



# PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 300 /18

**Processo Administrativo nº** PMC.2017.00011247-26

**Interessado:** Secretaria Municipal de Saúde

**Modalidade:** Pregão Eletrônico nº 093/18

**Objeto:** Registro de Preços de luvas para procedimentos e luvas cirúrgicas.

O **MUNICÍPIO DE CAMPINAS**, devidamente representado pelas autoridades municipais nominadas neste instrumento, e a empresa **SALVI LOPES & CIA LTDA - ME**, inscrita no CNPJ sob nº 82.478.140/0001-34, 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\$)
14	2400	LUVA CIRÚRGICA ESTÉRIL DESCARTÁVEL NÚMERO 9,0, CONFECCIONADA EM LÁTEX 100% NATURAL, ÍNTEGRO E UNIFORME, FORMATO ANATÔMICO, MÍNIMO DE 28 CM DE COMPRIMENTO, PUNHO AJUSTÁVEL COM BAINHA OU FRISO, LUBRIFICADA COM MATERIAL BIO-ABSORVÍVEL COM QUANTIDADE ADEQUADA, COM EXCELENTE SENSIBILIDADE TÁTIL, ELASTICIDADE, RESISTENTE A TRAÇÃO, ATÓXICA, HIPOALERGÊNICA, INVÓLUCRO INTERNO COM IDENTIFICAÇÃO DE MÃO DIREITA E ESQUERDA, DOBRAS PARA ABERTURA ASSÉPTICA. EMBALADA EM PORTA LÚVAS DE FÁCIL ABERTURA, E QUE PROMOVA BARREIRA MICROBIANA, GARANTINDO A ESTERILIDADE DO MATERIAL ATÉ O MOMENTO DO USO. EMBALAGEM EXTERNA CONTENDO DADOS DE IDENTIFICAÇÃO CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE, COM DESCRIÇÕES LEGÍVEIS E INDELEVEIS. DEVERÁ ESTAR IMPRESSO NAS LUVAS OU NA CAIXA O NÚMERO DO CERTIFICADO DE APROVAÇÃO (C.A). <b>OBS: CADA PAR EQUIVALE A UMA PEÇA.</b>	PÇ	1.000	1,07
15	27433	LUVA CONFECCIONADA EM RESINA NITRÍLICA OU EM VINÍLICA ISENTA DE LÁTEX, SEM LUBRIFICAÇÃO INTERNA, SEM TALCO OU AMIDO, TOTALMENTE IMPERMEÁVEL Á ÁGUA E OUTROS FLUIDOS AQUOSOS, AMBIDESTRA, HIPOALERGÊNICA, NÃO ESTÉRIL, ISENTA DE SOLDA, POSSIBILITANDO CONFORTO, SENSIBILIDADE TÁTIL E FLEXIBILIDADE, DESCARTÁVEL, EMBALADA EM CAIXA DISPENSADORA REFORÇADA. COM BOCAL PICOTADO DE FÁCIL ABERTURA NA PARTE SUPERIOR CONTENDO NA PARTE EXTERNA DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DE ACORDO COM A LEGISLAÇÃO VIGENTE, COM DESCRIÇÕES LEGÍVEIS E INDELEVEIS. DEVERÁ ESTAR IMPRESSO NAS LUVAS OU NA CAIXA O NÚMERO DO CERTIFICADO DE APROVAÇÃO (C.A). TAMANHO	PÇ	100	18,82



# PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



		<b>EXTRA PEQUENO. OBS.: CADA LOTE COM 100 LUVAS EM CAIXA DISPENSADORA EQUIVALE A UMA PEÇA.</b>			
--	--	------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--	--

**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.

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, 02/08/18

**CÁRMINO ANTONIO DE SOUZA**  
Secretário Municipal de Saúde

**SALVI LOPES & CIA LTDA - ME**

Representante Legal: Luiz Carlos Salvi

RG nº 4.502.096-7

CPF nº 619.057.639-72



# PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



## TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO AO TCESP

**Processo administrativo:** PMC.2017.00011247-26

**Interessado:** Secretaria Municipal de Saúde

**Objeto:** Registro de Preços de luvas para procedimentos e luvas cirúrgicas.

**Modalidade:** Pregão Eletrônico nº 093/2018

**Contratante:** Município de Campinas

**Contratada:** Salvi Lopes & Cia. Ltda. - ME

**Ata de Registro de Preços nº** 300/18

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, 01/08/18



# 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: 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: \_\_\_\_\_

### Pela CONTRATADA:

Nome: Luiz Carlos Salvi

Cargo: Administrador

CPF: 619.057.639-72 RG: 4.502.096-7

Data de Nascimento: 13/02/1966

Endereço residencial completo: Rua Saíra-Ouro, 201 – Jd. Universidade

E-mail institucional [salvielopes@gmail.com](mailto:salvielopes@gmail.com)

E-mail pessoal: [ilsalvi@gmail.com](mailto:ilsalvi@gmail.com)

Telefone(s):\_ (43) 3056-2332

Assinatura: \_\_\_\_\_