



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº **607**/2020

Processo Administrativo: PMC.2020.00011575-18

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Modalidade: Pregão Eletrônico nº 195/20

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	Cód.	Descrição	Un.	Quant.	Valor Unit. (R\$)
1	52135	INSULINA HUMALOG MIX 50 - REFIL COM 3 ML. OBS.: CADA REFIL EQUIVALE A UMA PEÇA.	PC	180	35,03
11	49954	LEXAPRO (OXALATO DE ESCITALOPRAM) 15MG COMPRIMIDO. OBS.:CADA COMPRIMIDO EQUIVALE A UMA PEÇA.	PC	500	4,39

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 epigrafo.

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

Campinas, 14 DEZ. 2020

CARMINO ANTONIO DE SOUZA

Secretário Municipal de Saúde

INTERLAB FARMACÊUTICA LTDA.

Representante Legal:

CPF nº

pro Bonifacio Silva
1060 024 438.51



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO

PROCESSO ADMINISTRATIVO: PMC.2020.00011575-18

INTERESSADO: Secretaria Municipal de Saúde

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

MODALIDADE: Pregão Eletrônico nº 195/20

CONTRATANTE: Município de Campinas

DETENTORA: INTERLAB FARMACÊUTICA LTDA.

ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº _____/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 extraíndo 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, 14 DEZ. 2020



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



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

Nome: Rodrigo César Maure
Cargo: Farmacêutico
CPF: 064.268.436-79 RG: 56.532.146-8
Data de Nascimento: 06 / 04 / 83
Endereço residencial: Rua Dr. Rocha Novais, 427 - Jardim Eulina
E-mail institucional: sms.judicial@campinas.sp.gov.br
E-mail pessoal: rodrigo.maure@campinas.sp.gov.br
Telefone(s): (19) 3213-1616
Assinatura: Rodrigo César Maure

PREENCHIMENTO
OBRIGATORIO

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: _____

PREENCHIMENTO
OBRIGATORIO

Pela CONTRATADA:

Nome: Elcio Daniel da Silva
Cargo: Supervisor
CPF: 060.024.438-11 RG: 15.831.169-3
Data de Nascimento: 16/07/1961
Endereço residencial: Rua Donato Luongo
E-mail institucional: elcio@interlab.com.br
E-mail pessoal: elcio.colho@interlab.com.br
Telefone(s): 011 2997-9137
Assinatura: _____

PREENCHIMENTO
OBRIGATORIO

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