

DÉCIMO OITAVO TERMO ADITIVO ao CONVÊNIO que entre si celebram o Município de Tauá-CE e a Sociedade Beneficente São Camilo – Hospital Dr. Alberto Feitosa Lima, para os fins que nele declaram.

O **MUNICÍPIO DE TAUÁ**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrita no CNPJ sob o nº 07.849.532/0001-49, com sede no Centro Administrativo José Fernandes Castelo, S/N, Tauá/CE,

[REDACTED] doravante denominado **CONCEDENTE** e a **SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO – HOSPITAL DR. ALBERTO FEITOSA LIMA**, entidade filantrópica sem fins lucrativos, com sede na cidade de Tauá-CE, na rua Abigail Cidrão de Oliveira, 213, Bairro Planalto dos Colibris,

[REDACTED] doravante denominada **CONVENIADA**, de acordo com as cláusulas seguintes:

CLÁUSULA PRIMEIRA – DA FUNDAMENTAÇÃO LEGAL: O presente Termo Aditivo fundamenta-se no que dispõe a Lei Orgânica do Município, disposições da Constituição Federal e Estadual aplicáveis a espécie, Lei Municipal No. 1.762 de 29 de dezembro de 2010 e mais o que couber a Lei 8.666/93 e alterações posteriores, ainda pelas Portarias Ministeriais pertinentes.

CLÁUSULA SEGUNDA – DO OBJETO: O presente Termo Aditivo tem por objeto repasse financeiro no valor total de R\$ 960.000,00 (Novecentos e sessenta mil reais), em parcela única referente a Custeio dos Leitos de UTI para tratamento de pacientes com COVID-19, conforme Portaria GM/MS Nº 3.483 de 17 de dezembro de 2020.

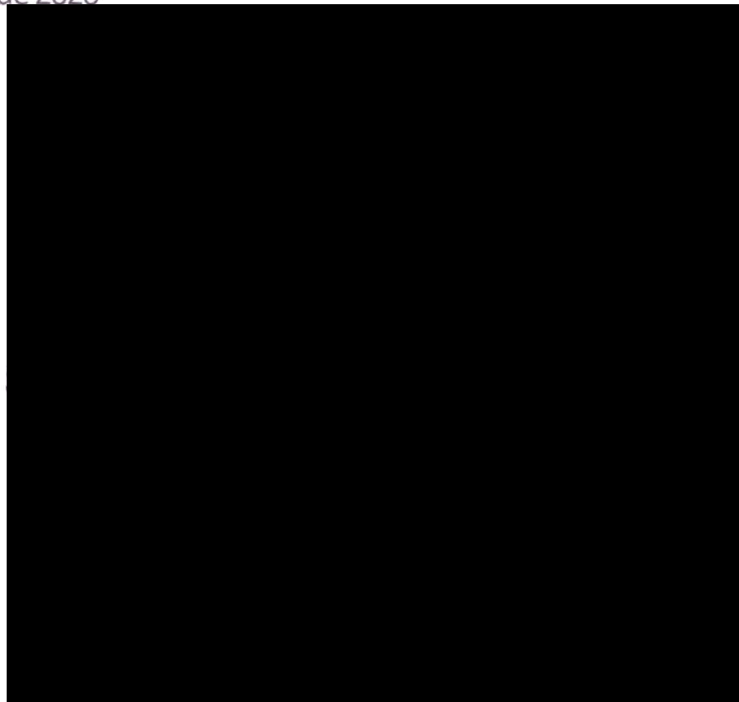
Os recursos foram depositados no Fundo Municipal de Saúde de Tauá no dia 23 de dezembro de 2020.

CLÁUSULA TERCEIRA - DA VIGÊNCIA: O presente Termo Aditivo terá vigência até o efetivo repasse dos recursos do Fundo Municipal de Saúde para a Sociedade Beneficente São Camilo.

CLÁUSULA QUARTA – Permanecem inalteradas as demais cláusulas e condições do Convênio.

E, assim, por estarem de acordo e ajustadas, as partes assinam a presente Termo Aditivo, em 03 (três) vias de igual teor e forma, para um só efeito, na presença de 02 (duas) testemunhas abaixo assinadas.

Tauá-CE, 23 de dezembro de 2020



TESTEMUNHAS:

1. _____

CPF _____

2. _____

CPF _____