



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 586 /18

Processo Administrativo nº PMC.2018.00003057-43

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Modalidade: Pregão Eletrônico nº 239/18

Objeto: Registro de preços de materiais de enfermagem e higiene pessoal em atendimento a Mandados Judiciais.

O **MUNICÍPIO DE CAMPINAS**, devidamente representado pelas autoridades municipais nominadas neste instrumento, e a empresa **ARAMED COMERCIAL HOSPITALAR EIRELI**, inscrita no CNPJ sob nº 24.479.444/0001-10, 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.
08	47007	CATÉTER SPEEDICATH OU CATÉTER HIDROFÍLICO LUBRIFICADO, NÚMERO 10	4.000	PC	10,92

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 epigrafo.

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

Campinas, 28 NOV. 2018

CARMINO ANTONIO DE SOUZA
Secretário Municipal de Saúde

ARAMED COMERCIAL HOSPITALAR EIRELI

Representante Legal: Arare Pereira da Costa Junior

RG nº 16.578.244-4

CPF nº 023.381.968-13



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO AO TCESP

Processo Administrativo nº PMC.2018.00003057-43

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Contratante: Município de Campinas

Contratada: ARAMED COMERCIAL HOSPITALAR EIRELI

Modalidade: Pregão Eletrônico nº 239/18

Objeto: Registro de preços de materiais de enfermagem e higiene pessoal em atendimento a Mandados Judiciais.

Ata de Registro de Preços nº 586/18

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, 28 NOV. 2018



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: 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: **Aramed Comercial Hospitalar Eireli-Me**

Cargo: **Sócio**

CPF: **023.381.968-13** RG: **16.578.244-4**

Data de Nascimento: **10 / 11 / 1964**

Endereço residencial completo: **Av Andrade Neves, 295 - Sala 142 - Centro**

E-mail institucional: aramed@aramed.com.br

E-mail pessoal: **aramed@aramed.com.br**

Telefone(s): **(19) 9.9132-8104**

Assinatura: _____

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