



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº **513**/2020

Processo Administrativo: PMC.2020.00005142-61

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Modalidade: Pregão Eletrônico nº 146/20

Objeto: Registro de Preços de dietas e fórmulas nutricionais para uso do Programa DST/AIDS.

O **MUNICÍPIO DE CAMPINAS**, devidamente representado pelas autoridades municipais nominadas neste instrumento, e a empresa **ARBA DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA.**, inscrita no CNPJ sob nº 33.264.996/0001-00, 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	40606	MÓDULO DE L - GLUTAMINA EM PÓ, PARA NUTRIÇÃO ORAL E ENTERAL DE PESSOAS ADULTAS, APRESENTADO EM SACHÊS COM 5 A 10G. LOTE COM 100 GRAMAS. OBS 1: O PREÇO UNITÁRIO INFORMADO DEVE EQUIVALER A 100G DO PRODUTO, LOTE C/ 100 GRAMAS. OBS 2: CADA 100G DO PRODUTO EQUIVALE A UMA PEÇA.	PC	600	37,35
5	44196	FÓRMULA PARA NUTRIÇÃO ORAL E ENTERAL PARA ADULTOS, LÍQUIDA, HIPERCALÓRICA, HIPERPROTEICA, NORMOLIPÍDICA, USO ORAL E ENTERAL, COM FIBRAS OU SEM FIBRAS, SABOR BAUNILHA OU SEM SABOR. COM MIX DE VITAMINAS E MINERAIS. ISENTO DE GLUTEN. APRESENTADO EM EMBALAGEM DE 200 A 250 ML. OBS 1: O PREÇO UNITÁRIO INFORMADO DEVE EQUIVALER A 100 ML DO PRODUTO. OBS 2: CADA 100 ML DO PRODUTO EQUIVALE A UMA PEÇA.	PC	3.600	3,69
9	69179	ALIMENTO EM PÓ NUTRICIONALMENTE COMPLETO PARA ADULTOS, BALANCEADO PARA NUTRIÇÃO ORAL E ENTERAL DE ADULTOS, NORMOCALÓRICO 1,0KCAL/ML ENRIQUECIDO COM VITAMINAS E MINERAIS, COM OU SEM FIBRAS. COM PREDOMINÂNCIA DE NO MÍNIMO 55% DE PROTEÍNA VEGETAL DE SOJA, ISENTO DE SACAROSE E GLÚTEN, FONTE LIPÍDICA ATÉ 35%. FONTE DE CARBOIDRATOS: POLISSACARÍDEOS. COM OU SEM SABOR. EMBALAGEM: LATA OU POTE DE 400 A 900 GRAMS. OBS 1: O PREÇO UNITÁRIO INFORMADO DEVE EQUIVALER A 100G DO PRODUTO. OBS 2: CADA 100G DO PRODUTO EQUIVALE A UMA PEÇA.	PC	8.000	5,07
10	69180	ALIMENTO NUTRICIONALMENTE COMPLETO PARA ADULTOS, BALANCEADO, PARA USO ORAL E ENTERAL, EM PÓ, COM OU SEM FIBRAS SOLÚVEIS E INSOLÚVEIS, PROTEÍNA VEGETAL DE SOJA NO MÍNIMO 60% DA COMPOSIÇÃO DE PROTEÍNAS. ISENTO DE SACAROSE, E GLÚTEN. HIPOSSÓDICO, NORMOCALÓRICO (1,0 A 1,2 KCAL/ML) E NORMOPROTÉICO (DE 13 A 17% VCT). PERFIL LIPÍDICO NORMOLIPÍDICO(15% ATÉ 35% DO VCT COM MIX DE ÓLEOS VEGETAIS. EMBALAGEM: LATA OU POTE DE 300 A 800G. OBS1: O PREÇO UNITÁRIO INFORMADO DEVE EQUIVALER A 100G DO PRODUTO. OBS2: CADA 100G DO PRODUTO EQUIVALE A UMA PEÇA.	PC	6.400	5,07



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



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.

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

Mariane Faria Bueno
ARBA DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA.

Representante Legal: *Mariane Faria Bueno*
CPF nº *386.934.048-02*

[Handwritten mark]



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO

PROCESSO ADMINISTRATIVO: PMC.2020.00005142-61

INTERESSADO: Secretaria Municipal de Saúde

OBJETO: Registro de Preços de dietas e fórmulas nutricionais para uso do Programa DST/AIDS.

MODALIDADE: Pregão Eletrônico nº 146/20

CONTRATANTE: Município de Campinas

DETENTORA: ARBA DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA.

ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 513/2020

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.

Campinas, 19 OUT. 2020



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



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

Nome: Alexandre L. L. C. Silva
Cargo: Procurador
CPF: 081597226-72 RG: 5380616
Data de Nascimento: 31/8/76
Endereço residencial: Av. Anchieta, 200 - 11º andar
E-mail institucional: alexandra.silva@campinas.sp.gov.br
E-mail pessoal: _____
Telefone(s): 216-0169
Assinatura: [assinatura]

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: [assinatura]

PREENCHIMENTO
OBRIGATÓRIO

Pela CONTRATADA:

Nome: Mariane Faria Bueno
Cargo: procuradora
CPF: 386.931.048-02
Data de Nascimento: 16/04/90
Endereço residencial: Rua Padre Lopes, 836 Povoação
E-mail institucional: caio.arba@gmail.com
E-mail pessoal: marfaria@hotmaail.com
Telefone(s): (19)3432-1154
Assinatura: Mariane Faria Bueno

PREENCHIMENTO
OBRIGATÓRIO

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