



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos

TERMO DE ADITAMENTO N.º 085/18

Processo Administrativo nº 15/10/39157

Interessado: Secretaria Municipal de Assistência Social, Pessoa com Deficiência e Direitos Humanos

Modalidade: Contratação Direta nº 94/15

Termo de Contrato nº 294/15

Objeto: Fornecimento parcelado de Vales Transporte

O **MUNICÍPIO DE CAMPINAS**, devidamente representado, doravante denominado **CONTRATANTE**, e a **ASSOCIAÇÃO DAS EMPRESAS DE TRANSPORTE COLETIVO URBANO DE CAMPINAS - TRANSURC**, inscrita no CNPJ sob nº 57.494.130/0001-45, denominada **CONTRATADA**, por seus representantes legais, firmam o presente termo de aditamento contratual, sujeitando-se às seguintes cláusulas:

PRIMEIRA - DO ADITAMENTO

1.1. Fica aditado o contrato inicial no percentual de 25%.

SEGUNDA – DO VALOR E DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

2.1. Dá-se ao presente termo o valor já aditado de R\$ 495.596,20 (quatrocentos e noventa e cinco mil, quinhentos e noventa e seis reais e vinte centavos), ocorrerá por conta de verba própria das dotações orçamentárias vigentes, codificadas sob os números abaixo, conforme fls. 3978:

091100.09120.08.122.3004.4030.339039.01.510000



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

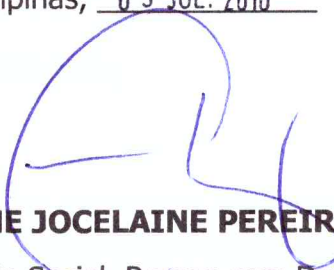
Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos

TERCEIRA – DA RATIFICAÇÃO

3.1. 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, 05 JUL. 2013


ELIANE JOCELAINE PEREIRA

Secretária Municipal de Assistência Social, Pessoa com Deficiência e Direitos Humanos 


ASSOCIAÇÃO DAS EMPRESAS DE TRANSPORTE COLETIVO URBANO DE

Armando Correa Damaceno
RG 2.914.943-5 - SSP/SP
CPF 031.727.918-15

CAMPINAS - TRANSURC

Representante Legal:

RG nº

CPF nº


Joubert Beluomini
RG 17.297.691-X - SSP/SP
CPF 068.123.158-03



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: ELIANE JOCELAINE PEREIRA
Cargo: Secretária Municipal de Assistência Social, Pessoa com Deficiência e Direitos Humanos
CPF: _____ RG: _____
Data de Nascimento: ____/____/____
Endereço residencial completo: _____
E-mail institucional: assistencia.social@campinas.sp.gov.br
E-mail pessoal: _____
Telefone(s): _____
Assinatura: _____

Pela CONTRATADA:

Nome: _____
Cargo: _____
CPF: _____ RG: _____
Data de Nascimento: ____/____/____
Endereço residencial completo: _____
E-mail institucional: secretaria@transurc.com.br
E-mail pessoal: _____
Telefone(s): 19 3731.2623
Assinatura: _____


Armando Correa Damaceno
RG 2.914.943-5 - SSP/SP
CPF 031.727.918-15


Joubert Beluciani
RG 17.297.691-1 - SSP/SP
CPF 068.373.158-03