

TERCEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS QUE, ENTRE SI, FAZEM A SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE COMBATE AO CÂNCER – HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO E CONSULT LAB LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS LTDA.

Por este instrumento, **SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE COMBATE AO CÂNCER – HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO**, situado na Av Doutor Pedro Jordão, no 260, bairro de Mauricio de Nassau, Caruaru/PE, CEP 55.012-640, Estado de Pernambuco, inscrita no CNPJ 10.894.988/0006-48, representada pela sua Superintendente Geral das Unidades sob Gestão, **DRA. ISABELA COUTINHO**, doravante designada simplesmente **CONTRATANTE**, e de outro, **CONSULT LAB LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS LTDA.**, inscrita no CNPJ sob n.º 31.145.185/0004-07, sediada na Av. José Marques Fontes, 1451, bairro de Vassoural, Caruaru/PE, CEP 55026-675, Caruaru/PE, neste ato representada por seu representante legal, nos termos de seu contrato social, a seguir denominado **CONTRATADA**, têm entre si justa e avençada a celebração do presente termo Aditivo ao Contrato já firmado, que se regerá pelas condições postas em seguida:

CONSIDERANDO o contrato havido entre as partes, e o interesse comum em aditá-lo.

CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO DO ADIVITO:

1.1 – Alterar a vigência contratual.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA VIGÊNCIA:

2.1 – Fica alterada a cláusula de vigência do contrato originário, estabelecendo-se novo período de 12 (doze) meses, com início em **02/07/2026**, mantendo-se as demais condições de renovação previstas no contrato.

CLÁUSULA TERCEIRA – DA RATIFICAÇÃO:

3.1 – Permanecem inalteradas e em pleno vigor todas as demais cláusulas e condições do contrato original que não conflitem com o presente Termo Aditivo.

E, por estarem desta forma justas e de acordo, as partes assinam o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma, juntamente com 02 (duas) testemunhas que a tudo estiveram presentes.

Recife/PE, ____ de ____ de ____

SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE COMBATE AO CÂNCER
HOSPITAL SÃO SEBASTIÃO

Isabela Coutinho

CONSULT LAB LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS LTDATestemunhas:

Nome: _____

Nome: _____

CPF/MF: _____

CPF/MF: _____