

**ADITIVO Nº 12**  
**AO TERMO DE CONTRATO COM O HOSPITAL DE CARIDADE SÃO ROQUE**

Aditivo ao Termo de contrato celebrado entre o Município de São João do Polêsine e o Hospital de Caridade São Roque para prestação de serviços de gestão hospitalar no Centro de Saúde Dr. Roberto Binatto.

As partes Contratantes, de um lado o **Município de SÃO JOÃO DO POLÊSINE**, Estado do Rio Grande do Sul, CNPJ nº 94.444.247/0001-40, com sede na Rua Guilherme Alberti, 1631, doravante denominado simplesmente de CONTRATANTE, representado neste ato pelo Prefeito Municipal Sr. Matione Sonogo, CPF nº 635.948.970-87, RG nº 1038563233/SSP/RS e de outro lado o **Hospital de Caridade São Roque**, CNPJ nº 89.891.337/0001-40, doravante denominado simplesmente de CONTRATADO, representado neste ato por seu Presidente Roberto Cervo, CPF 064.251.190-04, RG 5019823607, resolvem aditar o Termo de Contrato que entre si celebraram no dia 23/10/2012, constante do Processo Licitatório referente à Concorrência nº 01/2012, mediante a seguinte cláusula:

**CLÁUSULA PRIMEIRA** – Ficam suprimidos, a contar do dia primeiro de agosto do ano de 2017, os serviços médicos para as especialidades de Pediatria, Psiquiatria, Ginecologia e Fonoaudiologia, constantes na Cláusula II, item 05 do Contrato celebrado em 23 de outubro de 2012, reduzindo o valor previsto na Cláusula VII do referido Contrato em R\$ 7.866,27 (sete mil, oitocentos e sessenta e seis reais e vinte e sete centavos), passando o valor mensal previsto na Cláusula VII do Contrato, com última atualização de valor concedida através do Aditivo nº 10 de 02 de fevereiro de 2017, a ser de até 93.231,68 (noventa e três mil, duzentos e trinta e um reais e sessenta e oito centavos).

E, por estarem assim ajustadas, assinam o presente aditivo em duas vias de igual teor e forma, para que produza os efeitos jurídicos correspondentes.

São João do Polêsine, RS, aos 14 de julho de 2017.

**Roberto Cervo**  
**Presidente do Hospital de Caridade São Roque**  
**Contratado**

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

Testemunhas:

Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_

Este Aditivo foi examinado e aprovado pela Assessoria Jurídica

Em: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura