



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 433/2020

Processo Administrativo: PMC.2019.00054607-55

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Modalidade: Pregão Eletrônico nº 079/20

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 **COMERCIAL CIRÚRGICA RIOCLARENSE LTDA.**, inscrita no CNPJ sob nº 67.729.178/0004-91, 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.	Descrição	Un.	Quant.	Valor Unit. (R\$)
38	10577	RITUXIMABE 10 MG/ML - FRASCO COM 10 ML. OBS 1: CADA FRASCO EQUIVALE A UMA PEÇA. OBS 2: MANDADO JUDICIAL.	pc	12	638,18

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, 25 AGO. 2020

CARMINO ANTONIO DE SOUZA

Secretário Municipal de Saúde

COMERCIAL CIRÚRGICA RIOCLARENSE LTDA.

Representante Legal: Rafael Olimpio Castanheira

CPF nº 324.367.598-71



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO

PROCESSO ADMINISTRATIVO: PMC.2019.00054607-55

INTERESSADO: Secretaria Municipal de Saúde

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

MODALIDADE: Pregão Eletrônico nº 079/20

CONTRATANTE: Município de Campinas

DETENTORA: COMERCIAL CIRÚRGICA RIOCLARENSE LTDA.

ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 433 /2020

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.

25 AGO. 2020

Campinas, _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



GESTOR (SERVIDOR(A) DO MUNICÍPIO DE CAMPINAS):

Nome: Rodrigo Cesar Moura
Cargo: Farmacêutico
CPF: 064 268 436-79 RG: 56 532 146-8
Data de Nascimento: 06/04/1983
Endereço residencial: Rua Santa Rita do Paraíso, 121
E-mail institucional: sms.judicial@campinas.sp.gov.br
E-mail pessoal: cednigo.moura@campinas.sp.gov.br
Telefone(s): (19) 3213-1616
Assinatura: Rodrigo Cesar Moura

PREENCHIMENTO
OBRIGATÓRIO

Responsáveis que assinaram o ajuste:

Pelo CONTRATANTE:

Nome: _____
Cargo: _____
CPF: _____ RG: _____
Data de Nascimento: ____/____/____
Endereço residencial completo: _____
E-mail institucional: saude.gabinete@campinas.sp.gov.br
E-mail pessoal: _____
Telefone(s): 2116 0290
Assinatura: _____

PREENCHIMENTO
OBRIGATÓRIO

Pela CONTRATADA:

Nome: Rafael Olimpio Castanheira
Cargo: Coordenador de Vendas
CPF: 324.367.598-71 RG: 35.348.360-6
Data de Nascimento: 06 / 12 / 1984
Endereço residencial: R. José Camargo Schimidt, 210, Pq. Santa Cândida - Araras/SP
E-mail institucional: alessandra.rigo@rioclarense.com.br
E-mail pessoal: rafael.castanheira@rioclarense.com.br
Telefone(s): (19) 3522-5800
Assinatura: _____

PREENCHIMENTO
OBRIGATÓRIO

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