



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



ADITAMENTO DE ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 007/19

Processo Administrativo: PMC.2017.00013860-97

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Modalidade: Pregão Eletrônico nº 155/18

Ata de Registro de Preços nº 012/19

Objeto: Registro de preços de medicamentos na forma de comprimidos (cardiológicos).

O **MUNICÍPIO DE CAMPINAS**, devidamente representado, e a empresa **DIMASTER - COMÉRCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA**, inscrita no CNPJ sob nº 02.520.829/0001-40, através do seu representante legal, acordam proceder ao Aditamento da Ata de Registro de Preços nº 012/19, conforme pedido de realinhamento de preço, relativo ao item 19, nos termos da autorização constante no documento SEI nº 1862881 do Secretário Municipal de Saúde:

Item	Código	Descritivo	Unidade	Valor Unit. (R\$)
19	7748	FUROSEMIDA 40 MG, COMPRIMIDO, DRÁGUA OU CÁPSULA. LOTE COM 100 UNIDADES. OBS: CADA LOTE EQUIVALE A UMA PEÇA.	PC	3,80

Ficam ratificados os demais itens e condições da Ata de Registro de Preços original nº 012/19 em tudo que não se alterou por este Termo de Aditamento.

E por estarem justas e contratadas, subscrevem as partes o presente instrumento em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

Campinas, 30 OUT. 2019

CARMINO ANTONIO DE SOUZA

Secretário Municipal de Saúde

DIMASTER - COMÉRCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA

Representante Legal:

RG nº 2.237.502

CPF nº 811.773.489-34

DIMASTER LTDA.

Odair J. Balestrin
Diretor



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO AO TCESP

Processo Administrativo: PMC.2017.00013860-97

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Contratante: Município de Campinas

Contratada: DIMASTER - COMÉRCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA

Modalidade: Pregão Eletrônico nº 155/18

Ata de Registro de Preços nº 012/19

Aditamento de Ata de Registro de Preços nº 007/19

Objeto: Registro de preços de medicamentos na forma de comprimidos (cardiológicos).

ADVOGADO(S)/Nº OAB: (*) _____

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. Estamos CIENTES de que:

- a) o ajuste acima referido estará sujeito a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
- b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, conforme dados abaixo indicados, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;
- c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;
- d) Qualquer alteração de endereço – residencial ou eletrônico – ou telefones de contato deverá ser comunicada pelo interessado, peticionando no processo.

2. Damo-nos por NOTIFICADOS para:

- a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;
- b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

Campinas, 30 OUT. 2019



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



GESTOR (SERVIDOR(A) DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS:

Nome: Amanda P. F. Pastella
Cargo: Farmacêutica
CPF: 337155388-48 RG: 33289636-5
Data de Nascimento: 06/03/85
Endereço residencial completo: Av Anchieta 200, 11º andar
E-mail institucional amanda.pastella@campinas.sp.gov.br
E-mail pessoal: _____
Telefone(s): (19) 2110-0874
Assinatura: Amanda Pastella
PMC. 2017.00013860-97

PREENCHIMENTO
OBRIGATÓRIO

Responsáveis que assinaram o ajuste:

Pelo CONTRATANTE:

Nome: Carmino Antonio de Souza
Cargo: Secretário Municipal de Saúde
CPF: _____ RG: _____
Data de Nascimento: ____/____/____
Endereço residencial completo: _____
E-mail institucional: saude.gabinete@campinas.sp.gov.br
E-mail pessoal: _____
Telefone(s): _____
Assinatura: _____

Pela CONTRATADA:

Nome: Osair José Balduino
Cargo: Socio Empreite / Diretor
CPF: 811.713.489-34 RG: 2.237.502
Data de Nascimento: 20/02/1974
Endereço residencial completo: Rua Vasco da Gama Nº 266
E-mail institucional: dimaster@dimaster.com.br
E-mail pessoal: compro@dimaster.com.br
Telefone(s): (54) 3523-2600
Assinatura: _____

PREENCHIMENTO
OBRIGATÓRIO

Advogado: (*) Facultativo. Indicar quando já constituído, informando, inclusive, o endereço eletrônico.