



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 374/19

Processo Administrativo nº PMC.2018.00021152-83

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Modalidade: Pregão Eletrônico nº 92/19

Objeto: Registro de preços de medicamentos na forma de solução injetável.

O **MUNICÍPIO DE CAMPINAS**, devidamente representado pelas autoridades municipais nominadas neste instrumento, e a empresa **VITAL HOSPITALAR COMERCIAL LTDA.**, inscrita no CNPJ sob nº 61.610.283/0001-88, 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.	Material	Un.	Qtde.	Valor Unit. (R\$)
COTA PRINCIPAL					
7	7.930	ADRENALINA 0,001 G/AMPOLA, SOLUÇÃO INJETÁVEL SEM ASSOCIAÇÕES, APRESENTADA EM AMPOLA COM 1 ML. LOTE COM 100 AMPOLAS. OBS.: CADA LOTE EQUIVALE A UMA PEÇA.	PC	413	135,72

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 epigrafo.

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

Campinas, 26 AGO. 2019

CARMINO ANTONIO DE SOUZA
Secretário Municipal de Saúde

VITAL HOSPITALAR COMERCIAL LTDA.

Representante Legal: Paulo de Tarso dos Santos Lucena
RG nº 35.049.922-6 SSP/SP
CPF nº 310.587.868-81



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO

PROCESSO ADMINISTRATIVO: PMC.2018.00021152-83

INTERESSADO: Secretaria Municipal de Saúde

OBJETO: Registro de preços de medicamentos na forma de solução injetável.

MODALIDADE: Pregão Eletrônico nº 92/19

CONTRATANTE: Município de Campinas

DETENTORA: Vital Hospitalar Comercial Ltda.

ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº (DE ORIGEM): 374/19

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, 26 AGO. 2019



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos

**GESTOR DO ÓRGÃO/ENTIDADE:**

Nome: Amanda P. Favaron Portello

Cargo: Farmacêutica

CPF: 337.155.388-48 RG: 33.289.636-5

Data de Nascimento: 06/03/85

Endereço residencial completo: Av. Anchieta 200, 11º andar, SMS

E-mail institucional: amanda.portello@campinas.sp.gov.br

E-mail pessoal: _____

Telefone(s): 2116-0915

Assinatura: Amanda Portello

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): _____

Assinatura: _____

Pela CONTRATADA:

Nome: Paulo de Tarso dos Santos Lucena

Cargo: Gerente de Negócios

CPF: 310.587.868-81 RG: 35.049.922-6 SSP/SP

Data de Nascimento: 28/05/1983

Endereço residencial completo: Av. Luiz Rinck nº 36 - Vila São José - Osasco/SP - CEP.: 06290-150

E-mail institucional: licitacao01@vitalhospitalar.com.br

E-mail pessoal: paulo@vitalhospitalar.com.br

Telefone(s): (11) 2789-2689

Assinatura: _____

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