



**1º TERMO ADITIVO DE PRAZO AO CONVÊNIO Nº 001/2022**

**PRIMEIRO ADITIVO DE PRORROGAÇÃO DE PRAZO AO TERMO DE CONVÊNIO Nº 001/2022 QUE ENTRE SI CELEBRAM DE UM LADO O MUNICÍPIO DE ÁGUAS DE LINDÓIA ATRAVÉS DE SUA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E A SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO - HOSPITAL SÃO CAMILO – ÁGUAS DE LINDÓIA, EM REGIME DE MÚTUA COOPERAÇÃO NA FORMA ABAIXO.**

Pelo presente instrumento, de um lado o **MUNICÍPIO DE ÁGUAS DE LINDÓIA**, Estado de São Paulo, entidade Pública da Administração Direta, com sede na Rua Professora Carolina Fróes, n.º 321, Bairro Centro, inscrita no CNPJ/MF n.º 46.439.683/0001-89, neste ato representado pelo Prefeito [REDACTED] brasileiro, portador da Cédula de Identidade RG [REDACTED] e devidamente inscrito no CPF/MF sob n.º [REDACTED] residente e domiciliado no município de Águas de Lindóia, através da **SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**, neste ato representada pela Secretária Municipal de Saúde, [REDACTED], brasileira, portadora da Cédula de Identidade [REDACTED] e CPF nº [REDACTED] endereço profissional, rua Colômbia, 190 Bairro Centro, Águas de Lindóia/SP – CEP: 13940-000 doravante denominado simplesmente **CONVENENTE** e de outro lado a **SOCIEDADE BENEFICENTE SÃO CAMILO – HOSPITAL SÃO CAMILO – ÁGUAS DE LINDÓIA**, inscrita no CNPJ nº 60.975.737/0094-50, com endereço na Rua Santa Catarina, nº 158, Bairro Centro, Águas de Lindóia, neste ato representado por seu Presidente, o [REDACTED] brasileiro, portador da cédula de identidade RG nº [REDACTED] e CPF nº [REDACTED] com endereço profissional na Rua Avenida Pompeia, nº 888, Bairro Vila Pompeia, São Paulo, CEP: 05022-000, doravante denominada respectivamente **CONVENIADA**, resolvem pela majoração do prazo de vigência da parceria do Termo de Convênio nº 001/2022, mediante as cláusulas e condições a seguir estipuladas.



# PREFEITURA MUNICIPAL DA ESTÂNCIA DE ÁGUAS DE LINDÓIA

RUA PROFª CAROLINA FROES, 321 - CEP 13940-000 FONE: (19) 3924-9300  
CAIXA POSTAL 01 - ÁGUAS DE LINDÓIA - ESTADO DE SÃO PAULO

Pelo Hospital São Camilo Águas de Lindóia:

  
[Redacted]  
Diretora Administrativa

  
[Redacted]  
Gerente de Apoio

P.P. [Redacted]  
Presidente da SBSC – Hospital São Camilo  
Águas de Lindóia

## TESTEMUNHAS:

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

CPF nº \_\_\_\_\_

Nome: [Redacted] \_\_\_\_\_

CPF nº [Redacted] \_\_\_\_\_

  
DEPARTAMENTO JURÍDICO  
[Redacted]



**1. CLÁUSULA PRIMEIRA – DA VIGÊNCIA**

O prazo de vigência do Convênio original fica prorrogado por mais 12 meses, contados de 13/01/2024 a 31/12/2024.

**2. CLÁUSULA SEGUNDA – DA RATIFICAÇÃO**

Ficam expressamente mantidas as demais cláusulas, obrigações e condições anteriormente pactuadas no instrumento original.

E, por estarem assim, justas e acordadas, firmam este termo em 2 (duas) vias de igual teor e forma, juntamente com as testemunhas abaixo.

Águas de Lindóia, 12 de janeiro de 2024.

Pelo Município:

Prefeito Municipal

Secretária Municipal de Saúde