



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



TERMO DE ADITAMENTO N.º 106/18

Processo Administrativo n.º 14/10/55263

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Modalidade: Pregão Eletrônico n.º 113/15

Termo de Contrato n.º 155/15

Termo de Aditamento n.º 107/16 e 111/17

Objeto: Fornecimento contínuo de refeições tipo café da manhã, lanche da tarde e ceia, para pacientes e plantonistas da Rede Municipal de Saúde e refeições tipo lanche (kit) para usuários de Projetos Sociais.

O **MUNICÍPIO DE CAMPINAS**, denominado **CONTRATANTE**, e a empresa **MANEQUINHO DE CAMPINAS – ROTISSERIE E PANIFICADORA LTDA. - EPP**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 74.254.624/0001-71, denominada **CONTRATADA**, por seus representantes legais, firmam o presente Termo de Aditamento contratual, sujeitando-se às seguintes cláusulas:

PRIMEIRA – DA PRORROGAÇÃO

1.1. Fica prorrogado o contrato inicial, pelo período de 12 (doze) meses, a partir de 01/07/2018.

SEGUNDA – DO REAJUSTE E DO VALOR

2.1. Fica reajustado o valor contratado em 1,29%, conforme autorização do Ilmo. Sr. Secretário de fls. 1359.

2.2. Dá-se ao presente termo o valor já reajustado de R\$ 1.340.685,54 (um milhão, trezentos e quarenta mil, seiscentos e oitenta e cinco reais e cinquenta e quatro centavos).

2.3. Através do despacho de fls. 1359 foi autorizada uma despesa complementar no valor de R\$ 1.973,33 (um mil, novecentos e setenta e três reais e trinta e três centavos), referente ao período de 20/05/2018 à 30/06/2018.

TERCEIRA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

3.1. As despesas referentes ao presente ajuste foram previamente empenhadas e processadas por conta de verba própria do orçamento vigente, inicialmente codificada no orçamento municipal sob os



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



números indicados às fls. 1420 do processo, sendo permitidas alterações, caso necessárias, e desde que admitidas pela legislação vigente:

- 087000.08750.10.302.1003.4026.3.3.90.30.07 FR 01.310-000.

3.2. Nos exercícios seguintes, as despesas correrão à conta de dotações orçamentárias próprias, consignadas nos respectivos Orçamentos-Programa, ficando o Contratante obrigado a apresentar no início de cada exercício a respectiva Nota de Empenho estimativa e, havendo necessidade, emitir Nota de Empenho complementar, respeitada a mesma classificação orçamentária.

QUARTA – DA GARANTIA

4.1. A Contratada deixa de apresentar garantia do adimplemento das condições aqui estabelecidas no valor complementar de R\$ 67.034,27 (sessenta e sete mil, trinta e quatro reais e vinte e sete centavos), calculado na base de 5% (cinco por cento) do Aditamento, por já ter recolhido em dinheiro R\$ 94.205,85 (noventa e quatro mil, duzentos e cinco reais, e oitenta e cinco centavos), conforme recibo de fls. 364, e R\$ 9.458,27 (nove mil, quatrocentos e cinquenta e oito reais e vinte e sete centavos), conforme fls. 1172 do processo.

QUINTA – DA RATIFICAÇÃO

5.1. Ficam ratificadas as demais cláusulas do contrato original 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, 29 de junho de 2018


CÁRMINO ANTONIO DE SOUZA
Secretário Municipal de Saúde


MANEQUINHO DE CAMPINAS – ROTISSERIE E PANIFICADORA LTDA. - EPP

Representante Legal: **ECLAUDINEIA LÚCIA MILANI**

RG nº **11.403.240-3**

CPF nº **023.552.848-06**



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO AO TCESP

Processo Administrativo n.º 14/10/55263

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Contratante: Município de Campinas

Contratada: Manequinho de Campinas – Rotisserie e Panificadora Ltda. - EPP.

Modalidade: Pregão Eletrônico nº 113/15

Termo de Contrato nº 155/15

Termo de Aditamento de Contrato nº 107/16, 111/17 e 106 /18

Objeto: Fornecimento contínuo de refeições tipo café da manhã, lanche da tarde e ceia, para pacientes e plantonistas da Rede Municipal de Saúde e refeições tipo lanche (kit) para usuários de Projetos Sociais.

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, 29 de junho de 2018



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



GESTOR DO ÓRGÃO/ENTIDADE:

Nome: _____
Cargo: _____
CPF: _____ RG: _____
Data de Nascimento: ____/____/____
Endereço residencial completo: _____
E-mail institucional: _____
E-mail pessoal: _____
Telefone(s): _____
Assinatura: _____

Responsáveis que assinaram o ajuste:

Pelo CONTRATANTE:

Nome: Carmino Antônio 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: ECLAUDINEIA LÚCIA MILANI
Cargo: SÓCIO-PROPRIETÁRIA
CPF: 023.552.848-06 RG: 11.403.240-3
Data de Nascimento: 22/02/1961
Endereço residencial completo: RUA JAIR FERREIRA 125
E-mail institucional: manequinholt@terra.com.br manequinholt@hotmai.com
E-mail pessoal: eluciamilani@gmail.com
Telefone(s): (19) 3225-9386 (19) 9 7419-3931
Assinatura: E. Milani

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