



ESTADO DE SANTA CATARINA
PREFEITURA MUNICIPAL DE XANXERÊ
 Rua Dr. José de Miranda Ramos, 455 - Fone/Fax - 049 3441 - 8542.
 CEP - 89820-000 - XANXERÊ - SC. - CNPJ - 83 009 860/0001-13.

1 Adt 0061 Clínica Spies

**PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE
 PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS Nº 0061/2016**

Pelo presente Termo Aditivo, que celebram o **MUNICÍPIO DE XANXERÊ**, Estado de Santa Catarina, com sede a Rua Dr. José de Miranda Ramos, 455, inscrito no CNPJ sob nº 83.009.860/0001-13, neste ato representado por seu Prefeito Municipal **Sr. Avelino Menegolla**, portador da R.G. nº 1.690.862 SSP/SC e CPF sob o nº 145.268.160-00, doravante denominado **CONTRATANTE** e de outro lado:

CLINICA MÉDICA SPIES MD LTDA, pessoa jurídica, inscrita no CNPJ sob o nº 22.300.993/0001-50, estabelecida na Rua José Bonifácio, 235, Sala 16, 2º Andar, Centro, na cidade de Xanxerê - SC, neste ato representada pelo seu Sócio Administrador **Sr. Jonas Willian Spies**, portador do CPF nº 046.801.809-35 e RG nº 3538025, doravante denominado **CONTRATADO**, de comum acordo e com amparo legal na Lei Federal nº 8.666/93, atualizada pela Lei nº 8.883/94 e Lei nº 9.648/98, firmam o presente que se regerá pelas cláusulas e condições seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA - O presente termo aditivo tem embasamento legal no Processo Licitatório nº 0134/2014 – Inexigibilidade de Licitação nº 0007/2014, bem como no art. 57, Inciso II, da Lei 8.666/93, atualizada pelas Leis n. 8.883/94 e 9.648/98.

CLÁUSULA SEGUNDA – Fica prorrogado o prazo do contrato originário **por mais 12 (doze) meses, contados a partir de 12 de Agosto de 2017 vigorando até 11 de Agosto de 2018**, conforme requerimento da Secretaria Municipal de Saúde em anexo.

CLÁUSULA TERCEIRA - Permanecem inalteradas e em pleno vigor as demais cláusulas e condições do Contrato Originário e aditivo.

E por estarem justos e contratados assinam o presente Termo Aditivo em 02 (duas) vias na presença de 02 (duas) testemunhas.

Xanxerê-SC, em 02 de Agosto de 2017.

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

CLINICA MÉDICA SPIES MD LTDA

CONTRATANTE

CONTRATADO

TESTEMUNHAS:

Nome:
CPF:

Nome:
CPF: