

1º Termo Aditivo ao Contrato Emergencial nº 004/2024 – HMAA

1º Aditivo que entre si celebram de um lado Instituto Alcance Gestão em Saúde e de outro lado REDE LACI DIAGNÓSTICO LTDA, para renovação de contrato de serviços técnicos de laboratório no Hospital Municipal Adailton do Amaral – HMAA, na forma que segue:

CONTRATANTE: INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE (IAGS), associação civil sem fins lucrativos, qualificada como Organização Social através do Decreto Municipal nº 402/2018 de 23 de julho de 2018, inscrita no CNPJ/MF 27.949.878/0002-05, com endereço na cidade de São Miguel do Araguaia (GO), Avenida Pernambuco, nº 219, Quadra 19, Sala da Diretoria, Setor Elizário, CEP: 76.590-000, neste ato representado por seu presidente Wesley de A. Silva Júnior, residente e domiciliado em Goiânia – GO.

CONTRATADA: REDE LACI DIAGNÓSTICO LTDA, pessoa jurídica de direito privado, portadora do CNPJ 26.710.677/0001-07, com endereço na Praça da Liberdade, nº 07, Centro, Ipameri – GO, CEP 75.780.000, neste ato representada por sua sócia administrativa NAARA CAVALCANTE DE ANDRADE.

CLÁUSULA PRIMEIRA Do Prazo

O presente Termo de Aditivo renova as datas acordadas no Contrato nº 004/2024, passando a ter início em 02 de agosto de 2024, finalizando-se em 01 de novembro de 2024, limitado ao encerramento do Contrato de Gestão 159/2018.

CLÁUSULA SEGUNDA Da Ratificação

As partes, neste ato, ratificam todas as demais cláusulas e disposições constantes do CONTRATO nº 004/2024, passando o presente 1º TERMO ADITIVO a integrá-lo, independentemente de sua transcrição, para os devidos fins ulteriores de direito.

E por se acharem ajustados e contratados, firmam o presente termo em 02 (duas) vias de igual teor e forma, na presença de 2 (duas) testemunhas idôneas que subscrevem.



São Miguel do Araguaia, 02 de agosto de 2024.

CONTRATANTE:

Hospital Municipal Adailton do Amaral – HMAA

Instituto Alcance Gestão em Saúde – IAGS

Wesley de Abreu Silva Júnior

Diretor Presidente

CONTRATADA:

Naara Cavalcante Andrade

REDE LACI DIAGNÓSTICO LTDA

Naara Cavalcante de Andrade

Representante Legal

Testemunhas:

1. _____ CPF/MF _____

2. _____ CPF/MF _____