



# PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

## Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



TERMO DE ADITAMENTO DE CONTRATO N.º **189**/2020

**Processo Administrativo:** PMC.2018.00018523-31

**Interessado:** Secretaria Municipal de Saúde

**Modalidade:** Pregão Eletrônico nº 211/19

**Termo de Contrato nº** 121/19

**Objeto:** Prestação de serviços de confecção de próteses dentárias totais e parciais removíveis, com e sem armação em cromo cobalto e placas miorelaxantes, compreendendo consertos e reembases.

O **MUNICÍPIO DE CAMPINAS**, devidamente representado, doravante denominado **CONTRATANTE**, e a empresa **IRMÃOS CASTRO LTDA. – ME**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 04.340.890/0001-31, por seu representante legal, doravante denominada **CONTRATADA**, firmam o presente termo de aditamento contratual, sujeitando-se às seguintes cláusulas:

### PRIMEIRA – DA PRORROGAÇÃO

1.1. O prazo de vigência da presente prorrogação contratual será de 12 (doze) meses, a partir de 20/09/2020.

### SEGUNDA – DO REAJUSTE E DO VALOR

2.1. Conforme autorização juntada no documento SEI nº 2876948, fica reajustado o valor do contrato em 2,73%.

2.1. Dá-se ao presente termo o valor global, já reajustado, de R\$ 236.272,08 (duzentos e trinta e seis mil, duzentos e setenta e dois reais e oito centavos).

### TERCEIRA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

3.1. As despesas referentes ao presente Contrato foram previamente empenhadas e processadas por conta de verba própria do orçamento vigente, codificadas no orçamento municipal sob os números indicados no documento SEI nº 2855184 do processo, sendo permitidas alterações, caso necessárias, e desde que admitidas pela legislação vigente:

- 087000.08750.10.302.1003.4026.3.3.90.39.99 FR 05.302-007.



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 apresenta garantia do adimplemento das condições aqui estabelecidas no valor de R\$ 314,01 (trezentos e quatorze reais e um centavo), em complemento à garantia apresentada em dinheiro no ato da assinatura do contrato, no valor de R\$ 11.499,59 (onze mil, quatrocentos e noventa e nove reais e cinquenta e nove centavos), totalizando R\$ 11.813,60 (onze mil, oitocentos e treze reais e sessenta centavos), calculado na base de 5% (cinco por cento) do valor anual do contrato, recolhida junto à Secretaria Municipal de Finanças.

### QUINTA – DA RATIFICAÇÃO

5.1. Ficam ratificadas as demais cláusulas do contrato original em tudo o 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, 18 de setembro de 2020

**CARMINO ANTONIO DE SOUZA**

Secretário Municipal de Saúde

**IRMÃOS CASTRO LTDA. – ME**

Representante Legal:

RG nº *M-9.272.611*

CPF nº *043.277.316-92*



### TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO

**PROCESSO ADMINISTRATIVO:** PMC.2018.00018523-31

**INTERESSADO:** Secretaria Municipal de Saúde

**MODALIDADE:** Pregão Eletrônico nº 211/19

**CONTRATANTE:** Município de Campinas

**CONTRATADA:** IRMÃOS CASTRO LTDA. – ME

**CONTRATO Nº:** 120/19

**TERMO DE ADITAMENTO Nº** 189/2020

**OBJETO:** Prestação de serviços de confecção de próteses dentárias totais e parciais removíveis, com e sem armação em cromo cobalto e placas mio-relaxantes, compreendendo consertos e reembases.

**ADVOGADO(S)/Nº OAB:** (\*) Matheus Vinicius Silva OAB MG 200.454  
E-mail: MATHEUSSILVA199@hotmail.com

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, 18 de setembro de 2020



# PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



## GESTOR (servidor(a) do Município de Campinas):

Nome: Roberto Raymundo  
Cargo: Módo Titulo  
CPF: 10793919835 RG: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: 24/03/  
Endereço residencial completo: \_\_\_\_\_  
E-mail institucional Roberto.Raymundo@Campinas.SP.Gov.br  
E-mail pessoal: \_\_\_\_\_  
Telefone(s): (19) 3116-0876  
Assinatura: [Signature]

PREENCHIMENTO  
OBRIGATORIO

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: [Signature]

PREENCHIMENTO  
OBRIGATORIO

### Pela CONTRATADA:

Nome: Adriano Artur Silveira de Castro  
Cargo: Diretor/Titular  
CPF: 043.277.316-92 RG: M-9.272.611  
Data de Nascimento: 13/07/79  
Endereço residencial completo: Praca Dr Ruy Carlos Rocha, no 200 Centro  
E-mail institucional: labprotesepolao@hotmail.com; aasdc@oi.com.br  
E-mail pessoal: labprotesepolao@gmail.com  
Telefone(s): 35-3831-1608  
Assinatura: [Signature]

PREENCHIMENTO  
OBRIGATORIO

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

[Signature]