GOVERNO DO ESTADO
RIO GRANDE DO SUL
SECRETARIA DA SAÚDE

_____
_____
Assinatura
[equipe de inspeção da Vigilância]

_____
Assinatura
[Coordenador(a) Regional de Saúde ou Chefe de Divisão do CEVS]

_____
Assinatura
[Compromissário]

ANEXO III – Portaria SES Nº 655/2024

TERMO ADITIVO AO TERMO DE COMPROMISSO ASSINADO EM [DD/MM/AAAA], REFERENTE AO PROCESSO Nº [_____].

Pelo presente instrumento, de um lado a [órgão responsável – Coordenadoria Regional de Saúde ou a Divisão do Centro Estadual de Vigilância em Saúde], situada [endereço], a seguir denominada **Compromitente**, e, de outro lado [razão social do estabelecimento ou nome da pessoa física], inscrito(a) no [CNPJ/CPF nº], situado(a) [endereço], neste ato representado(a) por [nome completo], [RG], [CPF], a seguir denominado(a) **Compromissário(a)**, com base com base no art. 28-A da Lei Federal nº 6.437, de 20 de agosto de 1977, incluído pela Lei Federal nº 14.671, de 11 de setembro de 2023, e no parágrafo único do Art. 16 da Portaria SES nº 655/2024, têm justo e acordado celebrar este Termo Aditivo ao Termo De Compromisso assinado em [DD/MM/AAAA], referente ao processo nº [_____], nos seguintes termos:

CLÁUSULA PRIMEIRA: DAS NOVAS FORMAS E PRAZOS PARA CORREÇÃO DAS IRREGULARIDADES
As formas e prazos para ajustamento previstos na CLÁUSULA SEGUNDA do Termo De Compromisso acima mencionado passam a vigorar conforme segue:

Nº	Especificação das providências	Prazo para ajustamento
01		
02		
03		
04		
05		

(inserir mais linhas se necessário)

CLÁUSULA SEGUNDA: DA VIGÊNCIA
O prazo de vigência previsto na CLÁUSULA NONA do Termo De Compromisso acima mencionado fica prorrogado até [inserir o prazo máximo previsto para cumprimento das obrigações].

CLÁUSULA TERCEIRA: DAS DEMAIS CLÁUSULAS DO TERMO
Ratificam-se as demais cláusulas e condições contidas no Termo De Compromisso acima mencionado.

Por estarem as partes de acordo, firmam o presente termo em 2 (duas) vias de igual teor e forma.

Cidade, dd/mm/aaaa.

_____
_____
_____
Assinatura
[equipe de inspeção da Vigilância]

_____
Assinatura
[Coordenador(a) Regional de Saúde ou Chefe de Divisão do CEVS]

_____
Assinatura
[Compromissário]