

2º TERMO ADITIVO DE **ACRÉSCIMO DE VALOR AO CONTRATO DE Nº 131/2023, CELEBRADO ENTRE O MUNICÍPIO DE OLINDA E A EMPRESA ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE E INFÂNCIA UBAÍRA S3 GESTÃO EM SAÚDE**, DE ACORDO COM AS CLÁUSULAS A SEGUIR:

O **MUNICÍPIO DE OLINDA**, pessoa jurídica de direito público interno, com sede à **Rua do Sol, nº 311, Carmo, Olinda/PE - CEP 53.120-010**, inscrito no CNPJ/MF sob o nº. 10.404.184/0001-09, neste ato representado, pela Secretária de Saúde, **ANA CLAUDIA CALLOU MATOS**, solteira, sanitarista, inscrita no CPF/MF sob o nº 223.338.433-49 e portadora da cédula de identidade nº.154346-80 SSP/PE, residente e domiciliada na Rua Conselheiro Portela, nº 565, apto 1104, bairro aflitos, CEP: 52.020-041, por força do ato 012/2023, doravante denominada de **CONTRATANTE** e a empresa **ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE E INFÂNCIA UBAÍRA S3 GESTÃO EM SAÚDE**, inscrita no CNPJ/MF nº14.284.483/0001-08, com sede na Rua Antônio Teixeira Della Cella, S/N, Centro, Ubaíra/BA, CEP. 45.310-000, neste ato representado pelo seu Diretor Presidente, **YURGAN TARGE PASSOS SANTANA**, brasileiro, casado, médico, portador de cédula de identidade RG nº 08.376.818-12e inscrito no CPF/MF sob o nº004.256.495-63, residente e domiciliado a Rua Emílio Odebretch, edifício Dourado, nº 626, Pituba, CEP 41.830-300, doravante denominada de **CONTRATADA**, tem justo e convencionado o presente termo aditivo, que será regido pelas cláusulas e condições a seguir expressas:

Considerando a importância de se ter uma estrutura avançada de 01 (um) Posto de Saúde de urgência e Emergência durante as festividades do carnaval.

Durante os dias carnavalescos, o folião que necessite procurar atendimento de urgência/emergência, terá como referência a Policlínica João de Barros Barreto, onde será realizado o preenchimento da ficha de atendimento imediato ou vice-versa de acordo com grau de gravidade.

Em dias fora do período carnavalesco temos uma média de 200 (duzentos) ou mais atendimentos por plantão de 12h em nossas emergências municipais e durante as festas do carnaval esse quantitativo consegue dobrar ou mais, fazendo necessário ter um suporte extra nesses serviços ofertados.

É importante informar que as vias de acesso aos serviços de emergências ficam bem congestionados durante o período de gestas de carnaval, devido a presença de milhares de foliões em bloco, vários trios etc. Fazendo que o folião demore mais tempo para chegada ao local de necessidade de urgência/emergência ou até mesmo não consiga chegar. Por isso a necessidade de termos 01 (um) posto de urgência/emergência em local central de festividade do município.

Ana Cláudia Callou
Secretaria de Saúde/SSO
Matr. 73680-5

Procurador
Geor. Página 4 de 3
Chefe do Consultivo

CLAUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO

1.1 Constitui objeto deste Termo Aditivo o **acréscimo de valor** ao Contrato nº 131/2023, no valor de **R\$ 547.052,48 (quinhentos e quarenta e sete mil, cinqüenta e dois reais e quarenta e oito centavos)** no percentual de **3,19% no período de 27 de fevereiro de 2025 às 19hs e finalizará no dia 05 de março de 2025 às 19hs**, cujo objeto versa sobre o gerenciamento, a operacionalização e a execução de ações e serviços de saúde na UPA DE RIO DOCE em regime de 24 horas por dia, que assegure assistência universal gratuita a população.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL

2.2. O presente termo aditivo esta fundamentado no art. 65 § 1º, da Lei Federal nº 8.666/93 – Lei das Licitações e Contratos Administrativos e sejam observados a Lei nº 6.149/2021, o Decreto nº 008/2022, o Decreto nº 093/2016, bem como, a Cláusula Décima Primeira do contrato ora ditado.

CLÁUSULA TERCEIRA – DO PRAZO DA ASSINATURA E VIGÊNCIA

3.1. O prazo para assinatura do termo aditivo será imediato, a contar da data do recebimento da convocação.

3.2. O prazo de vigência do instrumento do termo aditivo contratual será a partir da assinatura até o fim do período carnavalesco que iniciará dia **27 de fevereiro de 2025 às 19hs e finalizará no dia 05 de março de 2025 às 19hs**.

CLÁUSULA QUARTA – DOS RECURSOS ORÇAMENTÁRIOS

4.1. Os recursos financeiros para a cobertura das despesas decorrentes deste Termo Aditivo são oriundos da seguinte dotação orçamentária:

Classificação	PAB	MAC	PFVPS	TESOURO	OUTROS
Programa		3034			
Projeto Atividade		4034			
Subação		006			
Elemento Despesa		33.50.43			
Fonte		1500			
Unidade Gestora		FMS			

CLÁUSULA QUINTA – DO PAGAMENTO

Ana C. da Silva
Secretaria de Saúde
Mat. 73680-F

Procuradora do Município
Gabinete
Chefe do Conselho
Página 2 de 3

- 5.1. O pagamento será realizado em até 30 (trinta) dias após a prestação de contas e mediante apresentação de Nota Fiscal e Recibo em anexo.
- 5.2. Nenhum pagamento será efetuado a CONTRATADA enquanto pendente de liquidação qualquer obrigação financeira que lhe for imposta, em virtude de penalidade ou inadimplência, a qual poderá ser compensada com o pagamento pendente, sem que isso gere o direito a acréscimos de qualquer natureza.
- 5.3. Constatando-se qualquer incorreção na Nota Fiscal, bem como, qualquer outra circunstância que inviabilize seu pagamento, o prazo para pagamento constante do item acima fluirá a partir da respectiva regularização.
- 5.4. As demais condições ficam mantidas no contrato inicial, devendo ser observadas a Lei nº. 6.149/2021, o Decreto nº. 008/2022, o Decreto nº. 093/2016 e o Contrato de Gestão nº. 131/2023 e seus anexos.

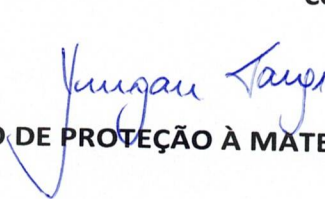
CLÁUSULA SEXTA – RATIFICAÇÕES

- 6.1. Ficam ratificadas todas as demais cláusulas e condições estipuladas no instrumento contratual de origem, que não foram modificadas ou complementadas pelo presente Termo Aditivo.
- 6.2. E por estarem assim justas e contratadas, as partes assinam este instrumento em 04 (quatro) vias de igual teor e forma, juntamente com 02 (duas) testemunhas, para que se produzam os seus efeitos jurídicos legais.

Olinda, _____ de _____ de 2025.

Ana Cláudia Caliou
Secretaria de Saúde/SSO
Mat 73680-5

ANA CLAUDIA CALLOU MATOS
SECRETÁRIA DE SAÚDE
CONTRATANTE

 
ASSOCIAÇÃO DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE E INFÂNCIA UBAÍRA S3 GESTÃO EM
SAÚDE
CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

1. _____

NOME:

CPF/MF:

2. _____

NOME:

CPF/MF