



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº **131** / 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 **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	Cód.	Descrição	Un.	Quant.	Valor Unit. (R\$)
13	35841	LACTULOSE 667 MG, XAROPE APRESENTADO EM FRASCO DE 120 ML A 200ML. OBS. 1: O PREÇO UNITÁRIO INFORMADO DEVE EQUIVALER A 1 ML DO PRODUTO. OBS. 2: CADA 1 ML DO PRODUTO EQUIVALE A UMA PEÇA.	PÇ	648.000	0,07

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

INDMED HOSPITALAR EIRELI

Representante Legal: *Carlene Afonso Duarte*

RG nº *30.112.762-1*

CPF nº *293.858.368-03*



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: Indmed Hospitalar Eireli

ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº **131** /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 Ul. Vaz de Lima Costa Silva
Cargo: Farmacêutica
CPF: 68159722642 RG: 5380616
Data de Nascimento: 31/8/41
Endereço residencial: Av. Anchieta, 200 - 11ª andar
E-mail institucional: Alexandra.vazdelima@campinas.sp.gov.br
E-mail pessoal: _____
Telefone(s): 2116-0169
Assinatura: [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: [assinatura]

PREENCHIMENTO
OBRIGATÓRIO

Pela CONTRATADA:

Nome: Katrine Cilene Elias Guaranato
Cargo: proprietária
CPF: 293.858.368-03 RG: 30.112.762-1
Data de Nascimento: 05/04/79
Endereço residencial: Estrada do vinte e cinco, 18 - Jorveal/SP
E-mail institucional: licita@indmed.com.br
E-mail pessoal: katrine@indmed.com.br
Telefone(s): (15) 3358-4060
Assinatura: [assinatura]

PREENCHIMENTO
OBRIGATÓRIO

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