



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



TERMO DE ADITAMENTO DE ATA DE REGISTRO DE PREÇOS N.º 011 /2020

Processo Administrativo: PMC.2020.00022235-22 (autos originais: PMC.2018.00020868-36)
Interessado: Secretaria Municipal de Saúde
Modalidade: Pregão Eletrônico nº 77/19
Ata de Registro de Preços n.º 642/19
Objeto: Registro de Preços de curativos.

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 Nº 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.2018.00020868-36)

Interessado: Secretaria Municipal de Administração

Contratante: Município de Campinas

Detentora: FORCE MEDICAL DISTRIBUIDORA EIRELI

Modalidade: Pregão Eletrônico nº 77/19

Ata de Registro de Preços nº 642/19

Termo de Aditamento de Ata de Registro de Preços nº 011/2020

Objeto: Registro de Preços de curativos.

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: Daniela Ribeiro Ja.
Cargo: Agente de apoio à saúde (Farmácia)
CPF: 334717028-8 RG: 45445867-8
Data de Nascimento: 15/09/1984
Endereço residencial completo: Av. Anchieta, 200 Centro 11º andar
E-mail institucional: daniela.silva@campinas.sp.gov.br
E-mail pessoal: _____
Telefone(s): (19) 2116-0915
Assinatura: Daniela Ribeiro Ja.

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: _____
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

PREENCHIMENTO
OBRIGATÓRIO

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