



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



TERMO DE ADITAMENTO N.º 146/18

Processo Administrativo n.º 14/10/7624

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Modalidade: Pregão Eletrônico n.º 95/15

Termo de Contrato n.º 210/15

Termo de Aditamento n.º 136/16 e 158/17

Objeto: Locação de equipamentos para sistema de automação total para realização de exames de hematologia do Laboratório Municipal, com fornecimento de reagentes e todos os materiais de suporte.

O **MUNICÍPIO DE CAMPINAS**, denominado **CONTRATANTE**, e a empresa **DIAMED LATINO AMÉRICA S/A**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 71.015.853/0001-45, 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 03/09/2018.

SEGUNDA – DO REAJUSTE E DO VALOR

2.1. Fica reajustado o valor contratado em 1,29%, válido a partir de 06/05/2018, conforme autorização do Ilmo. Sr. Secretário de fls. 1427.

2.2. Dá-se ao presente termo o valor já reajustado de R\$ 229.602,84 (duzentos e vinte e nove mil, seiscentos e dois reais e oitenta e quatro centavos).

2.3. Através do despacho de fls. 1427 foi autorizada uma despesa complementar no valor de R\$ 968,76 (novecentos e sessenta e oito reais e setenta e seis centavos) referente ao montante do reajuste devido no período de 06/05/2018 a 02/09/2018.

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 às fls. 1398 do processo, sendo permitidas alterações, caso necessárias, e desde que admitidas pela legislação vigente:



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



- 087000.08750.10.302.1003.4022.3.3.90.30.35 FR 01.310-000;
- 087000.08750.10.302.1003.4026.3.3.90.39.12 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 apresenta garantia do adimplemento das condições aqui estabelecidas no valor de R\$ 149,25 (cento e quarenta e nove reais e vinte e cinco centavos), em complemento às garantias apresentadas em dinheiro nos valores de R\$ 9.998,10 (nove mil, novecentos e noventa e oito reais e dez centavos), conforme comprovante de fls. 744 e R\$ 1.003,85 (um mil, três reais e oitenta e cinco centavos), conforme comprovante de fls. 1046 e de R\$ 328,94 (trezentos e vinte e oito reais e noventa e quatro centavos), conforme comprovante de fls. 1310, calculado na base de 5% (cinco por cento) do valor total recolhida junto à Secretaria Municipal de Finanças.

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, 03 de setembro de 2018

CÁRMINO ANTONIO DE SOUZA
Secretário Municipal de Saúde

DIAMED LATINO AMÉRICA S/A

Representante Legal:

Elaine M. C. Romão
Diretora Financeira

RG nº
CPF nº

Dayse M.M. Figueiredo
CPF: 220.898.616-49
Diretora



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO AO TCESP

Processo Administrativo n.º 14/10/7624

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Contratante: Município de Campinas

Contratada: Diamed Latino América S/A

Modalidade: Pregão Eletrônico n.º 95/15

Termo de Contrato n.º 210/15

Termo de Aditamento de Contrato n.º 136/16, 158/17 e 146/18

Objeto: Locação de equipamentos para sistema de automação total para realização de exames de hematologia do Laboratório Municipal, com fornecimento de reagentes e todos os materiais de suporte.

ADVOGADO(S)/N.º 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 n.º 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 n.º 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 setembro 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: Dayse Maria de Magalhães Figueiredo e Elaine Maria do Carmo Romani

Cargo: Diretoras

CPF: 220.898.616.49 / 892.366.616.53 RG: MG 361.027 SSP/MG e MG-6.609.251 SSP/MG

Data de Nascimento: 13 / 11 / 1955 e 13/05/1973

Endereço residencial completo: _____

E-mail institucional: sac@ph7id.com.br thiago@ph7id.com.br igor@ph7id.com.br

E-mail pessoal: _____

Telefone(s): _____

Assinatura: _____

Advogado: (*) Dayse M.M. Figueiredo Elaine M. C. Romani
Indicação quando já constituído, informando, inclusive, o endereço eletrônico. CPF: 220.898.616.49 Diretora Diretora Financeira