



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Justiça

ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 174/21

Processo Administrativo: PMC.2021.00000269-83

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Modalidade: Pregão Eletrônico nº 054/2021

Objeto: Registro de Preços de medicamentos na forma de soluções injetáveis (antibióticos e vitaminas).

O **MUNICÍPIO DE CAMPINAS**, devidamente representado pelas autoridades municipais nominadas neste instrumento, e a empresa **VALINPHARMA COMÉRCIO E REPRESENTAÇÕES LTDA.** inscrita no CNPJ sob nº 01.857.076/0001-09, 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\$)
02	7880	GENTAMICINA 80 MG/AMPOLA, SOLUÇÃO INJETÁVEL SEM ASSOCIAÇÕES. APRESENTADA EM AMPOLA DE 2ML. LOTE COM 100 AMPOLAS. OBS.: CADA LOTE EQUIVALE A UMA PEÇA	PÇ	10	130,00

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 epigrafo.

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

Campinas, 12 MAIO 2021

LAIR ZAMBON
Secretário Municipal de Saúde

VALINPHARMA COMÉRCIO E REPRESENTAÇÕES LTDA.

Representante Legal: Camilo de Leles Nogueira

CPF nº 820.301.388-00



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Justiça

TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO

PROCESSO ADMINISTRATIVO: PMC.2021.00000269-83

INTERESSADO: Secretaria Municipal de Saúde

OBJETO: Registro de Preços de medicamentos na forma de soluções injetáveis (antibióticos e vitaminas).

MODALIDADE: Pregão Eletrônico nº 054/2021

CONTRATANTE: Município de Campinas

DETENTORA: VALINPHARMA COMÉRCIO E REPRESENTAÇÕES LTDA.

ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 174/21

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 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. 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, 12 MAIO 2021



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Justiça

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

Nome: Daniela Riben de
Cargo: agente de apoio à saúde (farmácia)
CPF: 334717028-81 RG: 45445867-8
Data de Nascimento: 15/09/1984
Endereço residencial: av. anchieta, 200 centro 11º andar
E-mail institucional: daniela.silva@campinas.sp.gov.br
E-mail pessoal: _____
Telefone(s): (19) 2116-0915
Assinatura: Daniela Riben de

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: _____

Pela CONTRATADA:

Nome: Camilo de Leles Nogueira
Cargo: Sócio Proprietário
CPF: 820.301.388-00 RG: 10.520.372-6
Data de Nascimento: 20/04/1956
Endereço residencial: Estrada do Jequitibá, 1.750 - casa 170 - Jd. Pinheiros-Valinhos/SP - 13.274-610
E-mail institucional: valinpharma@valinpharma.com.br, clnogueira@valinpharma.com.br,
nogueiracamilo1@gmail.com
E-mail pessoal: nogueiracamilo1@gmail.com
Telefone(s): (19) 3871-8488
Assinatura: _____

CAMILO DE LELES

NOGUEIRA:82030138800

Assinado de forma digital por CAMILO
DE LELES NOGUEIRA:82030138800
Dados: 2021.05.03 12:17:48 -03'00'

PREENCHIMENTO
OBRIGATÓRIO

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