



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 129/2020

Processo Administrativo: PMC.2019.00038427-07

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Modalidade: Pregão Eletrônico nº 373/19

Objeto: Registro de Preços de medicamentos na forma de solução.

O **MUNICÍPIO DE CAMPINAS**, devidamente representado pelas autoridades municipais nominadas neste instrumento, e a empresa **ALTERMED MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR LTDA.**, inscrita no CNPJ sob nº 00.802.002/0001-02, 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.	Descrição	Un.	Quant.	Valor Unit. (R\$)
2	7854	HALOPERIDOL 0,2%, (2 MG/ML) SOLUÇÃO ORAL, SEM ASSOCIAÇÕES, APRESENTADA EM FRASCO COM 20 ML. LOTE COM 100 FRASCOS. OBS.: CADA LOTE EQUIVALE A UMA PEÇA.	PÇ	100	329,99

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, 26 FEV. 2020

CARMINO ANTONIO DE SOUZA
Secretário Municipal de Saúde

ALTERMED MATERIAL MÉDICO HOSPITALAR LTDA.

Representante Legal:

RG nº 6.668.671

CPF nº 096.092.949-52



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO

PROCESSO ADMINISTRATIVO: PMC.2019.00038427-07

INTERESSADO: Secretaria Municipal de Saúde

OBJETO: Registro de Preços de medicamentos na forma de solução.

MODALIDADE: Pregão Eletrônico nº 373/19

CONTRATANTE: Município de Campinas

DETENTORA: Altermed Material Médico Hospitalar Ltda.

ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 129 /2020

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, 26 FEV. 2020



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



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

Nome: Alexandra Nanci Vaz de Lima Christo Silva
Cargo: Farmaceutico
CPF: 68159722672 RG: 5.380616
Data de Nascimento: 31/8/71
Endereço residencial: Av. Anchieta, 200 11º andar
E-mail institucional: alexandra.vazdelima@campinas.sp.gov.br
E-mail pessoal: _____
Telefone(s): 216-0169
Assinatura: _____

PREENCHIMENTO
OBRIGATÓRIO

Responsáveis que assinaram o ajuste:

Pelo CONTRATANTE:

Nome: _____
Cargo: _____
CPF: _____ RG: _____
Data de Nascimento: ____/____/____
Endereço residencial completo: _____
E-mail institucional: saude.gabinete@campinas.sp.gov.br
E-mail pessoal: _____
Telefone(s): 2116 0290
Assinatura: _____

PREENCHIMENTO
OBRIGATÓRIO

Pela CONTRATADA:

Nome: Letícia Viana
Cargo: ASSISTENTE ADMINISTRATIVO - CONTRATOS
CPF: 096092.949-52 RG: 6.668.671
Data de Nascimento: 04/01/1996
Endereço residencial: ESTRADA BOA ESPERANÇA, 2320 - FUNDO CAMPAS
E-mail institucional: licitacoes@altermed.com.br altermed@altermed.com.br
E-mail pessoal: leticia.viana@hotmail.com
Telefone(s): (47) 3520-9000
Assinatura: _____

PREENCHIMENTO
OBRIGATÓRIO

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