



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DO PARÁ

**Prefeitura Municipal de Itaituba**

**1º TERMO ADITIVO DE PRAZO PARA PAGAMENTO - CONTRATO ADMINISTRATIVO Nº 20190221**  
**PREGÃO ELETRÔNICO Nº 034/2019 - PE**

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 seu Secretário Municipal de Saúde, Exmo. Sr. **Emerson de Oliveira Santos**, doravante denominado **CONTRATANTE** e **F.G. DE MELO LTDA**, conforme qualificação nos autos, doravante denominada simplesmente **CONTRATADA**, 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 PP nº 034/2019, mediante as cláusulas e condições seguintes:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DA LEGALIDADE**

1.1. Lei de Licitações e Contratos Administrativos nº 8.666/93, art. 57, § 1º, inciso VI.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DO PRAZO DE VIGÊNCIA**

2.1. O presente Termo Aditivo visa alterar a cláusula de vigência contratual para fins de **quitação das notas que foram emitidas antes do término contratual, concluindo assim, o processo de pagamento.**

2.2. Fica prorrogada a vigência do presente instrumento que se encerra dia 28 de maio de 2024, pelo período de 60 (sessenta) dias, com sua duração até **28 de julho de 2024.**

**CLÁUSULA TERCEIRA – DAS CLÁUSULAS INALTERADAS**

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

**CLÁUSULA QUARTA – DISPOSIÇÕES FINAIS**

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 presentes.

Itaituba-PA, 27 de maio de 2024.

**FUNDO MUNICIPAL SAÚDE**  
Contratante

**F.G. DE MELO LTDA**  
Contratado(a)

Testemunha (01) : \_\_\_\_\_ CPF nº \_\_\_\_\_

Testemunha (02) : \_\_\_\_\_ CPF nº \_\_\_\_\_