



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



TERMO DE RERRATIFICAÇÃO N.º 003 /20

Processo Administrativo nº 2013/10/53831

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Modalidade: Contratação Direta 87/19

Termo de Locação nº 003/20

Objeto: Locação do imóvel situado na Rua Cônego Nery nº 157, no Jardim Guanabara, Campinas/SP

O **MUNICÍPIO DE CAMPINAS**, devidamente representado pelas autoridades municipais nominadas neste instrumento, e de outro lado, a empresa **SOFER PARTICIPAÇÕES LTDA.**, inscrita no CNPJ sob o nº 02.085.310/0001-81, o Sr. **UBERTINELE PEREIRA FRAGA**, inscrito no CPF sob nº 128.898.218-62, a Sra. **HELEN GRANDO FRAGA ZOVICO**, inscrita no CPF sob nº 015.494.837-30, o Sr. **WANDE LIPARIZI**, inscrito no CPF sob nº 302.077.708-91, a Sra. **HERIKA GRANDO FRAGA**, inscrita no CPF sob nº 016.898.107-05 e Sr. **UBERTINELE FRAGA**, inscrito no CPF sob nº 074.099.247-30, doravante denominados **LOCADORES**, acordam firmar o presente, sujeitando-se as partes às condições contidas nas seguintes cláusulas:

PRIMEIRA – DA RETIFICAÇÃO

1.1. Fica retificado o Item 3.2 da Cláusula Terceira do Termo de Locação nº 03/20, passando a vigorar a seguinte redação:

“Dá-se ao presente contrato o valor total estimado para 24 (vinte e quatro) meses de R\$ 563.310,96 (quinhentos e sessenta e três mil, trezentos e dez reais e noventa e seis centavos).”

SEGUNDA – DA RATIFICAÇÃO

2.1. Ficam ratificadas as demais disposições do Termo de Locação nº 03/20 em tudo que não se alterou por este Termo de Rerratificação.

Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature that appears to be 'Helen Grando' and other initials.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS
Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



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

Campinas, 27 ABR. 2020

CARMINO ANTONIO DE SOUZA
Secretário Municipal de Saúde

SOFER PARTICIPAÇÕES LTDA.
Representante Legal:
CPF nº

UBERTINELE PEREIRA FRAGA
CPF nº 128.898.218-62

HELEN GRANDO FRAGA ZOVICO
CPF nº 015.494.837-30

WANDE LIPARIZI
CPF nº 302.077.708-91

HERIKA GRANDO FRAGA
CPF nº 016.898.107-05

UBERTINELE FRAGA
CPF nº 074.099.247-30



TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO AO TCESP

PROCESSO ADMINISTRATIVO: 2013/10/53831

INTERESSADO: Secretaria Municipal de Saúde

OBJETO: Locação do imóvel de sua propriedade situado na Rua Cônego Nery nº 157, no Jardim Guanabara, Campinas/SP, onde será instalada a Policlínica II.

MODALIDADE: Contratação Direta 87/19

CONTRATANTE: Município de Campinas

CONTRATADA: Sopher Participações Ltda, o Sr. Ubertinele Pereira Fraga, a Sra. Helen Grandó Fraga Zovico, o Sr. Wande Liparizi, a Sra. Herika Grandó Fraga, e Sr. Ubertinele Fraga

Termo de Locação nº 03/20

Termo de Rerratificação 003/20

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, 27 ABR. 2020



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



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

Nome: _____
Cargo: _____
CPF: _____ RG: _____
Data de Nascimento: ____/____/____
Endereço residencial completo: _____
E-mail institucional: _____
E-mail pessoal: _____
Telefone(s): _____
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: UBERTINEUC PEREIRA FRAGA
Cargo: MÉDICO
CPF: 128.898.218.62 RG: 11502693
Data de Nascimento: 12/11/1964
Endereço residencial completo: R. DR. ALDOVAR GOULART, 870 CASA 14
E-mail institucional: J. DAS PALMEIRAS, CAMPINAS, S.P. 13092-570
E-mail pessoal: UFRAGA@GMAIL.COM
Telefone(s): 19-996574067
Assinatura: _____

PREENCHIMENTO
OBRIGATORIO



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



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

Nome: _____
Cargo: _____
CPF: _____ RG: _____
Data de Nascimento: ____/____/____
Endereço residencial completo: _____
E-mail institucional: _____
E-mail pessoal: _____
Telefone(s): _____
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: WANDÉ LIPARIZI
Cargo: MÉDICO
CPF: 302.077.708.91 RG: 7926948
Data de Nascimento: 26/11/1935
Endereço residencial completo: R. JOAQUIM GOMES PINTO, 113 RDO 421
E-mail institucional: B. CAMBUÍ, CAMPINAS-S.P. 13025-010
E-mail pessoal: WLIPARIZI@YAHOO.COM.BR
Telefone(s): 19-997710299
Assinatura: _____

PREENCHIMENTO
OBRIGATORIO



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



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

Nome: _____
Cargo: _____
CPF: _____ RG: _____
Data de Nascimento: ____/____/____
Endereço residencial completo: _____
E-mail institucional: _____
E-mail pessoal: _____
Telefone(s): _____
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: SOFER PARTICIPAÇÕES LTDA
Cargo: _____
CPF: CNPJ 02.085.310/0001-81 RG: _____
Data de Nascimento: ____/____/____
Endereço residencial completo: RUA PERO LOBO, 195, CENTRO
E-mail institucional: CANANEA-S.P. CEP, 11990-000
E-mail pessoal: SOFER.PART@GMAIL.COM
Telefone(s): 011-999856776
Assinatura: _____

PREENCHIMENTO
OBRIGATORIO



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



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

Nome: _____
Cargo: _____
CPF: _____ RG: _____
Data de Nascimento: ____/____/____
Endereço residencial completo: _____
E-mail institucional: _____
E-mail pessoal: _____
Telefone(s): _____
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: LIBERTINE G. FRAGA
Cargo: Cirurgião - Dentista
CPF: 074 099 297-30 RG: 1096 101
Data de Nascimento: 6/12/1972
Endereço residencial completo: R. André Queiroz N 33 Post. 100 de Aniceta
E-mail institucional: Aniceta 05 CEP. 29.270.000
E-mail pessoal: TALFRAGA@gmail.com
Telefone(s): (28) 99986-9780
Assinatura: Libertine Fraga

PREENCHIMENTO
OBRIGATORIO



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



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

Nome: _____
Cargo: _____
CPF: _____ RG: _____
Data de Nascimento: ____/____/____
Endereço residencial completo: _____
E-mail institucional: _____
E-mail pessoal: _____
Telefone(s): _____
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: HERICA GRANDI FRAGA
Cargo: AUTÔNOMA
CPF: 016 897 107 05 RG: 695 113
Data de Nascimento: 23/05/1966
Endereço residencial completo: POMULO XAVIER FINAMORE 217, MATIA DA PRATA, VITORIA ES CEP 29.065 370
E-mail institucional: _____
E-mail pessoal: herika.fraga@g.mail.com
Telefone(s): 27.9.9777 0777 w 27 9 9248-6122
Assinatura: Herica Grandi Fraga

PREENCHIMENTO
OBRIGATORIO



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



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

Nome: _____
Cargo: _____
CPF: _____ RG: _____
Data de Nascimento: ____/____/____
Endereço residencial completo: _____
E-mail institucional: _____
E-mail pessoal: _____
Telefone(s): _____
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: Helen Grando Fraga Zovico
Cargo: Autônoma
CPF: 015494837-30 RG: 807508-ES
Data de Nascimento: 25/05/1968
Endereço residencial completo: Rua Ceará n: 25 apto 101 Ed. Dr. Ramon
E-mail institucional: Praca da Costa Vila Velha ES Cep 29101291
E-mail pessoal: Helen.gfz@hotmail.com
Telefone(s): (27) 999153102
Assinatura: Helen Grando Fraga Zovico

PREENCHIMENTO
OBRIGATORIO