



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº **139**/2020

Processo Administrativo: PMC.2019.00043853-18

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Modalidade: Pregão Eletrônico nº 368/19

Objeto: Registro de Preços de materiais de consumo de odontologia.

O **MUNICÍPIO DE CAMPINAS**, devidamente representado pelas autoridades municipais nominadas neste instrumento, e a empresa **IN-DENTAL PRODUTOS ODONTOLÓGICOS, MÉDICOS E HOSPITALARES LTDA.**, inscrita no CNPJ sob Nº 07.788.510/0001-14, através do seu representante legal, acordam proceder, nos termos do Decreto Municipal nº 11.447/94, da Lei Federal nº 8.666/93, e do Edital em epígrafe, ao Registro de Preços referente aos itens abaixo discriminados:

Item	Cód.	Descrição	Un.	Qtde.	Valor Unit. (R\$)
03	8246	SOLUÇÃO HEMOSTÁTICA TÓPICA PARA USO ODONTOLÓGICO EM VIDRO COM 10 ML. OBS.: CADA FRASCO EQUIVALE A UMA PEÇA.	PC	180	9,99

A empresa apresenta neste ato os seguintes documentos: procuração ou contrato social; cédula de identificação; Termo de Ciência e de Notificação.

Fica declarado que o preço registrado na presente Ata é válido pelo prazo de 12 (doze) meses, contados da data de sua assinatura, ficando automaticamente prorrogado o prazo de validade da proposta/lance apresentado no Pregão epigrafado.

Nada mais havendo a ser declarado, foi encerrada a presente Ata que, após lida e aprovada, será assinada pelas partes.

Campinas, 27 FEV. 2020


CARMINO ANTONIO DE SOUZA
Secretário Municipal de Saúde


IN-DENTAL PRODUTOS ODONTOLÓGICOS, MÉDICOS E HOSPITALARES LTDA.

Representante Legal:

RG nº

CPF nº



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO

PROCESSO ADMINISTRATIVO: PMC.2019.00043853-18

INTERESSADO: Secretaria Municipal de Saúde

OBJETO: Registro de Preços de materiais de consumo de odontologia.

MODALIDADE: Pregão Eletrônico nº 368/19

CONTRATANTE: Município de Campinas

CONTRATADA: IN-DENTAL PRODUTOS ODONTOLÓGICOS, MÉDICOS E HOSPITALARES LTDA.

ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 139 /2020

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.

Campinas, 27 FEV. 2020 _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



GESTOR (SERVIDOR(A) DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS):

Nome: Amando P. F. Pastello
Cargo: Farmacêutico
CPF: 337.155.388-48 RG: 33.289.636-5
Data de Nascimento: 6/3/85
Endereço residencial: Av. Anchieta 200 - 11º andar
E-mail institucional: amanda.pastello@campinas.sp.gov.br
E-mail pessoal: _____
Telefone(s): 2116-0874
Assinatura: Amando Pastello

PREENCHIMENTO
OBRIGATÓRIO

Responsáveis que assinaram o ajuste:

Pelo CONTRATANTE:

Nome: _____
Cargo: _____
CPF: _____ RG: _____
Data de Nascimento: ____/____/____
Endereço residencial: _____
E-mail institucional: saude.gabinete@campinas.sp.gov.br
E-mail pessoal: _____
Telefone(s): 2116 0290
Assinatura: _____

PREENCHIMENTO
OBRIGATÓRIO

Pela CONTRATADA:

Nome: MARCELO TASKINARI
Cargo: Sócio Proprietário
CPF: 077.083.786-72 RG: 8.330.425
Data de Nascimento: 14/02/48
Endereço residencial: R. ARDUO MANOJANI, 232
E-mail institucional: interdental@netsite.com.br
E-mail pessoal: MVLRP@HOTMAIL.COM
Telefone(s): (16) 2138.8080
Assinatura: _____
Advogado: (*) Facultativo. Indicar quando já constituído, informando, inclusive, o endereço eletrônico.

PREENCHIMENTO
OBRIGATÓRIO