



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



TERMO DE ADITAMENTO DE ATA DE REGISTRO DE PREÇOS N.º 006 /2020

Processo Administrativo: PMC.2020.00022235-22 (autos originais: PMC.2018.00043205-26)

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Modalidade: Pregão Eletrônico nº 203/19

Ata de Registro de Preços n.º 043/2020

Objeto: Registro de Preços de materiais de consumo de odontologia.

O **MUNICÍPIO DE CAMPINAS**, devidamente representado, doravante denominado **CONTRATANTE**, e a empresa **FORCE MEDICAL DISTRIBUIDORA EIRELI**, inscrita no CNPJ/MF sob o nº 24.067.457/0001-81, denominada **CONTRATADA**, por seus representantes legais, firmam o presente termo de aditamento contratual, sujeitando-se às seguintes cláusulas:

PRIMEIRA – DA ALTERAÇÃO DA RAZÃO SOCIAL

1.1. Fica alterada a razão social da empresa contratada, passando de "RCV DO BRASIL EIRELI" para "FORCE MEDICAL DISTRIBUIDORA EIRELI".

SEGUNDA– DA RATIFICAÇÃO

2.1. 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 duas vias de igual teor e forma.

Campinas, 30 JUL. 2020

CARMINO ANTONIO DE SOUZA
Secretário Municipal de Saúde

FORCE MEDICAL DISTRIBUIDORA EIRELI

Representante Legal: ERICA MITIKO NAKAMURA SUZUKI

CPF N.º 095.024.448-17



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO AO TCESP

Processo Administrativo: PMC.2020.00022235-22 (autos originais: PMC.2018.00043205-26)

Interessado: Secretaria Municipal de Administração

Contratante: Município de Campinas

Detentora: FORCE MEDICAL DISTRIBUIDORA EIRELI

Modalidade: Pregão Eletrônico nº 203/19

Ata de Registro de Preços nº 043/2020

Termo de Aditamento de Ata de Registro de Preços nº 006/2020

Objeto: Registro de Preços de materiais de consumo de odontologia.

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.

30 JUL. 2020

Campinas, _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



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

Nome: Amando P. F. Patella

Cargo: Farmacêutico

CPF: 337155388-48 RG: 33289636-5

Data de Nascimento: 6/3/85

Endereço residencial completo: Av. Anchieta 200 - 11º andar

E-mail institucional: amando.patella@campinas.sp.gov.br

E-mail pessoal: _____

Telefone(s): 2116-0874

Assinatura: Amando Patella

PREENCHIMENTO
OBRIGATÓRIO

Responsáveis que assinaram o ajuste:

Pelo CONTRATANTE:

Nome: Carmino Antonio de Souza

Cargo: Secretário Municipal de Saúde

CPF: _____ RG: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Endereço residencial: _____

E-mail institucional: saude.gabinete@campinas.sp.gov.br

E-mail pessoal: _____

Telefone(s): _____

Assinatura: _____

PREENCHIMENTO
OBRIGATÓRIO

Pela CONTRATADA:

Nome: ERICA MITIKO NAKAMURA SUZUKI

Cargo: REPRESENTANTE

CPF: 095.024.448-17 RG: 20.341.159-6 SSP/SP

Data de Nascimento: 18/03/72

Endereço residencial completo: RUA ANTENOR CLARINDO, 650

E-mail institucional: forcemedical@forcemedical.com.br rcvdo brasil@hotmail.com

E-mail pessoal: rcvbrasil.leticia@outlook.com

Telefone(s): 18 - 3644-4218

Assinatura: Erica Suzuki

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

PREENCHIMENTO
OBRIGATÓRIO