



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 339/19

Processo Administrativo nº: PMC.2019.00000335-73

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Assunto: Pregão Eletrônico nº 104/2019

Objeto: Registro de Preços de pacotes Teste Desafio e Teste Tipo Bowie & Dick, e pacote Teste Desafio Pronto, com fornecimento de incubadora em comodato.

O **MUNICÍPIO DE CAMPINAS**, devidamente representado pelas autoridades municipais nominadas neste instrumento, e a empresa **P S DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS DA SAUDE EIRELI**, inscrita no CNPJ sob nº 08.304.991/0001-08, 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.	Material	Un.	Qtde.	Valor Unit. (R\$)
02	60379	PACOTE TESTE DESAFIO COM AS SEGUINTE CARACTERÍSTICAS: - PRONTO PARA O USO E DE USO ÚNICO; - PACOTE COMPOSTO COM UM INTEGRADOR QUÍMICO CLASSE 5 CONFORME NORMA ASI/AAMI/ISSO 11140-1 POSICIONADO NO INTERIOR DO PACOTE, EM SUBSTRATO POROSO, QUE DEVERÁ PERMITIR EFETUAR A MONITORIZAÇÃO DE TODOS OS PARÂMETROS CRÍTICOS DO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO A VAPOR, SIMULANDO A MORTE MICROBIANA NO INTERIOR DAS EMBALAGENS, COM LEITURA ATRAVÉS DE MUDANÇA DE LIMITE; - O PACOTE DEVERÁ DESAFIAR O PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO A VAPOR, COM DESEMPENHO EQUIVALENTE AO PACOTE TESTE DE 16 CAMPOS (ANSI/AAMI ST46), PARA LIBERAÇÃO DE CARGAS SUBSEQUENTES; - ISENTO DE PRODUTOS TÓXICOS TAIS COMO CHUMBO; - EMBALAGEM DEVERÁ CONTER EXTERNAMENTE DADOS DE ROTULAGEM CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE; - OBS: CADA PACOTE DESAFIO EQUIVALE A UMA PEÇA.	PÇ	21.000	11,40
04	60379	PACOTE TESTE DESAFIO COM AS SEGUINTE CARACTERÍSTICAS: - PRONTO PARA O USO E DE USO ÚNICO; - PACOTE COMPOSTO COM UM INTEGRADOR QUÍMICO CLASSE 5 CONFORME NORMA ASI/AAMI/ISSO 11140-1 POSICIONADO NO INTERIOR DO PACOTE, EM SUBSTRATO POROSO, QUE DEVERÁ PERMITIR EFETUAR A MONITORIZAÇÃO DE TODOS OS PARÂMETROS CRÍTICOS DO PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO A VAPOR, SIMULANDO A MORTE MICROBIANA NO INTERIOR DAS EMBALAGENS, COM LEITURA ATRAVÉS DE MUDANÇA DE LIMITE; - O PACOTE DEVERÁ DESAFIAR O PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO A VAPOR, COM DESEMPENHO EQUIVALENTE AO PACOTE TESTE DE 16 CAMPOS (ANSI/AAMI ST46), PARA LIBERAÇÃO DE CARGAS SUBSEQUENTES; - ISENTO DE PRODUTOS TÓXICOS TAIS COMO CHUMBO; - EMBALAGEM DEVERÁ CONTER EXTERNAMENTE DADOS DE ROTULAGEM CONFORME LEGISLAÇÃO VIGENTE; - OBS: CADA PACOTE DESAFIO EQUIVALE A UMA PEÇA.	PÇ	7.000	11,40

A empresa apresenta neste ato os seguintes documentos: procuração ou ato constitutivo; 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 epigrafo.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



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, 16 AGO. 2019


CARMINO ANTONIO DE SOUZA
Secretário Municipal de Saúde


P S DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS DA SAUDE EIRELI

Representante Legal: *Juliana C. Soares Lopes*

RG nº *53.318.925-1*

CPF nº *269.867.758-90*



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO

PROCESSO ADMINISTRATIVO: PMC.2019.00000335-73

INTERESSADO: Secretaria Municipal de Saúde

OBJETO: Registro de Preços de pacotes Teste Desafio e Teste Tipo Bowie & Dick, e pacote Teste Desafio Pronto, com fornecimento de incubadora em comodato.

MODALIDADE: Pregão Eletrônico nº 104/2019

CONTRATANTE: Município de Campinas

DETENTORA: P S DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS DA SAUDE EIRELI

ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº (DE ORIGEM): 339/19

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, 16 AGO 2019



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



GESTOR (SERVIDOR DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS):

Nome: Alessandra Márcia Vaz de Lima Chiste Silva
Cargo: Farmacêutica
CPF: 081.597.226-72 RG: MG 5.380.616
Data de Nascimento: 31/8/71
Endereço residencial completo: _____
E-mail institucional: alessandra.vaz.de.lima@campinas.sp.gov.br
E-mail pessoal: _____
Telefone(s): 2116-0169 / 2116-0845
Assinatura: [assinatura]

PREENCHIMENTO
OBRIGATÓRIO

Responsáveis que assinaram o ajuste:

Pelo CONTRATANTE:

Nome: Carmino 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: carmino.souza@campinas.sp.gov.br
Telefone(s): _____
Assinatura: [assinatura]

Pela CONTRATADA:

Nome: Juliana Cristina Paves Lopes
Cargo: Procuradora / Farmacêutica
CPF: 269.867.758-90 RG: 53.318.925-1
Data de Nascimento: 16/01/1977
Endereço residencial completo: Rua Jonas José Vieira, 420 - Colina Sul - Bady Barnet / SP
E-mail institucional: sac@pointmed.com.br
E-mail pessoal: licitacao@pointmed.com.br
Telefone(s): (11) 3234-5111
Assinatura: [assinatura]

PREENCHIMENTO
OBRIGATÓRIO

Advogado: (*) Facultativo. Indicar quando já constituído, informando, inclusive, o endereço eletrônico.