

SEGUNDO ADITIVO TERMO ADITIVO AO INSTRUMENTO PARTICULAR DE CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS, NA FORMA ABAIXO:

Por este instrumento, **SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE COMBATE AO CÂNCER – UPAE BELO JARDIM**, situado na Rodovia BR 232, s/n, Km185, Bairro de Edson Mororó Moura, Belo Jardim/PE CEP 55.150-790, Estado de Pernambuco, inscrita no CNPJ 10.894.988/0003-03, neste ato representado por seu Superintendente Geral das Unidades sob Gestão, **Dr. Filipe Costa Leandro Bitu**, residente e domiciliado em Aldeia/PE, doravante designada simplesmente **CONTRATANTE**, e de outro lado a empresa **ODONTOCLIN - CLÍNICA MÉDICA E ODONTOLÓGICA LTDA**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 36.007.708/0001-11, localizada na(o) RUA JUSTINO GOMES DA SILVA , 135, GOV MIGUEL ARRAES, CHA GRANDE, PE, CEP 55.636-000., neste ato assinado por seu representante legal, nos termos de seu contrato social, a seguir denominada **CONTRATADA**, têm entre si justo e avençado o presente aditivo ao contrato de prestação de serviços de médicos, que se regerá pelas cláusulas e condições postas em seguida:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO:

1.1 – As partes resolvem renovar o prazo de vigência contratual, conforme permitido em contrato, pelo período de 12 meses, tendo início em 01/11/2024 e término previsto para 01/11/2025, podendo ser novamente renovado por iguais e sucessivos períodos, desde que de comum acordo entre as partes e através da formalização do competente aditivo contratual.

CLÁUSULA SEGUNDA – DAS RATIFICAÇÕES

2.1 – Permanecem inalteradas e em pleno vigor, todas as demais disposições do Contrato e termos aditivos que não tenham sido alteradas ou modificadas por este instrumento no todo ou em parte.

E, por estarem desta forma justas e de acordo, as partes assinam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, juntamente com 02 (duas) testemunhas que a tudo estiveram presentes.

Recife/PE, 01/11/2024.

**SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE COMBATE AO CÂNCER – UPAE
BELO JARDIM**

ODONTOCLIN - CLÍNICA MÉDICA E ODONTOLÓGICA LTDA

Testemunhas:

1. _____

2. _____

Nome:

Nome:

CPF/MF:

CPF/MF: