



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 581/19

Processo Administrativo nº PMC.2019.00015095-39

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Modalidade: Pregão Eletrônico nº 263/2019

Objeto: Registro de Preços de dietas e suplementos nutricionais para uso do programa IST/AIDS

O **MUNICÍPIO DE CAMPINAS**, devidamente representado pelas autoridades municipais nominadas neste instrumento, e a empresa **CIRÚRGICA CALIFÓRNIA EIRELI**, inscrita no CNPJ sob nº 22.480.778/0001-88, 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.	Qtde.	Valor Unit. (R\$)
ITENS EXCLUSIVOS					
05	69180	ALIMENTO NUTRICIONALMENTE COMPLETO PARA ADULTOS, BALANCEADO, PARA USO ORAL OU ENTERAL, EM PÓ, COM OU SEM FIBRAS SOLÚVEIS EINSOLÚVEIS, 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 NORMOLIPÍDICA(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	7.200	R\$ 7,00
07	69178	SUPLEMENTO ALIMENTAR NUTRICIONALMENTE COMPLETO E BALANCEADO EM PÓ, PARA ADULTOS, USO ORAL OU ENTERAL, COM NO MÍNIMO DE 35% DE PROTEÍNAS DO LEITE, COM FIBRAS OU SEM FIBRAS. COM OU SEM SABOR . EMBALAGEM: LATA OU POTE DE 300 A 1000 GRAMAS. ISENTO DE SACAROSE E GLUTEN. DISTRIBUIÇÃO CALÓRICA: LIPÍDEOS ATÉ 35%. ENRIQUECIDO COM VITAMINAS E MINERAIS. OBS 1: O PREÇO UNITÁRIO INFORMADO DEVE EQUIVALER A 100G DO PRODUTO. OBS 2: CADA 100G DO PRODUTO EQUIVALE A UMA PEÇA.	PC	3.600	R\$ 8,00
08	49703	ALIMENTO EM PÓ NUTRICIONALMENTE PARA ADULTOS, OMPLETO E BALANCEADO PARANUTRIÇÃO ORAL OU ENTERAL DE ADULTOS, ENRIQUECIDO COM VITAMINAS E MINERAIS, COM OU SEM FIBRAS. FONTE PROTEICA EXCLUSIVAMENTE DO LEITE, ISENTO DE LACTOSE, SACAROSE E GLÚTEN, SEM SABOR. FONTE LIPÍDICA ATÉ 35%, SENDO MIX DE ÓLEOS VEGETAIS. FONTE DE CARBOIDRATOS: POLISSACARÍDEOS. EMBALAGEM: LATA OU POTE DE 300 A 500G. OBS 1: O PREÇO UNITÁRIO INFORMADO DEVE EQUIVALER A 100G DO PRODUTO. OBS 2: CADA 100G DO PRODUTO EQUIVALE A UMA PEÇA	PC	4.500	R\$ 7,81



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, 22 NOV. 2019

CARMINO ANTÔNIO DE SOUZA

Secretário Municipal de Saúde

CIRÚRGICA CALIFÓRNIA EIRELI

Representante Legal: *Gisele Francisca Silva*

RG nº *45.470.447-2*

CPF nº *443.995.808-79*



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO

PROCESSO ADMINISTRATIVO: PMC.2019.00015095-39

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde

OBJETO: Registro de Preços de dietas e suplementos nutricionais para uso do programa IST/AIDS

MODALIDADE: Pregão Eletrônico nº 263/2019

CONTRATANTE: Município de Campinas

DETENTORA: CIRÚRGICA CALIFÓRNIA EIRELI

ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº: 581 /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, 22 NOV 2019



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



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

Nome: Daniela Ribeiro Jr.
Cargo: agente de apoio a saúde (farmácia)
CPF: 334717028-81 RG: 45445867-8
Data de Nascimento: 15/09/1984
Endereço residencial completo: av. anchieta, dos centros 11º andar
E-mail institucional: daniela_silva@campinas.sp.gov.br
E-mail pessoal: _____
Telefone(s): (19) 2116-0915
Assinatura: Daniela Ribeiro Jr.

PREENCHIMENTO
OBRIGATORIO

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: Gisele Francisca Silva
Cargo: Representante Comercial
CPF: 443.995.808-79 RG: 45.470.447-1
Data de Nascimento: 04/02/1996
Endereço residencial completo: Rua Manoel Vitor Diniz, 151 - Bom Retiro - Sumaré/SP
E-mail institucional: cirurgiacalifornia@uol.com.br
E-mail pessoal: cirurgiacalifornia@uol.com.br
Telefone(s): (16) 98247-1331
Assinatura: Gisele Francisca Silva

PREENCHIMENTO
OBRIGATORIO

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