



# PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



## ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 348 /18

**Processo Administrativo nº** PMC.2017.00044434-31

**Interessado:** Secretaria Municipal de Saúde

**Modalidade:** Pregão Eletrônico nº 133/18

**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 **DROGARIA NOVA ESPERANÇA LTDA.**, inscrita no CNPJ sob nº 43.575.877/0001-13, 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	37968	GALVUS MET 50+850MG (VILDAGLIPTINA + CLORIDRATO DE METFORMINA), APRESENTADO EM CAIXA CONTENDO 56 COMPRIMIDOS DE VILDAGLIPTINA + METFORMINA. <b>OBS: CADA CAIXA EQUIVALE A UMA PEÇA.</b>	PÇ	70	131,60

**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, 10 SET. 2018

**CÁRMINO ANTONIO DE SOUZA**  
Secretário Municipal de Saúde

**DROGARIA NOVA ESPERANÇA LTDA.**

Representante Legal: *Marcos Antonio Davida*

RG nº *12.055.236-6 SSP/SP*

CPF nº *053.744.538-23*



# PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



## TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO AO TCESP

**PROCESSO ADMINISTRATIVO:** PMC.2017.00044434-31

**INTERESSADO:** Secretaria Municipal de Saúde

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

**MODALIDADE:** Pregão Eletrônico nº 133/2018

**CONTRATANTE:** Município de Campinas

**CONTRATADA:** Drogaria Nova Esperança Ltda.

**ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº** 348/18

**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, 10 SET. 2018



# 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: 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](mailto:saude.gabinete@campinas.sp.gov.br)

E-mail pessoal: \_\_\_\_\_

Telefone(s): \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

### Pela CONTRATADA:

Nome: MARCOS ANTONIO DAVIDA

Cargo: Socio

CPF: 053.744.538-23 RG: 17.055.236-6 SSP/SP

Data de Nascimento: 15/04/1964

Endereço residencial completo: Rua William FURNEAU, nº 120, Apto 52, Curitiba/SP

E-mail institucional: debora\_pmota@hotmail.com

E-mail pessoal: linterz@delegacionaocorporeo.com.br

Telefone(s): (11) 3990-5042

Assinatura: MARCOS DAVIDA

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