



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DO PARÁ  
**Prefeitura Municipal de Itaituba**

**1º TERMO ADITIVO – ALTERAÇÃO DADOS BANCÁRIOS - CONTRATO ADMINISTRATIVO Nº 20240113 – PREGÃO ELETRÔNICO Nº 026/2024 - CP, COMO ABAIXO DECLARA:**

Pelo presente Termo aditivo, o Município de Itaituba através do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ nº 11.291.166/0001-20, com sede à Tv. Sagrado Coração de Jesus, s/n, Bairro Boa Esperança, CEP. 68.182-201, na cidade de Itaituba, Estado do Pará, neste ato legalmente representado por sua Secretária Municipal de Saúde, Sra. Horenice Cabral Moreira, portadora da Carteira de Identidade RG nº 2803543 SSP/PA, inscrita no CPF/MF nº 825.025.287-04, residente e domiciliada neste município, doravante denominado **CONTRATANTE** e **MATEUS GOMES DOS SANTOS LTDA**, inscrita no CNPJ nº 45.293.303/0001-88, estabelecida na Avenida Belém, 532, Comércio, Itaituba – PA, CEP: 68180-090, neste ato representada pelo Sr. Mateus Gomes dos Santos, com poderes para representar a empresa nos termos do contrato social, doravante denominada simplesmente **CONTRATADA**, resolvem aditar o presente Contrato, sujeitando-se às normas preconizadas na Lei nº 8.666/93, de 21 de junho de 1993 e suas alterações posteriores, e no que consta no Processo de Pregão Eletrônico nº 026/2024- PE, mediante as cláusulas e condições seguintes:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DA ALTERAÇÃO DOS DADOS BANCÁRIOS**

1. Fica alterado os dados bancários para Agência nº 754-4, Conta Corrente nº 55946-6, Banco do Brasil.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DAS DISPOSIÇÕES GERAIS**

1. As demais cláusulas do contrato original permanecem inalteradas a que se refere o presente Termo Aditivo.

2. E, por assim estarem justas e contratadas, as partes, por seus representantes legais, assinam o presente Termo Aditivo nº 01, em 02(duas) vias de igual teor e forma para um só e jurídico efeito, perante as testemunhas abaixo-assinadas, a tudo presentes.

Itaituba - PA, 08 de agosto de 2024.

\_\_\_\_\_  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE  
CONTRATANTE**

\_\_\_\_\_  
**MATEUS GOMES DOS SANTOS LTDA  
CONTRATADA**

Testemunha (01): \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_

Testemunha (02): \_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_