



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº **247**/19

Processo Administrativo nº PMC.2018.00028311-16

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Modalidade: Pregão Eletrônico nº 044/19

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 **HUMANA ALIMENTAR – DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS NUTRICIONAIS**, inscrita no CNPJ sob nº 02.786.436/0001-83, 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.	Quant. Total	Valor Unit (R\$)
34	49213	KETOSTERIL – COMPRIMIDOS OBS1: CADA COMPRIMIDO EQUIVALE A UMA PEÇA OBS2: MANDADO JUDICIAL	PÇ	18.900	3,13

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.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



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

Campinas, 22 JUL. 2019

CARMINO ANTONIO DE SOUZA

Secretário Municipal de Saúde

HUMANA ALIMENTAR – DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS

NUTRICIONAIS

Representante Legal: *Lucas Willian de Lima*

RG nº *5379098 SP/60*

CPF nº *404.979.598-10*



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO

PROCESSO ADMINISTRATIVO: PMC.2018.00028311-16

INTERESSADO: Secretaria Municipal de Saúde

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

MODALIDADE: Pregão Eletrônico nº 044/19

CONTRATANTE: Município de Campinas

DETENTORA: HUMANA ALIMENTAR – DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS NUTRICIONAIS

ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº (DE ORIGEM): 247/19

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.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



Campinas, 22 JUL. 2019

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: carmino.souza@campinas.sp.gov.br
Telefone(s): 2116-0158
Assinatura: _____

Pela CONTRATADA:

Nome: Lucas Wilson de Lima
Cargo: Procurador
CPF: 404.929.598-10 RG: 5379098 SPTCL60
Data de Nascimento: 22/10/1991
Endereço residencial completo: Rua R. Francisco Van Der Moos, 9-11, Ap11B, Baurópolis
E-mail institucional: rosangelabarone@humanaalimentar.com.br, humalim@travelnet.com.br
E-mail pessoal: lucas@humanaalimentar.com.br
Telefone(s): (14) 3104-1885
Assinatura: _____

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