



1º Termo Aditivo ao Contrato Emergencial nº 022/2024

1º Aditivo que entre si celebram de um ladoo Instituto Alcance Gestão em Saúde e de outro lado ANTÔNIO HENRIQUE DIAS VIANA, para renovação de contrato de serviços médicos a serem prestados no HMP/CEM de Porangatu na forma que segue:

CONTRATANTE: INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE, associação civil sem fins lucrativos, pessoa jurídica de direito privado, inscrita no CNPJ sob nº 27.949.878/0005-58, com sede Rua 11, quadra 02, lote 02, flat 02 andar, área B, CEP: 76.550-000, Porangatu/GO, neste ato representado por seu presidente Wesley de Abreu Silva Júnior, residente e domiciliado em Goiânia – GO.

CONTRATADA: ANTÔNIO HENRIQUE DIAS VIANA, pessoa jurídica de direito privado, portadora do CNPJ/MF 36.698.130/0001-97, com endereço na Av. Dona Dita, nº 146, Qd. 0, Lt. 0, Centro, Santa Terezinha de Goiás – GO, CEP 76.500-000, neste ato representada por seu sócio ANTÔNIO HENRIQUE DIAS VIANA.

CLÁUSULA PRIMEIRA Do Prazo

O Contrato ora aditivado terá renovação de sua vigência, em novas datas, com marco inicial na data de 09 de agosto de 2024, finalizando-se em 09 de setembro de 2024, limitado ao encerramento do Contrato de Gestão nº 039/2023.

CLÁUSULA SEGUNDA Da Ratificação

As partes, neste ato, ratificam todas as demais cláusulas e disposições constantes do CONTRATO nº 022/2024, 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 02 (duas) testemunhas idôneas que o subscrevem.



PREFEITURA DE
PORANGATU
Gestão 2021-2024 | NOVOS TEMPOS

SECRETARIA DE
SAÚDE
HOSPITAL MUN. HENRIQUE ANTÔNIO SANTILHO

Porangatu/GO, 09 de agosto de 2024.

CONTRATANTE:

INSTITUTO ALCANCE GESTÃO EM SAÚDE | IAGS

Wesley de Abreu Silva Júnior

Diretor Presidente

CONTRATADA:

ANTÔNIO HENRIQUE DIAS VIANA

Antônio Henrique Dias Viana

Representante Legal

Testemunhas:

1. _____ CPF/MF _____

2. _____ CPF/MF _____