



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO PARÁ

Prefeitura Municipal de Itaituba

1º TERMO DE PRORROGAÇÃO AO CONTRATO ADMINISTRATIVO Nº 20230501 – PE Nº 051/2023

Pelo presente Termo aditivo, o **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ nº 11.291.166/0001-20, com sede à Tv. Sagrado Coração de Jesus, s/n, Bairro Boa Esperança, CEP. 68.182-201, na cidade de Itaituba, Estado do Pará, neste ato legalmente representada por sua Secretária Municipal de Saúde, Exma. Sra. **Horenice Cabral Moreira**, doravante denominado **CONTRATANTE** e **PARAMED DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA** conforme qualificação nos autos, doravante denominado simplesmente **CONTRATADO(A)**, resolvem aditar o presente Contrato, sujeitando-se às normas preconizadas na Lei nº 8.666/93, de 21 de junho de 1993 e suas alterações posteriores, e no que consta no PE nº 051/2023, mediante as cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DA LEGALIDADE

1.1 – Art. 57, II §1º da Lei nº 8.666/93;

CLÁUSULA SEGUNDA – DO OBJETO

2.1. O presente Termo Aditivo objetiva a prorrogação da vigência do Contrato acima citado, que versa sobre AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS INJETÁVEIS PARA ATENDER A DEMANDA DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ITAITUBA-PA.

CLÁUSULA TERCEIRA– DO PRAZO DE VIGÊNCIA

3.1 - O presente Termo Aditivo visa alterar a cláusula de vigência contratual para fins de **conclusão de processo de pagamento de despesa**.

3.2. Pelo presente Termo Aditivo o prazo de vigência que se encerra dia 29 de dezembro de 2024, fica prorrogado por 60 (sessenta) dias, ou seja, até **27 de fevereiro de 2025**.

CLÁUSULA QUARTA – DAS CLÁUSULAS INALTERADAS

4.1 – As demais cláusulas do contrato original permanecem inalteradas a que se refere o presente Termo Aditivo.

CLÁUSULA QUINTA – DISPOSIÇÕES FINAIS

5.1 – E, por assim estarem justas e contratadas, as partes, por seus representantes legais, assinam o presente Termo **Aditivo nº 01**, em 02 (duas) vias de igual teor e forma para um só e jurídico efeito, perante as testemunhas abaixo-assinadas, a tudo presente.

Itaituba-PA, 27 de dezembro de 2024.

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Contratante

**PARAMED DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS
LTDA**
Contratado(a)

Testemunha (01) : _____ CPF nº _____

Testemunha (02) : _____ CPF nº _____