

## ADITIVO Nº 03 AO CONTRATO 02/2018

Aditivo 03 ao Contrato celebrado entre Município de São João do Polêsine e **Unimed – Santa Maria/RS – Cooperativa de Assistência à Saúde Ltda.**

O **MUNICÍPIO DE SÃO JOÃO DO POLÊSINE**, pessoa jurídica de direito público interno, com sede à Rua Guilherme Alberti, 1631, São João do Polêsine – RS, inscrito no CNPJ nº 94.444.247/0001-40, representado pelo Prefeito Municipal o Sr. **MATIONE SONEGO**, CPF Nº 635.948.970-87, RG nº 1038563233, brasileiro, casado, residente e domiciliado nesta cidade, doravante denominado **CONTRATANTE**, e, do outro lado, **UNIMED – SANTA MARIA/RS – COOPERATIVA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE LTDA.**, inscrita no CNPJ sob o nº 87.497.368/0001-95, com sede na Rua Professor Braga, nº 141, em Santa Maria/RS, CEP 97.015-530, representada neste ato pelo Sr. Ernani Clovis Büllow, inscrito no CPF sob o nº 411.170.260-00, RG nº 6022160482-SJS/RS, residente e domiciliado na Rua Marcílio Dias, nº 222, Bairro Parque do Sol, em Santa Maria/RS, CEP 97095-420, denominada **CONTRATADA**, têm justo e acertado o presente Termo Aditivo ao Contrato nº 02/2018, vinculado ao Pregão Presencial nº 01/2018, Processo nº 01/2018, mediante as seguintes cláusulas e condições:

### CLÁUSULA PRIMEIRA

Fica prorrogado o prazo de vigência, previsto na Cláusula Décima Segunda do Contrato 02/2018, por mais 12 meses a contar de 09 de fevereiro de 2020, conforme Art. 57, II da Lei Federal 8.666/1993.

### CLÁUSULA SEGUNDA

Fica **alterado** o valor mensal, por usuário inscrito, para **R\$ 415,53** (quatrocentos e quinze reais e cinquenta e três centavos) conforme ajuste previsto na Cláusula Quarta.

### CLÁUSULA TERCEIRA

Permanecem inalteradas as demais cláusulas e condições do Contrato 02/2018.

Por estarem de acordo com as cláusulas acima expressas, as partes acima qualificadas assinam o presente aditivo em 02 (duas) vias na presença de duas testemunhas, para que surta os devidos e legais efeitos.

São João do Polêsine/RS, 07 de Fevereiro de 2020.

---

**Matione Sonogo**  
**Prefeito Municipal**  
**Contratante**

---

**UNIMED – Santa Maria/RS**  
**Cooperativa de Assistência à Saúde Ltda.**  
**Contratado**

---

Nome:

CPF:

---

Nome:

CPF: