



ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 608/22

Processo Administrativo: PMC.2022.00071183-52

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Modalidade: Pregão Eletrônico nº 320/2022

Objeto: Registro de Preços de enoxaparina.

O **MUNICÍPIO DE CAMPINAS**, devidamente representado pelas autoridades municipais nominadas neste instrumento, e a empresa **CM HOSPITALAR S.A.**, inscrita no CNPJ sob nº 12.420.164/0009-04, 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	Código	Descrição	Un.	Quant.	Valor Unitário (R\$)
01	39775	ENOXAPARINA SÓDICA 20 MG APRESENTADA EM SERINGAS PRÉ-ENCHIDAS COM 0,2 ML, COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA EM CONFORMIDADE COM A NR32. OBS.1: CADA SERINGA EQUIVALE A UMA PEÇA. OBS.2: O MEDICAMENTO DEVERÁ TER INDICAÇÃO PARA PROFILAXIA DO TROMBOEMBOLISMO VENOSO E TRATAMENTO DO TROMBOEMBOLISMO VENOSO.	PÇ	2.500	13,76

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, 10 NOV. 2022

LAIR ZAMBON

Secretário Municipal de Saúde

ERIKA DE OLIVEIRA SILVA:
CPF 46347185881

CM HOSPITALAR S.A.
ERIKA DE OLIVEIRA SILVA
CPF 463.471.858-81

**AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO/ENTIDADE:**

Nome: Dario Jorge Giolo Saadi

Cargo: Prefeito do Município de Campinas

CPF: 102.354.108-69

RESPONSÁVEIS PELA HOMOLOGAÇÃO DO CERTAME OU RATIFICAÇÃO DA DISPENSA/INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO:

Nome: Maria Emilia de Arruda Faccioni

Cargo: Secretária Municipal de Administração

CPF: 841.512.188-15

Assinatura: (no SEI)

RESPONSÁVEIS QUE ASSINARAM O AJUSTE:**Pelo CONTRATANTE:**

Nome: Lair Zambon

Cargo: Secretário Municipal de Saúde

CPF: 819.609.998-34

Assinatura: _____

Pela CONTRATADA:

Nome: ERIKA DE OLIVEIRA SILVA _____

Cargo: SUPERVISORA DE LICITAÇÕES _____

CPF: 463.471.858-81 _____

E-mail da contratada: licitacoes@mafrahospitalar.com.br / erika.silva@mafrahospitalar.com.br

Assinatura: _____

ORDENADOR DE DESPESAS DO CONTRATANTE:

Nome: Lair Zambon

Cargo: Secretário Municipal de Saúde

CPF: 819.609.998-34

Assinatura: _____

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