



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



TERMO DE ADITAMENTO LOCAÇÃO Nº 006 /18

Processo Administrativo n.º 13/10/42084

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Modalidade: Contratação Direta nº 13/15

Termo de Locação n.º 03/15

Objeto: Locação do imóvel situado na Rua Ernesto Carlos Reimann, nº 117 – Bairro Jardim Paulicéia, Campinas/SP, onde está instalado o Distrito de Saúde Noroeste da Secretaria Municipal de Saúde.

O **MUNICÍPIO DE CAMPINAS**, devidamente representado, doravante denominado **LOCATÁRIO**, e **HÉLIO JOSÉ ROSOLEN**, CPF nº 120.409.138-23, **HELIO ROSOLEN JÚNIOR**, CPF Nº 256.708.108-99 e **ANA LÚCIA ROSOLEN** CPF Nº120.412.538-43, doravante denominados **LOCADORES**, acorda firmar o presente, sujeitando-se as partes às condições contidas nas seguintes cláusulas:

PRIMEIRA – DA ALTERAÇÃO DA PROPRIEDADE DO IMÓVEL

1.1. Fica alterada a propriedade do imóvel em virtude do falecimento do Sr. HÉLIO ROSOLEN, para seus sucessores legais HÉLIO JOSÉ ROSOLEN, CPF nº 120.409.138-23, HELIO ROSOLEN JÚNIOR, CPF Nº 256.708.108-99 e ANA LÚCIA ROSOLEN CPF Nº120.412.538-43.

4

Handwritten signatures and initials in blue ink, including a large signature and the initials 'H. Rosolen'.



SEGUNDA- DA RATIFICAÇÃO

2.1. Ficam ratificadas as demais cláusulas do termo de locação original em tudo o que não se alterou por este termo de aditamento.

E, por estarem justas e acertadas, firmam o presente em 02 (duas) vias de igual teor e forma.

17 JUN. 2013

Campinas, _____

CÁRMINO ANTONIO DE SOUZA

Secretário Municipal de Saúde

HÉLIO JOSÉ ROOLEN

CPF nº 120.409.138-23

HELIO ROOLEN JUNIOR

CPF Nº 256.708.108-99

ANA LÚCIA ROOLEN

CPF Nº120.412.538-43,



TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO AO TCESP

Processo Administrativo n.º 13/10/42084

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Modalidade: Contratação Direta n.º 13/15

Termo de Locação n.º 003/15

Termo de Aditamento Locação n.º 04/18 e 006 /19

Objeto: Locação do imóvel situado na Rua Ernesto Carlos Reimann, n.º 117 – Bairro Jardim Paulicéia, Campinas/SP, onde está instalado o Distrito de Saúde Noroeste da Secretaria Municipal de Saúde.

ADVOGADO(S)/N.º OAB: (*) DR. ALUISIO BARBARO - OAB/SP 296.360

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, 17 JUN 2019



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: carmino.souza@campinas.sp.gov.br

Telefone(s): 2116-0168

Assinatura: _____

Pela CONTRATADA:

Nome: Hélio José Rosolen, Helio Rosolen Júnior e Ana Lúcia Rosolen

Cargo: Proprietários

CPF: 120.409.138-23 256.708.108-99 e 120.412.538-43.

Data de Nascimento: 20/06/1969 23/08/1975 e 07/04/1968

Endereço residencial completo: Rua Visconde de Taunay, 627 – Apt. 161 – Bloco B

E-mail pessoal: helio@westcarg.com.br

Telefone(s): (11) 98294 4488

Assinatura: _____

Assinatura: _____

Assinatura: _____

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