



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 468 /18

Processo Administrativo nº PMC.2018.00014570-32

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Modalidade: Pregão Eletrônico nº 161/18

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 **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	Código	Material	Un.	Qtde.	Valor Unitário (R\$)
1	39706	ACLASTA 5MG/100ML SOLUÇÃO PARA INFUSÃO ENDOVENOSA (ACIDO ZOLEDRÔNICO), APRESENTADO EM FRASCO CONTENDO 100ML. OBS: CADA FRASCO EQUIVALE A UMA PEÇA	PC	2	1.361,47
3	47744	ANAFRANIL SR 75MG OBS: CADA COMPRIMIDO EQUIVALE A UMA PEÇA	PC	450	2,51

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.

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

Campinas, 26 OUT. 2018


CÁRMINO ANTONIO DE SOUZA

Secretário Municipal de Saúde
Mônica R. P. T. M. Nunes
Secretária Municipal
de Saúde em Exercício

INTERLAB FARMACÊUTICA LTDA

Representante Legal:

RG nº

CPF nº

José Benício Ullrich
15.831.169.3
060-024 438-51



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO AO TCESP

PROCESSO ADMINISTRATIVO: PMC.2018.00014570-32

INTERESSADO: Secretaria Municipal de Saúde

OBJETO: Registro de preços de medicamentos em atendimento a Mandado Judicial.

MODALIDADE: Pregão Eletrônico nº 161/2018

CONTRATANTE: Município de Campinas

CONTRATADA: INTERLAB FARMACÊUTICA LTDA

ATA DE REGISTRO DE PREÇOS **468**/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, 26 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:  Elcio Benfante Lúcio

Cargo: Superintendente

CPF: 060.024.438-51 RG: 15.831.169-3

Data de Nascimento: 16/07/1964

Endereço residencial completo: Rua Dorval Luongo 235

E-mail institucional: elcio@interlab.com.br

E-mail pessoal: elcio@interlab.com.br

Telefone(s): (011) 2997-9177

Assinatura: 