



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº ~~135~~ /19

Processo Administrativo nº PMC.2018.00028870-90

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Modalidade: Pregão Eletrônico nº 33/19

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 **ABBOTT LABORATÓRIOS DO BRASIL LTDA.**, inscrita no CNPJ sob nº 56.998.701/0033-01, 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	Descrição	Un.	Valor Unit. (R\$)
26	69181	SENSOR DE GLICEMIA INTERSTICIAL. OBS: CADA UNIDADE EQUIVALE A UMA PEÇA.	PÇ	349,90

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, 24 ABR. 2019

CARMINO ANTONIO DE SOUZA
Secretário Municipal de Saúde

Glencarlo Testino
CPF 283.436.928-40
Controller

ABBOTT LABORATÓRIOS DO BRASIL LTDA.

Representante Legal:

RG nº

CPF nº



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO

PROCESSO ADMINISTRATIVO: PMC.2018.00028870-90

INTERESSADO: Secretaria Municipal de Saúde

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

MODALIDADE: Pregão Eletrônico nº 33/19

CONTRATANTE: Município de Campinas

DETENTORA: Abbott Laboratórios do Brasil Ltda.

ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº (DE ORIGEM): 135 /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 TCE/SP;
- 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. Damos-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, 24 ABR. 2019



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: GIANCARLO MANUEL TESTINO MARCHAND
Cargo: CONTROLLER
CPF: 233.436.928-40 RG: RNE nº V559856-R
Data de Nascimento: ____/____/____
Endereço residencial completo: _____
E-mail institucional: cassia.dasilva@abbott.com – felipe.ramos@abbott.com –
lucas.aparecidorodriguesbezerra@abbott.com
E-mail pessoal: _____
Telefone(s): 11 5536-7010 / 7413
Assinatura: _____

Giancarlo Testino
CPF 233.436.928-40
Controller

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