



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº **583**/18

Processo Administrativo nº PMC.2018.00020096-88

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Modalidade: Pregão Eletrônico nº 251/18

Objeto: Registro de preços de bombas de insulina e insumos, em atendimento a Mandados Judiciais.

O **MUNICÍPIO DE CAMPINAS**, devidamente representado pelas autoridades municipais nominadas neste instrumento, e a empresa **C.B.S. MÉDICO CIENTÍFICA S/A.**, inscrita no CNPJ sob nº 48.791.685/0001-68, 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.	DESCRIPTIVO	Qtde.	unidade	R\$ UNIT. PROP.
01	42.191	FITA REAGENTE ACCU CHEK PERFORMA CAIXA COM 50. OBS.: CADA CAIXA EQUIVALE A UMA PEÇA.	520	PÇ	105,76
02	39.054	ACCU CHEK TENDER LINK I 13/30 : AGULHA 13 MM E CATETER 30 CM (ACCU CHEK SPIRIT) APRESENTAÇÃO :CAIXA COM 10 SETS COMPLETOS. OBS.: CADA CAIXA EQUIVALE A UMA PEÇA.	36	PÇ	800,00
03	42.215	INFUSÃO CONTÍNUA DE INSULINA SUBCUTÂNEA EM BOMBA, CÂNULA 10MM E CATÉTER 60 CM. SET DE INFUSÃO COM INSERÇÃO DE 90 GRAUS, COMPATÍVEL COM OS EQUIPAMENTOS ACCU CHEK SPIRIT COMBO E H- TRONPLUS, CADA SET É FORMADO POR 1 CÂNULA E 1 CATETER. CADA CAIXA CONTÉM 10 CÂNULAS E 10 CATETERES. OBS.: CADA CAIXA EQUIVALE A UMA PEÇA.	36	PÇ	800,00
04	42.680	SET DE INFUSÃO CONTÍNUA DE INSULINA SUBCUTÂNEA EM BOMBA, CÂNULA 8 MM E CATÉTER 60 CM. SET DE INFUSÃO COM INSERÇÃO DE 90 GRAUS, COMPATÍVEL COM OS EQUIPAMENTOS ACCU CHEK SPIRIT COMBO E H- TRONPLUS, CADA SET É FORMADO POR 10 CÂNULAS E 10 CATETERES. OBS.:CADA SET EQUIVALE A UMA PEÇA.	65	PÇ	810,00
05	34.253	LANCETA ACCU-CHEK SOFT CLICK OBS: CADA UNIDADE EQUIVALE A UMA PEÇA	40000	PÇ	0,50
06	42.450	CÂNULA ACCU CHECK FLEXLINK DE 10 MM, CAIXA COM 10 CÂNULAS. OBS.: CADA CAIXA EQUIVALE A UMA PEÇA.	36	PÇ	498,30
07	42.216	RESERVATÓRIO DE INSULINA PARA SISTEMA DE INFUSÃO CONTÍNUA DE INSULINA (BOMBA DE INSULINA), PLÁSTICO, CAPACIDADE 3,15ML. RESERVATÓRIO DE INSULINA COMPATÍVEL COM OS EQUIPAMENTOS ACCU CHEK SPIRIT COMBO E H- TRONPLUS, CAIXA COM 25 UNIDADES. OBS.: CADA CAIXA EQUIVALE A UMA PEÇA.	50	PÇ	590,00
10	42.679	CLIP CASE ACCU CHECK SPIRIT OBS.: CADA CLIP EQUIVALE A UMA PEÇA.	8	PÇ	160,00
11	42.678	CAPA DE SILICONE ACCU CHECK SPIRIT OBS.: CADA CAPA EQUIVALE A UMA PEÇA.	8	PÇ	70,00
12	42.190	BOMBA DE INSULINA ACCU CHEK SPIRIT COMBO. OBS.: CADA BOMBA EQUIVALE A UMA PEÇA.	2	PÇ	13.750,00
13	53.670	LANCETA ACCU-CHEK FASTCLIX OBS: CADA UNIDADE EQUIVALE A UMA PEÇA.	25000	PÇ	0,57
14	53.669	ACCU-CHEK SMARTPIX OBS: CADA UNIDADE EQUIVALE A UMA PEÇA.	8	PÇ	235,00
15	59.280	APLICADOR LINKASSIST. OBS: CADA UNIDADE EQUIVALE A UMA PEÇA.	8	PÇ	240,00
16	59279	ACCU CHEK COMBO (BOMBA ACCU CHEK SPIRIT COMBO + ACCU-CHEK PERFORMA SMART CONTROL). OBS.: CADA UNIDADE EQUIVALE A UMA PEÇA.	8	PÇ	13.800,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



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 NOV. 2018

CARMINO ANTONIO DE SOUZA
Secretário Municipal de Saúde

C.B.S. MÉDICO CIENTÍFICA S/A.

Representante Legal:

RG nº

CPF nº



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO AO TCESP

Processo Administrativo nº PMC.2018.00020096-88

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Contratante: Município de Campinas

Contratada: C.B.S. MÉDICO CIENTÍFICA S/A.

Modalidade: Pregão Eletrônico nº 251/18

Objeto: Registro de preços de bombas de insulina e insumos, em atendimento a Mandados Judiciais.

Ata de Registro de Preços nº **583**/18

ADVOGADO(S)/Nº OAB: (*) _____

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. Estamos CIENTES de que:

- 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;
- 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;
- 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;
- 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:

- O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;
- 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 NOV. 2018

GESTOR DO ÓRGÃO/ENTIDADE:



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



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: 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: _____
Telefone(s): _____
Assinatura: _____

Pela CONTRATADA:

Nome: Danie dos Santos
Cargo: Sócio - Diretor
CPF: 163.687.288-33 RG: 22.250.964-8
Data de Nascimento: 03/03/1971
Endereço residencial completo: Rua Thomas Connell, 880, apto 91, Paraisópolis, SP
E-mail institucional: cbs@cbsmed.com.br
E-mail pessoal: contratos@cbsmed.com.br
Telefone(s): 11-3393-2300
Assinatura: _____

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