



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA IZABEL DO PARÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



JUSTIFICATIVA / AUTORIZAÇÃO

1. DO TERMO ADITIVO:

PROC. ADM. Nº:	02/2018
ÓRGÃO	Secretaria Municipal de Saúde/Fundo Municipal de Saúde
ORDENADOR:	Melquesedeque Alves Filho
LICITAÇÃO:	Dispensa de Licitação nº 011/2018
CONTRATO:	34/2018
VALOR GLOBAL:	R\$ 840.000,00
VIGÊNCIA:	20 Anos (assinado em 02/08/2018)
NÚMERO:	2º Termo Aditivo

**OBJETO DO CONTRATO:** ARRENDAMENTO / LOCAÇÃO DO HOSPITAL DR. EDILSON PAIVA DE ABREU.

**OBJETO DO SEGUNDO TERMO ADITIVO:** ALTERAÇÃO DAS CLÁUSULAS 2ª, 3ª, 5ª E 9ª DO CONTRATO Nº 34/2018, FIRMADO ENTRE AS PARTES EM 02 DE ABRIL DE 2018, NOS TERMOS PREVISTOS EM SUA CLÁUSULA DÉCIMA PRIMEIRA.

2. DA JUSTIFICATIVA:

A presente justificativa tem como objetivo informar a necessidade da alteração de cláusulas contratuais exorbitantes presente no Contrato Administrativo nº 34/2018, firmado com a empresa HOSPITAL SANTA IZABEL LTDA, ora Arrendador.

As alterações propostas tem como objetivo adequar cláusulas ao que estabelece a legislação aplicável, de forma a garantir que as relações entre as partes sejam equilibradas e justas, bem como resguardar os interesses das partes.

Entendo que as alterações propostas não trarão prejuízos ao interesse público e não afetam as obrigações e responsabilidades assumidas pela Arrendadora em relação contrato de arrendamento, estando de acordo com as normas legais vigentes.

Ressalto, por fim, que os demais termos contratuais continuam resguardados.



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA IZABEL DO PARÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE



### 3. DA AUTORIZAÇÃO:

Com base em tudo aqui exposto e fundamentado, na condição de ordenador de despesa, venho, por meio deste, **AUTORIZAR** a confecção do aludido Termo Aditivo, encaminhando os autos à Assessoria Jurídica para aprovação, e posterior envio ao Setor de Contratos para que sejam tomadas as providências necessárias.

Santa Izabel do Pará - PA, 07 de janeiro de 2020.

MELQUESEDE Assinado de forma  
QUE ALVES digital por  
FILHO:0421353 MELQUESEDEQUE  
0230 ALVES  
FILHO:04213530230

**MELQUESEDEQUE ALVES FILHO**  
MUNICÍPIO DE SANTA IZABEL DO PARÁ  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE