÃO JOÃO DO PARAÍSO**  
CONTRATADA

TESTEMUNHAS: \_\_\_\_\_  
CPF Nº

\_\_\_\_\_  
CPF Nº