

**PRIMEIRO TERMO ADITIVO AO INSTRUMENTO PARTICULAR DE CONTRATO, NA FORMA ABAIXO:**

Por este instrumento, **SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE COMBATE AO CÂNCER – UPÆ CARUARU**, situado na AV Jose Marques Fontes, s/n, bairro de Indianópolis, Caruaru/PE, CEP 55.026-675, Estado de Pernambuco, inscrita no CNPJ 10.894.988/0007-29, neste ato representado por sua Superintendente Geral das Unidades sob Gestão, **Dra. Isabela Coutinho**, residente e domiciliada em Recife/PE, doravante designada simplesmente **CONTRATANTE**, e de outro lado a empresa COOPAGRESTE-COOPERATIVA DOS MEDICOS ANESTESIOLOGISTAS DO INTERIOR DE PERNAMBUCO, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 00.610.112/0001-64, localizada na(o) Rua Arthur Antônio da Silva, nº 625, Salas 202 e 203, CEP nº 55.016-445, Bairro Universitário, Município de Caruaru, Estado de Pernambuco, neste ato assinado por seu representante legal, nos termos de seu contrato social, a seguir denominada **CONTRATADA**, têm entre si justo e avençado o presente aditivo ao contrato já firmado, que se regerá pelas cláusulas e condições postas em seguida:

**CLÁUSULA PRIMEIRA – DO OBJETO:**

**1.1** – As partes resolvem renovar o prazo de vigência contratual, conforme permitido em contrato, pelo período de 12 (doze) meses, tendo início em 02/02/2026 e término previsto para 02/02/2027, podendo ser novamente renovado por iguais e sucessivos períodos, desde que de comum acordo entre as partes e através da formalização do competente aditivo contratual.

**CLÁUSULA SEGUNDA – DAS RATIFICAÇÕES**

**2.1** – Permanecem inalteradas e em pleno vigor, todas as demais disposições do Contrato e termos aditivos que não tenham sido alteradas ou modificadas por este instrumento no todo ou em parte.

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, 09/01/2026.

**SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE COMBATE AO CÂNCER – UPAE  
CARUARU**

**COOPAGRESTE-COOPERATIVA DOS MEDICOS ANESTESIOLOGISTAS  
DO INTERIOR DE PERNAMBUCO**

Testemunhas:

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

Nome:

Nome:

CPF/MF:

CPF/MF: