



CONSAÚDE - Consórcio Intermunicipal de Saúde da Microrregião do Vale do Aço

Sede Administrativa: Rua Visconde Mauá, 594, Cidade Nobre – CEP 35.162-391–Ipatinga / MG

Clínica CONSAÚDE: Rua Passo Fundo, 550, Caravelas, CEP: 35.164-27 – Ipatinga / MG.

Tel.: (31) 3830-1010 – CNPJ: 00.853.908/0001-48 - E-mail: compras@consaudevaledoaco.com.br

TERMO ADITIVO

Termo aditivo nº: 001

Contrato nº 048 / 2021

INEX/CREDENCIAMENTO nº 003/2020

Processo nº 017/2020

ADITIVO AO CONTRATO CELEBRADO ENTRE O CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA MICRORREGIÃO DO VALE DO AÇO – CONSAÚDE – E CENTRO DE DIAGNOSTICO ALBERT SABIN LTDA, CNPJ 00.936.014/0001-11, qualificados no termo de contrato em epígrafe, TENDO COMO OBJETO: credenciamento de empresas da área da saúde para a prestação de serviço de consultas médicas, exames e cirurgias especializadas, em conformidade com as condições estabelecidas no respectivo Edital de Inexigibilidade / Credenciamento.

Justificativa: O aditamento se justifica pelo fato de a duração contratual, nos termos do edital, ser de 12 meses, tendo sido os contratos assinados com o termo final para 31 de dezembro de 2021 apenas por motivos administrativos e orçamentários.

CLÁUSULA 1ª

1.1 - O presente Termo Aditivo tem por objeto a prorrogação do referido contrato conforme interesse da Administração, nos termos do inciso II do art. 57 da Lei nº 8.666/93.

1.2 - O Contrato Administrativo de prestação de serviços fica prorrogado até **19 de maio de 2022**, a partir do dia seguinte ao prazo final de vigência do contrato em epígrafe.

1.3 - Os recursos para pagamento das despesas objeto deste contrato ficarão a cargo da seguinte dotação orçamentária: 01.001.00302.00001.2007 - EXAMES CONSULTAS E SERV. ESPECIALIZADOS 33903900 – OUTROS SERVIÇOS DE TERCEIROS PESSOA JURÍDICA

1.4 - As demais cláusulas permanecem inalteradas.

E por estarem assim acordados, firmam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

Ipatinga, MG, 30 de dezembro de 2021.

**MARCIO LIMA DE PAULA
LTDA
PRESIDENTE DO CONSAÚDE
CONTRATANTE**

**CENTRO DE DIAGNOSTICO ALBERT SABIN
CONTRATADA**

TESTEMUNHAS: 1. _____
CPF: _____

2. _____
CPF: _____