



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



ADITAMENTO DE ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 006/19

Processo Administrativo: PMC.2018.00021674-11

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Modalidade: Pregão Eletrônico nº 284/18

Ata de Registro de Preços nº 054/19

Objeto: Registro de preços de medicamentos, em atendimento a Mandados Judiciais.

O **MUNICÍPIO DE CAMPINAS**, devidamente representado, e a empresa **INTERLAB FARMACÊUTICA LTDA.**, inscrita no CNPJ sob nº 43.295.831/0001-40, através do seu representante legal, acordam proceder ao Aditamento da Ata de Registro de Preços nº 054/19, conforme pedido de reequilíbrio de preços, relativo aos itens 4, 5 e 67, nos termos da autorização constante no documento SEI nº 154707 do Secretário Municipal de Saúde:

Item	Cód.	Descritivo	Unidade	Valor Unit. (R\$)
4	59.706	ARIPIRAZOL 20MG OBS1: CADA COMPRIMIDO EQUIVALE A UMA PEÇA OBS2: MANDADO JUDICIAL	PC	6,27
5	60.303	ARIPIRAZOL 30MG - COMPRIMIDO OBS1: CADA COMPRIMIDO EQUIVALE A UMA PEÇA OBS2: MANDADO JUDICIAL	PC	8,41
67	68.751	VILDAGLIPTINA 50MG + METFORMINA 1000MG - COMPRIMIDO CADA COMPRIMIDO EQUIVALE A UMA PEÇA MANDADO JUDICIAL	PC	1,86

Ficam ratificados os demais itens e condições da Ata de Registro de Preços original nº 054/19 em tudo que não se alterou por este Termo de Aditamento.

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

Campinas, 12 AGO. 2019

CARMINO ANTONIO DE SOUZA
Secretário Municipal de Saúde

INTERLAB FARMACÊUTICA LTDA.

Representante Legal:

RG nº

CPF nº

João Bonfatti Velloso
15.336.169.3
060.224.438.51



TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO AO TCESP

Processo Administrativo: PMC.2018.00021674-11

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Contratante: Município de Campinas

Contratada: INTERLAB FARMACÊUTICA LTDA.

Modalidade: Pregão Eletrônico nº 284/18

Ata de Registro de Preços nº 054/19

Aditamento de Ata de Registro de Preços nº 006/19

Objeto: Registro de preços de medicamentos, em atendimento a Mandados Judiciais.

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, 12 AGO. 2019



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



GESTOR DO ÓRGÃO/ENTIDADE:

Nome: Rodrigo Cesar Mauze
Cargo: Farmacêutico
CPF: 064 268 436-79 RG: 56532 146-8
Data de Nascimento: 06 / 04 / 1983
Endereço residencial completo: Rua Santa Rita do Passa Quatro, 121 38 AP506 - Nova Europa
E-mail institucional: rodrigo.mauze@campinas.sp.gov.br
E-mail pessoal: rcmauze@gmail.com
Telefone(s): (19) 98827 6430
Assinatura: Rodrigo Cesar Mauze

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: João Antônio Colli
Cargo: Superior
CPF: 062.024.432-57 RG: 15.831.169-3
Data de Nascimento: 16 / 07 / 1964
Endereço residencial completo: Rua Santa Helena 235
E-mail institucional: elcio@interlab.com.br
E-mail pessoal: João Colli @ Interlab.com.br
Telefone(s): (11) 2991-9172
Assinatura: J. Colli

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