



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº **511**/2020

Processo Administrativo: PMC.2019.00045147-38

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Modalidade: Pregão Eletrônico nº 181/20

Objeto: Registro de Preços de medicamentos de uso tópico.

O **MUNICÍPIO DE CAMPINAS**, devidamente representado pelas autoridades municipais nominadas neste instrumento, e a empresa **INDMED HOSPITALAR EIRELI**, inscrita no CNPJ sob nº 24.614.797/0001-85, 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\$)
42	35974	IMIQUIMODE 5% (50 MG/G), CREME APRESENTADO EM SACHE COM 250 MG. OBS.: CADA SACHE EQUIVALE A UMA PEÇA	PC	500	12,00

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.

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 8.538/15.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

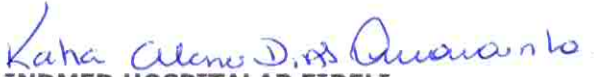
Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



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

Campinas, 19 OUT. 2020


CARMINO ANTONIO DE SOUZA
Secretário Municipal de Saúde


INDMED HOSPITALAR EIRELI
Representante Legal:
CPF nº

Kat



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO

PROCESSO ADMINISTRATIVO: PMC.2019.00045147-38

INTERESSADO: Secretaria Municipal de Saúde

OBJETO: Registro de Preços de medicamentos de uso tópico.

MODALIDADE: Pregão Eletrônico nº 181/20

CONTRATANTE: Município de Campinas

DETENTORA: INDMED HOSPITALAR EIRELI

ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 511 /2020

ADVOGADO(S)/Nº OAB: (*) _____

Peio 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.

19 OUT. 2020

Campinas, _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



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

Nome: _____
Cargo: _____
CPF: _____ RG: _____
Data de Nascimento: ____/____/____
Endereço residencial: _____
E-mail institucional: _____
E-mail pessoal: _____
Telefone(s): _____
Assinatura: _____

PREENCHIMENTO
OBRIGATÓRIO

Responsáveis que assinaram o ajuste:

Peio 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: Katia Alene D. A. Quaranta
Cargo: Proprietária
CPF: 293.858.368-03 RG: 30.112.462-3
Data de Nascimento: 05/04/1949
Endereço residencial: Estado do Vinho e Uva, 18 - Brigadier Leticia
E-mail institucional: licita@indmed.com.br
E-mail pessoal: financieiro@indmed.com.br
Telefone(s): (15) 3358-4060 ou (15) 3326-3998
Assinatura: Katia Alene D. A. Quaranta

PREENCHIMENTO
OBRIGATÓRIO

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