



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



TERMO DE ADITAMENTO Nº 121 /18

Processo Administrativo nº 16/10/22972

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Modalidade: Contratação Direta nº 25/17

Termo de Contrato nº 82/17

Objeto: Contratação de empresa especializada na prestação de serviço de sessões de Terapia Intensiva THERASUIT, através de 03 (três) ciclos anuais, os quais são compostos por três horas ao dia, durante cinco dias na semana, pelo período de quatro semanas, com a prestação de sessões de Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia entre os ciclos, em atendimento à Ação Judicial com deferimento dos efeitos da antecipação de tutela, em favor de ARUANDÊ SILVA CARVALHO - PROCESSO 0031694-72.2014.8.26.0114.

O **MUNICÍPIO DE CAMPINAS**, devidamente representado, doravante denominado **CONTRATANTE**, e a empresa **CLINICA LUDENS NÚCLEO TERAPÊUTICO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO S/S LTDA.**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 04.241.103/0001-02, denominada **CONTRATADA**, por seus representantes legais, firmam o presente termo de aditamento contratual, sujeitando-se às seguintes cláusulas:

PRIMEIRA - DO PRAZO

1.1. Fica prorrogado o prazo do contrato por mais 12 (doze) meses, a partir de 04/08/2018.

SEGUNDA – DO REAJUSTE E DO VALOR

2.1. Fica reajustado o valor contratado em 2,84%, conforme autorização do Ilmo. Sr. Secretário de fls. 536.

2.2. Dá-se ao presente termo o valor já reajustado de R\$ 92.926,80 (noventa e dois mil, novecentos e vinte e seis reais e oitenta centavos).

2.3. Através do despacho de fls. 536 foi autorizada uma despesa complementar no valor de R\$ 2.566,80 (dois mil, quinhentos e sessenta e seis reais e oitenta centavos), referente ao



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



período de 30/03/2018 a 03/08/2018.

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 números indicados abaixo, conforme fls. 532, sendo permitidas alterações, caso necessárias, e desde que admitidas pela legislação vigente:

- 087000.08750.10.301.1003.4026.3.3.90.39.34 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 RATIFICAÇÃO

4.1. 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, 03 de agosto de 2018

CARMINO ANTONIO DE SOUZA
Secretário Municipal de Saúde

**CLINICA LUDENS NÚCLEO TERAPÊUTICO DE DESENVOLVIMENTO HUMANO S/S
LTDA.**

Representante Legal: *[Assinatura]*
RG nº 9.339.144-4
CPF nº 067.986.378-84



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO AO TCESP

Processo administrativo nº 16/10/22972

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Contratante: Município de Campinas

Contratada: Clínica Ludens Núcleo Terapêutico de Desenvolvimento Humano S/S Ltda.

Modalidade: Contratação Direta nº 25/17

Termo de Contrato nº 82/17

Termo de Aditamento nº 121/18

Objeto: Contratação de empresa especializada na prestação de serviço de sessões de Terapia Intensiva THERASUIT, através de 03 (três) ciclos anuais, os quais são compostos por três horas ao dia, durante cinco dias na semana, pelo período de quatro semanas, com a prestação de sessões de Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Fonoaudiologia entre os ciclos, em atendimento à Ação Judicial com deferimento dos efeitos da antecipação de tutela, em favor de ARUANDÊ SILVA CARVALHO - PROCESSO 0031694-72.2014.8.26.0114.

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, 03 de agosto 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 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: Sandra Prestes Lazzari Smara
Cargo: Fonoaudióloga - sócia proprietária
CPF: 067986378-84 RG: 9.339.144-4
Data de Nascimento: 21/03/63
Endereço residencial completo: R. Benedita Amarel Pinto 115
Jd. Santa Genebra
E-mail institucional: secretaria@clinicaludens.com.br
E-mail pessoal: sandra.lazzari@hotmail.com
Telefone(s): (19) 9.8164-5012
Assinatura: [assinatura]

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