



SEGUNDO TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO N.º 15/2018

Pelo presente Instrumento Particular, de um lado, a **ASSOCIAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS DA RODOVIA MT 140**, inscrita no CNPJ sob o nº 18.715.101/0001-04, representado neste ato pelo seu Presidente Paulo Henrique Rocha e, de outro lado, a Empresa **MULTICLIN – CLÍNICA DE MEDICINA DO TRABALHO**, localizada na Rua João Pessoa, 1.364, bairro Campo Real II, CNPJ n.º 22.580.356/0001-84, cidade de Campo verde, representada neste ato pelo seu(s) Diretor(es) JAIRO SOUZA JUNIOR, vencedora do Processo de Cotação Prévia de Preços, de **SERVIÇOS DE SAÚDE DO TRABALHO** de conformidade com Lei n.º 13.019 de 31 de julho de 2014 e, o Chamamento Público n.º 001 e 004/2016/SINFRA, ao qual este TERMO DE CONTRATO está vinculado.

Considerando a autorização do Senhor Presidente Paulo Henrique Rocha, em decorrência dos serviços de saúde do trabalho, ser de prestação contínua - conforme demanda.

As partes acima qualificadas resolvem firmar o presente termo aditivo ao Contrato de Prestação de Serviços nº 15/2018, mediante cláusulas e condições a seguir:

CLÁUSULA PRIMEIRA – OBJETO

1.1 Constitui objeto deste termo aditivo, a prorrogação dos prazos de vigência (cláusula segunda) por **180 (cento e oitenta) dias**, contados a partir de 1º de fevereiro de 2019.

Associação dos Beneficiários da Rodovia MT-140

CNPJ: 18.715.101/0001-04 - Tel.: 65 3358 4268

Rua I, 332, Bairro Despraçado, Ed. The Point Smart Business, Bloco 1, Sala 711-A
Cuiabá - Mato Grosso - CEP 78.049-322



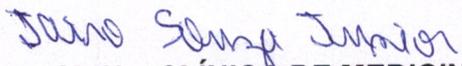
CLÁUSULA SEGUNDA – RATIFICAÇÃO

2.1 Em tudo mais ficam perfeitamente ratificadas as disposições do Contrato de Prestação de Serviços nº 15/2018, ao qual se integra este termo aditivo.

E por estarem assim ajustadas, as partes firmam o presente Termo Aditivo, em 2 (duas) vias de igual teor, na presença das testemunhas abaixo assinadas.

Cuiabá/MT, 1º de fevereiro de 2019.


**PRESIDENTE DA ASSOCIAÇÃO DOS BENEFICIÁRIOS DA RODOVIA
MT140
PAULO HENRIQUE ROCHA
CONTRATANTE**


**MULTICLIN – CLÍNICA DE MEDICINA DO TRABALHO
CONTRATADA**

Testemunhas:

Nome:

Nome:

CPF:

CPF: