

PREFEITURA MUNICIPAL DE TIROS

FONE: (34) 3853-1221 - FAX (34) 3853 1101
Praça Santo Antonio 170 - CEP 38880-000 – TIROS MG

2º TERMO ADITIVO AO CONTRATO 05/2023 - CELEBRADO ENTRE O MUNICÍPIO DE TIROS E CONSÓRCIO PÚBLICO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO ALTO PARANAÍBA – CISALP

O **MUNICÍPIO DE TIROS**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ Nº 18.602.094.0001-34, com sede na Praça Santo Antônio, 170, a seguir denominado **CONTRATANTE**, neste ato representado por seu Prefeito Municipal, Sr. Ivan Pereira Nunes inscrito no CPF 662.873.086.72 e **CONSÓRCIO PÚBLICO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO ALTO PARANAÍBA - CISALP**, pessoa jurídica de direito público interno, do tipo associação pública, inscrito no CNPJ/MF sob o Nº 02.319.394/0001-70, com sede à Rua Juquinha Souto, nº 100, Bairro Novo Horizonte, na cidade de Lagoa Formosa/MG, neste representado por seu Exmo. Presidente, o Sr. César Caetano de Almeida Filho, brasileiro, filho de César Caetano de Almeida e Maria Helena Barcelos Almeida, portador da carteira de identidade nº M6.631.948 SSP/MG, inscrito no CPF sob o nº 910.678.986-20, residente e domiciliado na Atanásio dos Santos, nº 508, Bairro Juscelino Kubitschek, na cidade de Carmo do Paranaíba/MG de ora em diante denominado simplesmente **CONTRATADA** pelo presente instrumento, com fundamento no art. 65, II, d, da Lei nº 8.666/93, e considerando:

Que a administração necessita dar continuidade a assessoria e consultoria para manutenção de computadores e rede.

Resolveram alterar o presente Contrato:

CLAÚSULA 1ª – A nova data de vigência é até 31/12/2025.

E por estarem justos e contratados, firmam o presente, juntamente com as testemunhas abaixo, em duas vias de igual teor e forma.

Tiros, 25 de Novembro de 2024

IVAN PEREIRA NUNES
Prefeito Municipal

CONSÓRCIO PÚBLICO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DO ALTO PARANAÍBA - CISALP
Contratada

PREFEITURA MUNICIPAL DE TIROS

FONE: (34) 3853-1221 - FAX (34) 3853 1101
Praça Santo Antonio 170 - CEP 38880-000 – TIROS MG

TESTEMUNHAS: 1 _____
Nome: _____ CPF: _____
TESTEMUNHA : 2 _____
Nome: _____ CPF: _____