



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 016/19

Processo Administrativo nº PMC.2017.00013860-97

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Modalidade: Pregão Eletrônico nº 155/18

Objeto: Registro de preços de medicamentos na forma de comprimidos (farmacológicos).

O **MUNICÍPIO DE CAMPINAS**, devidamente representado pelas autoridades municipais nominadas neste instrumento, e a empresa **SOMA/SP PRODUTOS HOSPITALARES LTDA.**, inscrita no CNPJ sob nº 05.847.630/0001-10, 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
13	28924	HIDROCLOROTIAZIDA 25 MG, COMPRIMIDO, DRÁGEA OU CÁPSULA. LOTE COM 100 UNIDADES. OBS: CADA LOTE EQUIVALE A UMA PEÇA
14	34631	ENALAPRIL 10 MG COMPRIMIDO, LOTE COM 30 COMPRIMIDOS OBS.: CADA LOTE EQUIVALE A UMA PEÇA.
21	32563	ESPIRONOLACTONA 100 MG - COMPRIMIDOS, DRÁGEAS OU CÁPSULAS LOTE COM 100 CP/DG/CAP OBS.: CADA LOTE QUIVALE A 1 PEÇA

Qtde.	unidade	UNIT. (R\$)
172.500	PC	1,40
225.000	PC	0,89
1.500	PC	40,00

A empresa apresenta neste ato os seguintes documentos: proposta de preço ou contrato social; cópia da 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.

Será dada prioridade de aquisição dos produtos das cotas reservadas, quando a cota reservada for inadequada para atender as quantidades solicitadas, justificadamente, nos casos em que se aplique o disposto no Decreto Municipal nº 8.538/15.

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

Campinas, 07 JAN. 2019

CARMINO ANTONIO DE SOUZA
Secretário Municipal de Saúde

SOMA/SP PRODUTOS HOSPITALARES LTDA.

Representante Legal:

RG nº

CPF nº



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO A

Processo Administrativo nº PMC.2017.00013860-97

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Contratante: Município de Campinas

Contratada: SOMA/SP PRODUTOS HOSPITALARES LTDA.

Modalidade: Pregão Eletrônico nº 155/18

Objeto: Registro de preços de medicamentos na forma de comprimidos (farmacológicos).

Ata de Registro de Preços nº 016/19

ADVOGADO(S)/Nº **OAB**

(*)

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. Estamos CIENTES de que:

- 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;
- poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias de Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processos Eletrônicos, conforme disposto no Decreto nº 11.111/2011 do TCESP;
- além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser publicados, 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, instituída a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;
- Qualquer alteração de endereço – residencial ou eletrônico – deverá ser comunicada pelo interessado, peticionando no processo.

2. Damo-nos por NOTIFICADOS para:

- O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final, inclusive publicação;
- Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais, interpor recursos, exercer o direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

Campinas, 07 JAN. 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: Ricardo Vieira Cassiano
Cargo: Gerente Comercial
CPF: 178.894.948-06 RG: 23.752.322-X
Data de Nascimento: 08/07/1977
Endereço residencial completo: R. Valério, 46 - Jd. do Carmo - São João / SP
E-mail institucional: soma.sp@somahospitalar.com.br
E-mail pessoal: licitacao.soma.hospitalar.com.br
Telefone(s): 11 4122.9800
Assinatura: _____

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