

TERMO DE APOSTILAMENTO

PRIMEIRO TERMO DE APOSTILAMENTO AO CONTRATO Nº
0383/2020 -SMS QUE ENTRE SI CELEBRAM A PREFEITURA
MUNICIPAL DE SOBRAL, ATRAVÉS DA SECRETARIA
MUNICIPAL DA SAÚDE E A EMPRESA INOVAMED
COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA, PARA O FIM QUE
NELE SE DECLARA.

O MUNICIPIO DE SOBRAL, por intermédio da sua Secretaria Municipal da Saúde, inscrita no CNPJ sob o nº 07.598.634/0001-37, compartilhado com o Fundo Municipal de Saúde, CNPJ no 11.407.563/0001-15, situado à Rua Anahid Andrade nº 373, Centro, Sobral-CE, CEP: 62.011-000, doravante denominada(o) **CONTRATANTE**, neste ato representado por seu Secretário Municipal da Saúde, **Sr.ª REGINA CÉLIA CARVALHO DA SILVA**, brasileira, portadora da Cédula de Identidade nº 82202084 SSP-CE e CPF nº 310.687.583-68, residente e domiciliado na cidade de Sobral, Estado do Ceará, doravante denominado **CONTRATANTE** e do outro a Empresa **INOVAMED COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA**, inscrito no CNPJ sob o nº 12.899.035/0001-02, neste ato representado pelo **Sr. SEDINEI ROBERTO STIEVENS**, brasileiro, portador da Cédula de Identidade nº 1089436834 SJS-RJ e CPF nº 004.421.050-70, doravante denominado **CONTRATADA**, acordam em apostilar o Contrato nº 0383/2020, decorrente do PREGÃO ELETRÔNICO Nº 061/2019 – SMS, tendo em vista as seguintes alterações contratuais:

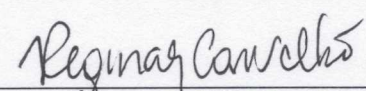
- INCLUSÃO DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA do contrato, disposto na Cláusula Sétima, item 7.1, que passará a ter **0701.10.301.0072.2283.33903000.1211000000; 0701.10.301.0072.2283.33903000.1214000000; 0701.10.302.0072.2316.33903000.1211000000; 0701.10.302.0072.2316.33903000.1214000000.** conforme o processo nº P125904/2020

- ALTERAÇÃO DO FISCAL CONSTANTE NA CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA DO CONTRATO, PASSANDO A SER O SR. DELANO DE SOUSA ARAGÃO, QUE FISCALIZARÁ A EXECUÇÃO CONTRATUAL EM SUBSTITUIÇÃO AO SR. LUIZ GALDINO DA COSTA FILHO.

Permanecem inalteradas todas as demais cláusulas e condições do Contrato inicialmente celebrado.

E por assim estarem acordados, depois de lido e achado conforme, foi o presente Termo de Apostilamento lavrado em três vias, extraindo-se cópias para fins de direito, a qual vai assinada pelo representante da SMS.

Sobral – CE, 28 de Setembro de 2020.



REGINA CÉLIA CARVALHO DA SILVA
CONTRATANTE

SEDINEI ROBERTO
STIEVENS:00442105070

Assinado de forma digital por
SEDINEI ROBERTO
STIEVENS:00442105070
Dados: 2020.10.05 17:07:43 -03'00'

SEDINEI ROBERTO STIEVENS
CPF nº **004.421.050-70**
CONTRATADA

TESTEMUNHAS:

1.

CPF: 059.202.373-00

Visto:

Coordenadoria Jurídica da SMS.

2.

CPF: 027.750.063-02



Dr. Artur Lira Linhares
OAB - CE Nº 34.670
Gerente da Célula de Contratos,
Convênios e Processos Licitatórios - SMS

RELATÓRIO

RELATÓRIO 1 - Arquivo de assinatura **aprovado**, em conformidade com a MP 2.200-2/2001

Data de verificação	05/10/2020 09:25:02 BRT
Versão do software	2.5.5
Nome do arquivo	1º Apostilamento PE 61.2019 SOBRAL corrigido L. 10076.pdf

Assinatura por CN=SEDINEI ROBERTO STIEVENS:00442105070, OU=AR FUTURE SOLUCOES, OU=(EM BRANCO), OU=RFB e-CPF A3, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, O=ICP-Brasil, C=BR

Informações da assinatura

Status da assinatura	Aprovado
Caminho de certificação	Aprovado
Estrutura da assinatura	Em conformidade com o padrão
Cifra assimétrica	Aprovada
Resumo criptográfico	Correto
Atributos obrigatórios	Aprovados

Caminho de certificação

Atributos

CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA DO CONTRATO, PASSANDO A SER O SR. DELANO DE SOUSA ARAGÃO, QUE FISCALIZARÁ A EXECUÇÃO CONTRATUAL EM SUBSTITUIÇÃO AO SR. LUIZ GALDINO DA COSTA FILHO. DATA: 28 de setembro de 2020. Viviane de Moraes Cavalcante - COORDENADORA JURÍDICA DA SMS.

EXTRATO DE PRIMEIRO TERMO DE APOSTILAMENTO AO CONTRATO Nº 0378/2020-SMS. CONTRATANTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE SOBRAL, através da Secretaria Municipal da Saúde. CONTRATADO: ESPIRITO SANTO DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS HOSPITALARES EIRELI-ME. CNPJ: 28.911.309/0001-52. OBJETO: Apostilar o contrato nº 0378/2020-SMS, decorrente do Pregão Eletrônico nº 061/2019, tendo em vista a INCLUSÃO DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA do contrato, disposto na Cláusula Sétima, item 7.1, que passará a ter 0701.10.301.0072.2283 .33903000. 1211000000; 0701.10.301.0072.2283 .33903000. 1214000000; 0701.10.302.0072.2316 .33903000. 1211000000; 0701.10.302.0072.2316 .33903000. 1214000000, conforme o processo nº P125904/2020. ALTERAÇÃO DO FISCAL CONSTANTE NA CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA DO CONTRATO, PASSANDO A SER O SR. DELANO DE SOUSA ARAGÃO, QUE FISCALIZARÁ A EXECUÇÃO CONTRATUAL EM SUBSTITUIÇÃO AO SR. LUIZ GALDINO DA COSTA FILHO. DATA: 28 de setembro de 2020. Viviane de Moraes Cavalcante - COORDENADORA JURÍDICA DA SMS.

EXTRATO DE PRIMEIRO TERMO DE APOSTILAMENTO AO CONTRATO Nº 0383/2020-SMS. CONTRATANTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE SOBRAL, através da Secretaria Municipal da Saúde. CONTRATADO: INOVAMED COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA. CNPJ: 12.899.035/0001-02. OBJETO: Apostilar o contrato nº 0383/2020-SMS, decorrente do Pregão Eletrônico nº 061/2019, tendo em vista a INCLUSÃO DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA do contrato, disposto na Cláusula Sétima, item 7.1, que passará a ter 0701.10.301.0072.2283 .33903000. 1211000000; 0701.10.301.0072.2283 .33903000. 1214000000; 0701.10.302.0072.2316 .33903000. 1211000000; 0701.10.302.0072.2316 .33903000. 1214000000, conforme o processo nº P125904/2020. ALTERAÇÃO DO FISCAL CONSTANTE NA CLÁUSULA DÉCIMA TERCEIRA DO CONTRATO, PASSANDO A SER O SR. DELANO DE SOUSA ARAGÃO, QUE FISCALIZARÁ A EXECUÇÃO CONTRATUAL EM SUBSTITUIÇÃO AO SR. LUIZ GALDINO DA COSTA FILHO. DATA: 28 de setembro de 2020. Viviane de Moraes Cavalcante - COORDENADORA JURÍDICA DA SMS.

EDITAL Nº 09/2019 - SMS - DÉCIMO NONO TERMO DE CONVOCACÃO PARA CONTRATAÇÃO - PROCESSO SELETIVO SIMPLIFICADO PARA CONTRATAÇÃO TEMPORÁRIA DE EXCEPCIONAL INTERESSE PÚBLICO E FORMAÇÃO DE CADASTRO DE RESERVA DE PROFISSIONAIS DE NÍVEL SUPERIOR PARA SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE DE SOBRAL NOS TERMOS DA LEI MUNICIPAL Nº 1613, DE 09 DE MARÇO DE 2017 E DO DECRETO MUNICIPAL Nº 2240, DE 04 DE JULHO DE 2019. O MUNICÍPIO DE SOBRAL, por meio de sua SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE, neste ato representado por sua secretária, Regina Célia Carvalho da Silva, no uso de suas atribuições legais, tendo em vista que restou devidamente prorrogado o prazo de validade do processo seletivo regulado pelo edital SMS 09/2019, conforme publicado no Diário Oficial do Município de nº 832 de 23 de julho de 2020, RESOLVE: I. RECONVOCAR os candidatos classificados abaixo transcritos, para efetuar o procedimento de contratação, tendo em vista que a publicação para a convocação foi efetuada apenas no Diário Oficial do Município, não sendo veiculada no endereço eletrônico: <http://saude.sobral.ce.gov.br>, em razão da suspensão das atividades do site durante o período eleitoral.

EDITAL 09/2019 - CÓD 15 AE - FISIOTERAPEUTA 20 HORAS - (RECONVOCAÇÃO)		
NOME	CLASSIFICAÇÃO	PRAZO DO CONTRATO
HALINE BRAGA PARENTE	5º	12 meses

EDITAL - 09/2019 - CÓD 18 AE - FONOAUDIOLOGIA 20 HORAS - (RECONVOCAÇÃO)		
NOME	CLASSIFICAÇÃO	PRAZO DO CONTRATO
LARISSA DAIANE DE ARAGÃO GADELHA	6º	12 meses

EDITAL 09/2019 - CÓD 21 AE - PSICÓLOGO - (RECONVOCAÇÃO)		
NOME	CLASSIFICAÇÃO	PRAZO DO CONTRATO
SUSANA MACIEL PINTO	5º	12 meses

II. CONVOCAR os candidatos classificados abaixo transcritos, para efetuar o procedimento de contratação.

EDITAL 09/2019 - CÓD 11 AE - ODONTÓLOGO (ESPECIALISTA EM PERIODONTIA)		
NOME	CLASSIFICAÇÃO	PRAZO DO CONTRATO
FRANCISCA ILANA LOPES GOMES DE AQUINO	*	12 meses

EDITAL 09/2019 - CÓD 01 AB - FARMACÊUTICO RESPONSÁVEL TÉCNICO		
NOME	CLASSIFICAÇÃO	PRAZO DO CONTRATO
VICTOR HUGO LOPES DOS SANTOS	*	12 meses
SAMARA PARENTE FARIAS MENDES		

EDITAL 09/2019 - CÓD 02 AB - NUTRICIONISTA		
NOME	CLASSIFICAÇÃO	PRAZO DO CONTRATO
FERNANDA MARIA MAGALHÃES SILVEIRA	*	12 meses
VANILSA MENDES DE SOUSA		
MONALISA FERREIRA DE VASCONCELOS		

III. INFORMAR que os candidatos deverão, preliminarmente, se submeter ao Exame Médico Admissional para a obtenção do ASO (Atestado de Saúde Ocupacional), o qual deverá ser realizado no CEREST, situado na Rua Anahid de Andrade, nº 373, Centro - CEP: 62.011-20, no período de 29 de setembro de 2020 à 02 de outubro de 2020, das 14h às 16h (horário local). IV. INFORMAR que os candidatos receberão no dia designado para a realização do Exame Médico Admissional, a declaração para a abertura de Conta Corrente no Banco Itaú, situado na Av. Dom José Tupinambá da Frota, 1750 - Térreo 1º Pavimento - Centro, Sobral - CE, 62010-295. V. INFORMAR que os candidatos deverão efetuar o pré-cadastro no site da Prefeitura Municipal de Sobral, através do endereço eletrônico: <http://precastrorh.sobral.ce.gov.br>, e entregar a documentação abaixo elencada no Setor de Recursos Humanos da Secretaria Municipal da Saúde, situado na Rua Anahid de Andrade, nº 373, Centro - CEP: 62.011-200, até o dia 05 de outubro de 2020, das 8h às 12h e das 14h às 17h. a) CTPS (Carteira de Trabalho e Previdência Social); b) PIS; c) 01 Foto 3x4; d) RG; e) CPF; f) Título de Eleitor; g) Carteira de Reservista; h) Certidão de Nascimento ou Casamento; i) Número de conta corrente no Banco ITAÚ; j) Comprovante de Residência; k) Comprovação da titulação exigida no edital; l) Registro regular no conselho de sua categoria profissional; m) Atestado de Saúde Ocupacional (ASO); n) Certidão negativa de débitos da Fazenda Pública Municipal, Estadual e Federal. o) Ficha cadastral (ANEXO I) devidamente preenchida; p) Declaração de não acumulação ilícita de cargos, empregos e funções públicas (ANEXO II). q) Declaração de bens (ANEXO III); r) Declaração de bens apresentada Receita Federal. Sobral-CE, 28 de setembro de 2020. Regina Célia Carvalho da Silva - SECRETÁRIA MUNICIPAL DA SAÚDE.

ANEXO I - FICHA CADASTRAL

CADASTRO DE SERVIDOR

Nome do Servidor:

Matrícula:	Data de admissão:	Email:
Endereço:	Nº	Bairro:
Cidade:	CEP:	Fone:
Pai:		Cel.:
Mãe:		
Nasc: / /	Sexo:	Estado Civil:
Identidade Nº	Orgão Expedidor:	Data Emissão: / /
CPF:	PIS/PASEP:	Data Emissão: / /
Reservista:		
Título Eleitoral:	Zona:	Seção:

GRAU DE INSTRUÇÃO

Primário Incompleto <input type="checkbox"/>	2º grau Incompleto <input type="checkbox"/>	Pós-graduação <input type="checkbox"/>
Primário Completo <input type="checkbox"/>	2º grau Completo <input type="checkbox"/>	Mestrado <input type="checkbox"/>
1º grau Incompleto <input type="checkbox"/>	Superior Incompleto <input type="checkbox"/>	Doutorado <input type="checkbox"/>
1 grau Completo <input type="checkbox"/>	Superior completo <input type="checkbox"/>	Curso de Graduação: _____

FORMA DE ADMISSÃO

Carteira assinada <input type="checkbox"/>	Concurado <input type="checkbox"/>	Cargo comissionado <input type="checkbox"/>
Portaria de admissão Nº	Ato Nº	
Cargo:	Função:	
Secretaria onde está Lotado(a):		
Setor:		

IRRF NOME PARENTESCO DATA/NASCIMENTO

		CÔNJUGE	

* Assinale com um X os dependentes que constarão como dependentes do Imposto de Renda.

OBS: AGENCIA BANCARIA _____ CONTA Nº _____ OPERAÇÃO: _____

Assinatura _____ Data / / _____