



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



TERMO DE ADITAMENTO DE ATA DE REGISTRO DE PREÇOS N.º 012 /2020

Processo Administrativo: PMC.2020.00022235-22 (autos originais: PMC.2018.00021931-61)

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Modalidade: Pregão Eletrônico nº 43/19

Ata de Registro de Preços n.º 479/19

Objeto: Registro de Preços de tubos e outros materiais de coleta para uso no Laboratório Municipal e na Rede Municipal de Saúde.

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.2018.00021931-61)

Interessado: Secretaria Municipal de Administração

Contratante: Município de Campinas

Detentora: FORCE MEDICAL DISTRIBUIDORA EIRELI

Modalidade: Pregão Eletrônico nº 43/19

Ata de Registro de Preços nº 479/19

Termo de Aditamento de Ata de Registro de Preços nº 012/2020

Objeto: Registro de Preços de tubos e outros materiais de coleta para uso no Laboratório Municipal e na Rede Municipal de Saúde.

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
Cargo: agente de apoio à saúde (farmácia)
CPF: 334717028-81 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

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 rcvdobrasil@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.