



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 440/19

Processo Administrativo nº PMC.2018.00015347-11

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Modalidade: Pregão Eletrônico nº 74/19

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 **INTERLAB FARMACÊUTICA LTDA**, inscrita no CNPJ sob nº 43.295.831/0001-40, 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\$)
3	7.960	CEFALEXINA 250MG/5ML (50 MG/ML) PARA USO ORAL APRESENTADA EM FRASCOS 100 ML. LOTE COM 100 FRASCOS. OBS: CADA LOTE EQUIVALE A UMA PEÇA.	PC	900	711,00

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, 30 SET. 2019

CARMINO ANTONIO DE SOUZA

Secretário Municipal de Saúde

Andrea P. B. Von Zuben

Secretária Municipal de
Saúde em Exercício

INTERLAB FARMACÊUTICA LTDA

Representante Legal:

RG nº

CPF nº

Jose Bonifacio Collier
15.831.169-3
060.024.438-51



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO

PROCESSO ADMINISTRATIVO: PMC.2018.00015347-11

INTERESSADO: Secretaria Municipal de Saúde

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

MODALIDADE: Pregão Eletrônico nº 74/19

CONTRATANTE: Município de Campinas

DETENTORA: INTERLAB FARMACÊUTICA LTDA

ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 440/19

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, 30 SET. 2019



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



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

Nome: Alexandrina M. Vaz de Lima Chisté Silva
Cargo: Farmacêutica
CPF: 681.597.226-72 RG: 5.380.616
Data de Nascimento: 31/8/71
Endereço residencial completo: Jr. Anchieta, 200 - 11º Andar Cpl
E-mail institucional: alexandrina.vazdelima@campinas.sp.gov.br
E-mail pessoal: -
Telefone(s): 2116.0169
Assinatura: [assinatura]

PREENCHIMENTO
OBRIGATÓRIO

Responsáveis que assinaram o ajuste:

Pelo CONTRATANTE:

Nome: Carmino Antonio de Souza
Cargo: Secretário Municipal de Saúde
CPF: 264.784.768-12 RG: 23.655.948-5
Data de Nascimento: 24/4/74
Endereço residencial completo: _____
E-mail institucional: saude.gabinete@campinas.sp.gov.br
E-mail pessoal: carmino.souza@campinas.sp.gov.br
Telefone(s): _____
Assinatura: _____

[assinatura]
Andrea P. B. Von Zuben
Secretária Municipal de
Saúde em Exercício

Pela CONTRATADA:

Nome: Jr. Bonifácio Velho
Cargo: Supervisor
CPF: 060.024.438-51 RG: 15.831.169-3
Data de Nascimento: 16/07/1964
Endereço residencial completo: Rua Donato Luongo 235
E-mail institucional: elcio@interlab.com.br
E-mail pessoal: Ecdorho @ Interlab. com. b.
Telefone(s): (211) 15. 2997. 91-77
Assinatura: [assinatura]

PREENCHIMENTO
OBRIGATÓRIO

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

h.