

TERCEIRO TERMO ADITIVO AO CONTRATO DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS QUE, ENTRE SI, FAZEM A SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE COMBATE AO CÂNCER – UPAE CARUARU E MAXIMA ASSESSORIA E CONSULTORIA EM SAUDE E MEDICINA DO TRABALHO LTDA.

Por este instrumento, **SOCIEDADE PERNAMBUCANA DE COMBATE AO CÂNCER – UPAE CARUARU**, situado na Avenida Jose Marques Fontes, s/n, CEP 55.026-675, Bairro de Indianópolis, Município de Caruaru, Estado de Pernambuco, inscrita no CNPJ 10.894.988/0007-29, neste ato, representada pela sua Superintendente Geral das Unidades sob Gestão, **DRA. ISABELA COUTINHO**, doravante designada simplesmente **CONTRATANTE**, e de outro, **MAXIMA ASSESSORIA E CONSULTORIA EM SAUDE E MEDICINA DO TRABALHO LTDA.**, inscrita no CNPJ sob n.º 21.939.486/0001-06, sediada na Rua Gonçalo Coelho, n.º 250, CEP: 55.014-020, Bairro Mauricio de Nassau, 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 de Prestação de Serviços Médicos, que se regerá pelas condições postas em seguida:

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

CLÁUSULA PRIMEIRA – DAS ALTERAÇÕES:

1.1 – As partes resolvem renovar o prazo de vigência contratual, pelo período de 20 (vinte) dias, de forma retroativa, iniciando-se em 11/04/2026 e encerrando-se em 30/04/2026.

CLÁUSULA SEGUNDA – DA RATIFICAÇÃO:

2.1 – Permanecem inalteradas e em pleno vigor todas as demais cláusulas e condições do contrato original que não conflitarem 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 2026

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

Isabela Coutinho

**MAXIMA ASSESSORIA E CONSULTORIA EM SAUDE E MEDICINA DO TRABALHO
LTDA.****Testemunhas:**

Nome: _____

Nome: _____

CPF/MF:

CPF/MF:

