



TERMO DE RERRATIFICAÇÃO N.º 008 /20

**Processo Administrativo nº** PMC.2020.00011694-35

**Interessado:** Secretaria Municipal de Saúde

**Modalidade:** Pregão Eletrônico nº 059/20

**Ata de Registro de Preços nº** 316/20

**Objeto:** Registro de Preços de materiais perfurocortantes.

O **MUNICÍPIO DE CAMPINAS**, devidamente representado, doravante denominado **CONTRATANTE**, e a empresa **CIRÚRGICA UNIÃO LTDA.**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 04.063.331/0001-21, por seu representante legal, firmam o presente termo de rerratificação contratual, sujeitando-se às seguintes cláusulas:

## PRIMEIRA – DA RETIFICAÇÃO

1.1. Fica retificado o número de inscrição no CNPJ da Empresa **CIRÚRGICA UNIÃO LTDA.** na ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 316/20, passando a vigorar a seguinte redação:

“O **MUNICÍPIO DE CAMPINAS**, devidamente representado pelas autoridades municipais nominadas neste instrumento, e a empresa **CIRÚRGICA UNIÃO LTDA.**, inscrita no CNPJ sob nº 04.063.331/0001-21, através do seu representante legal, acordam proceder, nos termos do Decreto Municipal nº 11.447/94, da Lei Federal nº 8.666/93, e do Edital em epígrafe, ao Registro de Preços referente aos itens abaixo discriminados:”



### SEGUNDA – DA RATIFICAÇÃO

2.1. Ficam ratificadas as demais disposições da ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 316/20 em tudo que não se alterou por este Termo de Rerratificação.

E, por estarem justas e acertadas, firmam o presente em duas vias de igual teor e forma.

Campinas, 24 JUL 2020

  
**CARMINO ANTONIO DE SOUZA**  
Secretário Municipal de Saúde

  
**CIRÚRGICA UNIÃO LTDA.**

Representante Legal:

RG nº 32435073-4

CPF nº 284.120.558-06



# PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



## TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO AO TCESP

**PROCESSO ADMINISTRATIVO:** PMC.2020.00011694-35

**INTERESSADO:** Secretaria Municipal de Saúde

**OBJETO:** Registro de Preços de materiais perfurocortantes.

**MODALIDADE:** Pregão Eletrônico nº 059/2020

**CONTRATANTE:** Município de Campinas

**CONTRATADA:** CIRÚRGICA UNIÃO LTDA.

**ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº** 316/20

**TERMO DE RERRATIFICAÇÃO DE ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº** 008/20

**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, 24 JUL. 2020

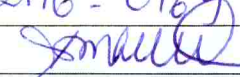


# PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos




## GESTOR (SERVIDOR(A) DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS):

Nome: Alexandra M. V. L. C. Silva  
Cargo: farmaceutica  
CPF: 681597226-72 RG: 5380616  
Data de Nascimento: 31/8/71  
Endereço residencial completo: Av. Anchieta, 200 - Centro  
E-mail institucional: alexandra.vazdelima@campinas.sp.gov.br  
E-mail pessoal: \_\_\_\_\_  
Telefone(s): 2116-0169  
Assinatura: 

PREENCHIMENTO  
OBRIGATORIO

Responsáveis que assinaram o ajuste:

## Pelo CONTRATANTE:

Nome: CÁRMINO 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: carmino.souza@campinas.sp.gov.br  
Telefone(s): \_\_\_\_\_  
Assinatura: 

## Pela CONTRATADA:

Nome: \_\_\_\_\_  
Cargo: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  
Endereço residencial completo: \_\_\_\_\_  
E-mail institucional: uniao@cirurgicauniao.com.br, pedido@cirurgicauniao.com.br  
E-mail pessoal: \_\_\_\_\_  
Telefone(s): \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

PREENCHIMENTO  
OBRIGATORIO