

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS**  
Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



**ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 430/18**

Processo Administrativo nº PMC.2018.00009035-60  
Interessado: Secretaria Municipal de Saúde  
Modalidade: Pregão Eletrônico nº 182/18  
Objeto: Registro de Preços de medicamentos na forma de solução.

O **MUNICÍPIO DE CAMPINAS**, devidamente representado pelas autoridades municipais nominadas neste instrumento, e a empresa **CIRÚRGICA ONIX – EIRELI - ME**, inscrita no CNPJ sob nº 20.419.709/0001-33, 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	Material	Un.	Qtde.	Valor Unitário (R\$)
04	7858	SULFATO FERROSO EQUIVALENTE A 25 MG/ML DE FERRO II, SOLUÇÃO ORAL, SEM ASSOCIAÇÕES, APRESENTADA EM FRASCO COM 30 ML. LOTE COM 100 FRASCOS. OBS: CADA LOTE EQUIVALE A UMA PEÇA	PÇ	500	84,80
11	7937	MEBENDAZOL 20 MG/ML, SOLUÇÃO ORAL, XAROPE OU SUSPENSÃO SEM ASSOCIAÇÕES, APRESENTADA EM FRASCO COM 30 ML. LOTE COM 100 FRASCOS. OBS: CADA LOTE EQUIVALE A UMA PEÇA.	PÇ	200	112,64


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, 04 OUT. 2018

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

  
**CIRÚRGICA ONIX – EIRELI - ME**  
Representante Legal:  
RG nº  
CPF nº



### TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO AO TCESP

**PROCESSO ADMINISTRATIVO:** PMC.2018.00009035-60

**INTERESSADO:** Secretaria Municipal de Saúde

**OBJETO:** Registro de Preços de medicamentos na forma de solução.

**MODALIDADE:** Pregão Eletrônico nº 182/2018

**CONTRATANTE:** Município de Campinas

**CONTRATADA:** CIRÚRGICA ONIX – EIRELI - ME

**ATA DE REGISTRO DE PREÇOS** **430**/2018

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

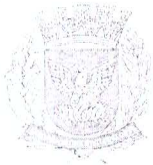
1. Estamos CIENTES de que:

- 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, 04 OUT. 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  
E-mail pessoal: \_\_\_\_\_  
Telefone(s): \_\_\_\_\_  
Assinatura: \_\_\_\_\_

**Pela CONTRATADA:**

Nome: *Letícia Maria Ricci de Lima*  
Cargo: *Aux. Letícia*  
CPF: *063.770.159-66* RG: *10.383.395-7*  
Data de Nascimento: *27/05/1994*  
Endereço residencial completo: \_\_\_\_\_  
E-mail institucional: cirurgicaonix@hotmail.com  
E-mail pessoal: *actetur.cirurgicaonix@gmail.com*  
Telefone(s): \_\_\_\_\_  
Assinatura: *Letícia Ricci*