



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº **529**/19

Processo Administrativo nº PMC.2019.00018348-71

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Modalidade: Pregão Eletrônico nº 153/19

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 **ACCORD FARMACÊUTICA LTDA.**, inscrita no CNPJ sob nº 64.171.697/0001-46, 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	Quant.	Un.	Valor Unit. (R\$)
16	41853	BORTEZOMIBE 3,5MG OBS.: CADA FRASCO AMPOLA EQUIVALE A UMA PEÇA	180	Pç	1.050,00

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, 01 NOV 2019

CARMINO ANTONIO DE SOUZA

Secretário Municipal de Saúde

ACCORD FARMACÊUTICA LTDA.

RG nº

CPF nº

Accord Farmaceutica Ltda.

Abhishek Banerjee

Diretor Geral

RNE: V-424524-S

CPF: 231.802.298-45



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO

PROCESSO ADMINISTRATIVO: PMC.2019.00018348-71

INTERESSADO: Secretaria Municipal de Saúde

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

MODALIDADE: Pregão Eletrônico nº 153/19

CONTRATANTE: Município de Campinas

DETENTORA: ACCORD FARMACÊUTICA LTDA.

ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 529/19

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, 01 NOV. 2019



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



PMC-2019.00015348-71

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

Nome: Rodolfo César Moura

Cargo: Farmacêutico

CPF: 064.268.436-79

RG: 56.532.146-8

Data de Nascimento: 06/04/83

Endereço residencial: Rua Santa Rita do Passa Anato, 121 TSB AP 506

E-mail institucional: rodolfo.moura@campinas.sp.gov.br

E-mail pessoal: rcmoura@gmail.com

Telefone(s): 3213 1616

Assinatura: Rodolfo César Moura

PREENCHIMENTO
OBRIGATÓRIO

Responsáveis que assinaram o ajuste:

Pelo CONTRATANTE:

Nome: Carmino Antonio de Souza

Cargo: Secretário Municipal de Saúde

CPF: _____ RG: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Endereço residencial: _____

E-mail institucional: saude.gabinete@campinas.sp.gov.br

E-mail pessoal: carmino.souza@campinas.sp.gov.br

Telefone(s): _____

Assinatura: _____

Pela CONTRATADA:

Nome: ABHISHEK BANERJEE

Cargo: DIRETOR GERAL

CPF: 231.802.298-45

RG: RNE: V-224.524-5

Data de Nascimento: 06/08/1978

Endereço residencial: RUA BOBBA GATO, 331-BLF-APTO 74- STO AMARO- SP-SP-04747-030

E-mail institucional: rafael@accordfarma.com.br

E-mail pessoal: ABHISHEK@ACCORDFARMA.COM.BR

Telefone(s): 11-5516-3296

Assinatura: Abhishek Banerjee

PREENCHIMENTO
OBRIGATÓRIO

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