



# PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Justiça



## ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 380/23

**Processo Administrativo:** PMC.2022.00104481-63

**Interessado:** Secretaria Municipal de Saúde

**Modalidade:** Pregão Eletrônico nº 057/2023

**Objeto:** Registro de Preços de medicamentos analgésicos e para saúde mental, na forma de solução injetável.

O **MUNICÍPIO DE CAMPINAS**, devidamente representado pelas autoridades municipais nominadas neste instrumento, e a empresa **EXEMPLARMED COMÉRCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA.**, inscrita no CNPJ sob nº 23.312.871/0001-46, 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.	Valor Unitário (R\$)
12	16193	FENITOINA 50 MG/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL SEM ASSOCIAÇÕES, APRESENTADA EM AMPOLA COM 5 ML. <b>LOTE COM 100 AMPOLAS.</b> <b>OBS.: CADA LOTE EQUIVALE A UMA PEÇA.</b>	PÇ	25	331,05
14	18354	FENTANILA (CITRATO) 0,0785 MG/ML, EQUIVALENTE A 0,05 MG/ML DE FENTANILA BASE, SOLUÇÃO INJETÁVEL SEM ASSOCIAÇÕES, APRESENTADA EM AMPOLA OU FRASCOAMPOLA DE 10 ML. <b>LOTE COM 100 UNIDADES.</b> <b>OBS.: CADA LOTE EQUIVALE A UMA PEÇA.</b>	PÇ	5	918,00
16	24290	FLUMAZENIL 0,5 MG/AMPOLA, SOLUÇÃO INJETÁVEL SEM ASSOCIAÇÕES, APRESENTADA EM AMPOLA COM 5 ML. <b>OBS.: CADA AMPOLA EQUIVALE A UMA PEÇA.</b>	PÇ	25	15,00

**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 epigrafado.

Será dada prioridade de aquisição dos produtos das cotas reservadas, ressalvados os casos em que a cota reservada for inadequada para atender as quantidades ou as condições do pedido, justificadamente, nos casos em que se aplique o disposto no Decreto Federal nº 8.538/2015.

Se as cotas principal e reservada forem vencidas ambas por micro ou pequenas empresas, a Administração priorizará as contratações da cota que apresentar o menor preço.



# PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Justiça



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

Campinas, 23 JUN. 2023

**LAIR ZAMBON**  
Secretário Municipal de Saúde

CASSIANO  
RODRIGO  
CHMIEL:948635630  
00

Assinado de forma digital  
por CASSIANO RODRIGO  
CHMIEL:94863563000  
Dados: 2023.06.14  
16:55:45 -03'00'

**EXEMPLARMED COMÉRCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA.**

Representante Legal:

CPF nº



### TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO

**PROCESSO ADMINISTRATIVO:** PMC.2022.00104481-63

**INTERESSADO:** Secretaria Municipal de Saúde

**OBJETO:** Registro de Preços de medicamentos analgésicos e para saúde mental, na forma de solução injetável.

**MODALIDADE:** Pregão Eletrônico nº 057/2023

**CONTRATANTE:** Município de Campinas

**CONTRATADA:** EXEMPLARMED COMÉRCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA.

**ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº** 380 /23

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. Estamos CIENTES de que:

- a) o ajuste acima referido, seus aditamentos, bem como o acompanhamento de sua execução contratual, estarão sujeitos 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, 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) as informações pessoais dos responsáveis pelo Contratante estão cadastradas no módulo eletrônico do "Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP", nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº 01/2020, conforme "Declaração(ões) de Atualização Cadastral" anexa(s);
- e) é de exclusiva responsabilidade da Contratada manter seus dados sempre atualizados.

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.

23 JUN. 2023

Campinas, \_\_\_\_\_

CASSIANO  
RODRIGO  
CHMIEL:94  
863563000

Assinado de forma  
digital por CASSIANO  
RODRIGO  
CHMIEL:94863563000  
Data: 2023.06.14  
14:54:55 -03'00'

**AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO/ENTIDADE:**

Nome: Dario Jorge Giolo Saadi

Cargo: Prefeito do Município de Campinas

CPF: 102.354.108-69

**RESPONSÁVEIS PELA HOMOLOGAÇÃO DO CERTAME OU RATIFICAÇÃO DA DISPENSA/INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO:**

Nome: Maria Emilia de Arruda Faccioni

Cargo: Secretária Municipal de Administração

CPF: 841.512.188-15

Assinatura: (no SEI)

**RESPONSÁVEIS QUE ASSINARAM O AJUSTE:****Pelo CONTRATANTE:**

Nome: Lair Zambon

Cargo: Secretário Municipal de Saúde

CPF: 819.609.998-34

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

**Pela CONTRATADA:**

Nome: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

E-mail da contratada: [exemplarmed@hotmail.com](mailto:exemplarmed@hotmail.com) / [cassianoexemplar@hotmail.com](mailto:cassianoexemplar@hotmail.com)

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

CASSIANO RODRIGO  
CHMIEL:94863563000  
63000

Assinado de forma digital por CASSIANO RODRIGO  
Dados: 2023.06.14 16:56:29 -03'00'

**ORDENADOR DE DESPESAS DO CONTRATANTE:**

Nome: Lair Zambon

Cargo: Secretário Municipal de Saúde

CPF: 819.609.998-34

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

**GESTOR(ES) DO CONTRATO:**

Nome: \_\_\_\_\_

Cargo: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

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