



**PREFEITURA MUNICIPAL DE CACHOEIRA DE MINAS – MG**

**CNPJ n.º 18.675.959/0001-92**

**Praça da Bandeira, n.º 276, Centro - CEP: 37.545-000**

**Telefone: (35) 3472-1333 – Fax: (35) 3472-1200**

**www.cachoeirademinas.mg.gov.br**

**1º TERMO DE ALTERAÇÃO AO CONTRATO N.º 088/2023**

**PROCESSO LICITATÓRIO N.º 109/2023 – DISPENSA 009/2023**

O Município de Cachoeira de Minas, Estado de Minas Gerais, inscrito no CNPJ n.º 18.675.959/0001-92, isento de Inscrição Estadual, com sede na Praça da Bandeira, n.º 276, Centro, nesse ato representado pelo Prefeito Municipal, Sr. Dirceu D'Ângelo de Faria, doravante denominado CONTRATANTE, e de outro a pessoa jurídica **CLINICA NEURO PSIQUIATRICA DE ALFENAS EIRELI** inscrita no CNPJ/MF sob o nº 18.901.645/0001-60, neste ato representada pelo Sr. Bahjat Mohamed Ahmed Ali Hammad, doravante designada CONTRATADA, devidamente qualificados no contrato original, celebram o presente Termo, sob as normas da Lei Federal nº. 8.666/93 e legislação subsequente, visando a contratação emergencial de clínica especializada para realização de internação, em cumprimento à decisão do Juiz de Direito da comarca de Cachoeira de Minas referente ao Processo nº 0000776-36.2018.8.13.0097:

**1. CLÁUSULA PRIMEIRA – DA VIGÊNCIA.**

1.1 - Pelo presente termo, fica o prazo de vigência do contrato firmado, para vigor no período de 26 de Junho de 2023 à 26 de Setembro de 2023, com fundamento no art. 57, II, da Lei Federal n. 8.666/93.

**2. CLÁUSULA SEGUNDA – DA RATIFICAÇÃO**

2.1 - Ficam ratificadas todas as demais cláusulas contratuais já existentes, que permanecem inalteradas.

E por, estarem justos e acordados, firmam o presente Termo em 02 (Duas) vias de igual teor e forma, juntamente com as testemunhas abaixo arroladas para que, após lido e achado conforme é assinado pelo CONTRATANTE, CONTRATADA e testemunhas.

Cachoeira de Minas, 26 de Junho de 2023.

\_\_\_\_\_  
Pela CONTRATANTE

Sr. Dirceu D'Ângelo de Faria

**PREFEITO MUNICIPAL**

\_\_\_\_\_  
Pela CONTRATADA

Sr. Bahjat Mohamed Ahmed Ali Hammad

**CLINICA NEURO PSIQUIATRICA DE ALFENAS EIRELI**

Testemunha 01: \_\_\_\_\_

CPF/RG: \_\_\_\_\_

Testemunha 02: \_\_\_\_\_

CPF/RG: \_\_\_\_\_