



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Justiça

ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 053/21

Processo Administrativo: PMC.2020.00056813-51

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Modalidade: Pregão Eletrônico nº 342/2020

Objeto: Registro de Preços de medicamentos, em atendimento a Mandados Judiciais..

O **MUNICÍPIO DE CAMPINAS**, devidamente representado pelas autoridades municipais nominadas neste instrumento, e a empresa **INDMED HOSPITALAR EIRELI**, inscrita no CNPJ sob nº 24.614.797/0001-85, 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.	Qtde.	Valor Unit. (R\$)
01	45933	FINGOLIMODE 0,5 MG - CÁPSULA. OBS 1: CADA CÁPSULA EQUIVALE A UMA PEÇA. OBS 2: MANDADO JUDICIAL.	PÇ	450	135,34

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 epigrafado.

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

Campinas, 24 FEV. 2021

LAIR ZAMBON
Secretário Municipal de Saúde

KATIA CILENE DIAS
QUARANTA:29385836803
KATIA CILENE DIAS
QUARANTA:29385836803
2021.02.10 10:22:45 -03'00'

INDMED HOSPITALAR EIRELI

Representante Legal:
Katia Cilene Dias
Quaranta CPF nº
293.858.368-03



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Justiça

TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO

PROCESSO ADMINISTRATIVO: PMC.2020.00056813-51

INTERESSADO: Secretaria Municipal de Saúde

OBJETO: Registro de Preços de medicamentos, em atendimento a Mandados Judiciais.

MODALIDADE: Pregão Eletrônico nº 342/2020

CONTRATANTE: Município de Campinas

DETENTORA: Indmed Hospitalar Eireli

ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 053 /21

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 serem 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.

24 FEV. 2021



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Justiça

Campinas, _____

GESTOR (SERVIDOR(A) DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS):

Nome: Rodrigo César Mauve

Cargo: Farmacêutico

CPF: 064.268.436-79

RG: 56532146-8

Data de Nascimento: 06/04/1983

Endereço residencial: Rua Dr. Rocha Novais, 427

E-mail institucional: ans-judicial@campinas.sp.gov.br

E-mail pessoal: rodrigo-mauve@campinas.sp.gov.br

Telefone(s): (19) 3213-1616

Assinatura: Rodrigo César Mauve

PREENCHIMENTO
OBRIGATÓRIO

Responsáveis que assinaram o ajuste:

Pelo CONTRATANTE:

Nome: Lair Zambon

Cargo: Secretário Municipal de Saúde

CPF: _____

RG: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Endereço residencial: _____

E-mail institucional: lair.zambon@campinas.sp.gov.br

E-mail pessoal: _____

Telefone(s): (19) 3744 4681

Assinatura: _____

PREENCHIMENTO
OBRIGATÓRIO

Pela CONTRATADA:

Nome: Katia Cilene Dias Quaranta

Cargo: Proprietária

CPF: 293.858.368-03

RG: 30.112.762-1

Data de Nascimento: 05/04/1979

Endereço residencial: Prof Dulce Esmeralda Basile Ferreira, 90- CEP 18016-060

E-mail institucional: licita@indmed.com.br

E-mail pessoal: financeiro@indmed.com.br

Telefone(s): (15) 3358-4060 ou (15) 3326-3998

Assinatura: _____

KATIA CILENE DIAS
QUARANTA:293858368
03

KATIA CILENE DIAS
QUARANTA:29385836803
2021.02.10 10:23:26 -03'00'

PREENCHIMENTO
OBRIGATÓRIO



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Justiça

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

