



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 279/19

Processo Administrativo nº PMC.2018.32085-87

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Modalidade: Pregão Eletrônico nº 128/2019

Objeto: Registro de Preços de dietas e suplementos alimentares, em atendimento a Mandados Judiciais.

O **MUNICÍPIO DE CAMPINAS**, devidamente representado pelas autoridades municipais nominadas neste instrumento, e a empresa **MEDICAM DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS E NUTRIÇÃO LTDA**, inscrita no CNPJ sob nº 29.494.115/0001-61 -, 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	Cod.	Material	Un.	Quant.	Valor Unit. (R\$)
2	67540	DIETA ENTERAL INDUSTRIALIZADA NUTRICIONALMENTE COMPLETA E BALANCEADA, HIPERPROTEICA E HIPERCALÓRICA (1,5KCAL/ML) COM FIBRAS. ISENTA DE SACAROSE, LACTOSE E GLÚTEN, FRASCO COM 01 LITRO. OBS.: CADA FRASCO COM 01 LITRO EQUIVALE A UMA PEÇA.	Pç	300	24,70

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 epigrafado.

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

Campinas, 25 JUL. 2019

CARMINO ANTONIO DE SOUZA
Secretário Municipal de Saúde

MEDICAM DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS E NUTRIÇÃO LTDA

Representante Legal: Fabricia De Paula Baggio

CPF nº 181.998.728-02



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO AO TCESP

Processo Administrativo nº PMC.2018.00032085-87

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Contratante: Município de Campinas

Contratada: MEDICAM DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS E NUTRIÇÃO LTDA

Modalidade: Pregão Eletrônico nº 075/19

Objeto: Registro de Preços de dietas e suplementos alimentares, em atendimento a Mandados Judiciais.

Ata de Registro de Preços nº 279/19

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.

Campinas, 25 JUL. 2019



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



GESTOR DO AJUSTE (servidor municipal):

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: Cármino 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): _____

Assinatura: _____

Pela CONTRATADA:

Nome: Fabricia De Paula Baggio Cargo: Proprietária

CPF: 181.998.728-02

Data de Nascimento: ____/____/____

Endereço residencial completo: _____

E-mail institucional: vendas@medicam.com.br

E-mail pessoal: fabricia@medicam.com.br

Telefone(s): 2511-1041

Assinatura: _____

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