



# PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº **242**/19

**Processo Administrativo nº** PMC.2018.00001183-91

**Interessado:** Secretaria Municipal de Saúde

**Modalidade:** Pregão Eletrônico nº 313/18

**Objeto:** Registro de Preços de equipamentos de Proteção Individual – EPI's (Óculos, Respiradores, Luvas, Calçados, Japonas e Máscaras).

O **MUNICÍPIO DE CAMPINAS**, devidamente representado pelas autoridades municipais nominadas neste instrumento, e a empresa **CRUZEL COMERCIAL DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS HOSPITALARES EIRELI**, inscrita no CNPJ sob nº 19.877.178/0001-43, 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 | Código | Material                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Un. | Qtde. | Valor Unitário (R\$) |
|------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|----------------------|
| 04   | 22283  | MÁSCARA PROTETOR RESPIRATÓRIO DESCARTÁVEL N95 OU PFF2 COM AS SEGUINTE CARACTERÍSTICAS:<br>- MATERIAL PARA USO HOSPITALAR;<br>- CONFECCIONADA EM MATERIAL HIPOALERGÊNICO, INODORO, ATÓXICO, COM RESISTÊNCIA ADEQUADA A SUA FINALIDADE;<br>- FORMATO NÃO CÔNICO, COM DESIGN ANATÔMICO PARA ADAPTAÇÃO AO ROSTO, DE MODO A EVITAR TOTAL ENTRADA E SAÍDA DE AR PELAS BORDAS;<br>- USADA COMO PROTETOR PARA TUBERCULOSE;<br>- CONSTITUÍDA POR 4 CAMADAS DE FIBRA SINTÉTICA REPELENTE A LÍQUIDOS QUE BARRA A ENTRADA DE FLUIDOS CORPÓREOS PROVENIENTES DE RESPIROS;<br>- DENSIDADE E POROSIDADE CAPAZES DE ATUAR COMO BARREIRA A MICROORGANISMOS;<br>- FILTRO BACTERIOLÓGICO DE CAPACIDADE FILTRANTE ACIMA DE 95% PARA PARTÍCULAS DE 0,3 MICRONS;<br>- DUPLO SISTEMA DE TIRAS ELÁSTICAS PARA PRESSÃO ANATÔMICA;<br>- DOTADA DE CLIP NASAL, REVESTIDO, PRODUZIDO EM ALUMÍNIO FLEXÍVEL;<br>- DEVERÁ CONTER C.A. (CERTIFICADO DE APROVAÇÃO DO M.T.E) VÁLIDO E IMPRESSO NO CORPO DA MÁSCARA;<br>- EMBALADO INDIVIDUALMENTE, CONTENDO DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO VIGENTE, COM DESCRIÇÕES LEGÍVEIS E INDELÉVEIS;<br>- OBS.: CADA PROTETOR EQUIVALE A UMA PEÇA. | PC  | 15000 | 2,09                 |

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



# PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



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.

Será dada prioridade de aquisição dos produtos das cotas reservadas, ressalvados os casos em que a cota reservada for inadequada para atender as quantidades ou as condições do pedido, justificadamente, nos casos em que se aplique o disposto no Decreto Federal Nº 8.538/15.

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

Campinas, 22 JUL. 2019

**CARMINO ANTONIO DE SOUZA**

Secretário Municipal de Saúde

**CRUZEL COMERCIAL DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS HOSPITALARES EIRELI**

Representante Legal:

RG nº 50.941.168-X

CPF nº 004.610.213-51.



# PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



## TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO AO TCESP

**PROCESSO ADMINISTRATIVO:** PMC.2018.00001183-91

**INTERESSADO:** Secretaria Municipal de Saúde

**OBJETO:** Registro de Preços de equipamentos de Proteção Individual – EPI's (Óculos, Respiradores, Luvas, Calçados, Japonas e Máscaras).

**MODALIDADE:** Pregão Eletrônico nº 313/2018

**CONTRATANTE:** Município de Campinas

**CONTRATADA:** CRUZEL COMERCIAL DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS HOSPITALARES EIRELI

**ATA DE REGISTRO DE PREÇOS** **242** /19

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, 22 JUL. 2019



# PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



## GESTOR DO ÓRGÃO/ENTIDADE:

Nome: SANDRA HELENA DE A. REGOLIN  
Cargo: DIRETOR ADMINISTRATIVO  
CPF: 024909408-80 RG: 18.834.569-3  
Data de Nascimento: 26/05/64  
Endereço residencial completo: Av. ELZO PREV. TALE, Nº 645  
E-mail institucional: SANDRA.REGOLIN@CAMPINAS.SP.GOV.BR  
E-mail pessoal: SANDRA.REGOLIN@GMAIL.COM  
Telefone(s): (19) 992438363  
Assinatura: [assinatura]

Responsáveis que assinaram o ajuste:

## Pelo CONTRATANTE:

Nome: CÁRMINO 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: \_\_\_\_\_  
Telefone(s): \_\_\_\_\_  
Assinatura: [assinatura]

## Pela CONTRATADA:

Nome: \_\_\_\_\_  
Cargo: \_\_\_\_\_  
CPF: \_\_\_\_\_ RG: \_\_\_\_\_  
Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Endereço residencial completo: \_\_\_\_\_  
E-mail institucional: cruzel@cruzel.com.br  
E-mail pessoal: \_\_\_\_\_  
Telefone(s): \_\_\_\_\_  
Assinatura: [assinatura]