



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
ESTADO DO PARÁ
Prefeitura Municipal de Itaituba

TERMO DE RESCISÃO CONTRATO ADMINISTRATIVO Nº 20230014
DISPENSA DE LICITAÇÃO Nº 002/2023-DL

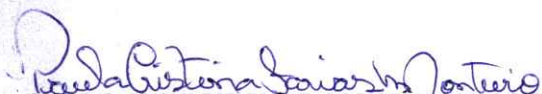
O **FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ nº 16.775.433/0001-59, com sede à Avenida Transamazônica, nº 583, Bairro Bela Vista, CEP. 68.280-230, na cidade de Itaituba, Estado do Pará, neste ato legalmente representada por sua Secretária Municipal de Assistência Social, Exma. Sra. **Paula Cristina Farias Monteiro**, brasileira, casada, portadora da carteira de identidade nº 10759405 PC-PA e do CPF nº 897.872.502-34, residente e domiciliado neste município, doravante denominado **RESCINDENTE** e **MELQUISEDECH SILVA DA COSTA**, inscrito no CPF 923.937.302-06, residente na PS MANOEL MIRANDA, Nº 233, CENTRO, Itaituba-PA, CEP 68180-000, a seguir denominado **RESCINDIDO**. Celebram o presente **TERMO DE RESCISÃO CONSENSUAL** do **Contrato Administrativo nº. 20230014**, mediante as seguintes cláusulas e condições:

CLÁUSULA PRIMEIRA: Constitui objeto do presente termo a rescisão consensual do Contrato Administrativo nº. 20230014, referente à LOCAÇÃO DE IMÓVEL ONDE FUNCIONARÁ O CENTRO DE REFERÊNCIA ESPECIALIZADO DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (CREAS), SETOR VINCULADO A SECRETARIA MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL (SEMDAS), nos termos do inciso II do art. 79 da Lei nº. 8.666/93.

CLÁUSULA SEGUNDA: A rescisão amigável do contrato em epígrafe será realizada sem ônus de qualquer natureza para qualquer dos envolvidos, renunciando ambas as partes ao direito sobre o qual se fundou a relação jurídica que se pactuou no processo de dispensa de licitação.

CLÁUSULA TERCEIRA: As partes concordam que, a partir da data de assinatura deste Instrumento, encerram-se as obrigações entre elas e assentem não haver mais obrigações futuras de ordem financeira desde a data supramencionada. E, por estarem as partes justas e acordadas, assinam em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

Itaituba-PA, 05 de março 2025.


FUNDO MUNICIPAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL

RESCINDENTE


MELQUISEDECH SILVA DA COSTA

RESCINDIDO

Testemunha (01) : _____

CPF nº _____

Testemunha (02) : _____

CPF nº _____