



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Justiça



ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 085/2024

Processo Administrativo: PMC.2023.00090999-75

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Modalidade: Pregão Eletrônico nº 301/2023

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

O **Município de Campinas**, devidamente representado, e o fornecedor **SULMEDIC COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS LTDA.**, inscrito no CNPJ sob nº 09.944.371/0003-68, por seu representante legal, acordam proceder, nos termos do Decreto Municipal nº 22.734/2023 e do edital do Pregão em epígrafe, ao Registro de Preços referente aos itens abaixo discriminados, com seus respectivos preços unitários.

Item	Código	Descrição	Un.	Quant.	Valor Unitário (R\$)
35	160.157	ARISTAB 1MG/ML (ARIPIRAZOL) SUSPENSÃO ORAL FRASCO 150ML. OBS.1: CADA FRASCO EQUIVALE A UMA PEÇA. OBS.2: O LICITANTE DEVERÁ APRESENTAR A MARCA "ARISTAB".	PÇ	15	140,50

Os locais e condições de entrega são os descritos no Anexo II do edital.

Fica declarado que o preço registrado na presente Ata é válido pelo prazo de 1 (um) ano, contado a partir do 1º dia útil subsequente à data de sua divulgação no PNCP, ficando automaticamente prorrogado o prazo de validade da proposta/lance apresentado no Pregão epigrafiado.

O prazo de vigência da Ata de Registro de Preços poderá ser prorrogado por no máximo igual período, até o limite legal de 2 (dois) anos estabelecido pela Lei Federal nº 14.133/2021.

O fornecedor apresenta, neste ato, os seguintes documentos:

- 1) procuração ou ato constitutivo;
- 2) cédula de identificação;
- 3) Termo de Ciência e de Notificação.

Nada mais havendo a declarar, encerra-se a presente Ata que, lida e aprovada, segue assinada pelas partes.

Campinas, 20 FEV. 2024

LAIR ZAMBON

Secretário Municipal de Saúde

**JOSE PAULO
GESSER:541063899**

91

SULMEDIC COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS LTDA.

Representante Legal:

CPF nº

Assinado digitalmente por JOSE PAULO GESSER:54106389991
ND: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=AR, DIGITAL MULTIPLA G1, OU=
24949448000169, OU=Presencial, OU=Certificado PF A1, CN=
JOSE PAULO GESSER:54106389991
Razão: Eu estou aprovando este documento
Localização:
Data: 2024.01.31 14:24:11-03'00"
Foxit PDF Reader Versão: 2023.3.0



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Justiça



TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO

PROCESSO ADMINISTRATIVO: PMC.2023.00090999-75

INTERESSADO: Secretaria Municipal de Saúde

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

MODALIDADE: Pregão Eletrônico nº 301/2023

CONTRATANTE: Município de Campinas

CONTRATADA: SULMEDIC COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS LTDA.

ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 085 /2024

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. Estamos CIENTES de que:

- a) o ajuste acima referido, seus aditamentos, bem como o acompanhamento de sua execução contratual, estarão sujeitos 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 extraído cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, 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) as informações pessoais dos responsáveis pelo Contratante estão cadastradas no módulo eletrônico do "Cadastro Corporativo TCESP – CadTCESP", nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº 01/2020, conforme "Declaração(ões) de Atualização Cadastral" anexa(s);
- e) é de exclusiva responsabilidade da Contratada manter seus dados sempre atualizados.

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.

20 FEV. 2024

Campinas, _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Justiça



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: _____

Cargo: _____

CPF: _____

E-mail da contratada: licitacao@sulmedic.com

Assinatura: JOSE PAULO GESSER:54106389991

Assinado eletronicamente por JOSE PAULO GESSER em 10/05/2017
No dia 10/05/2017 às 10:24:07 horas, no sistema de autenticação eletrônica do Município de Campinas, SP, em conformidade com o Decreto nº 11.724/2017.
Data: 10/05/2017 10:24:07
Fim do PDF Reader Versão: 2003.0

ORDENADOR DE DESPESAS DO CONTRATANTE:

Nome: Lair Zambon

Cargo: Secretário Municipal de Saúde

CPF: 819.609.998-34

Assinatura: _____

GESTOR(ES) DO CONTRATO:

Nome: _____

Cargo: _____

CPF: _____

Assinatura: _____



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Justiça

AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO/ENTIDADE:

Nome: João Jorge Góes Neto
Cargo: Prefeito do Município de Campinas
CPF: 003.212.139-52

RESPONSÁVEL PELA HOMOLOGAÇÃO DO CERTAME OU PARTICIPAÇÃO DA

DISPENSA/EXCETOÇÃO DE LICITAÇÃO:

Nome: Maria Tereza de Almeida Faccini
Cargo: Secretária Municipal de Administração
CPF: 001.512.139-12
Assinatura: (ao 2º)

RESPONSÁVEL QUE ASSINARÁ O ANEXO:

PELO CONTRATANTE:

Nome: Lar. Lázaro
Cargo: Secretário Municipal de Saúde
CPF: 019.009.288-34
Assinatura:

PELO CONTRATADA:

Nome:

Cargo:

CPF:

Assinatura: NÃO PULO DESSER FALSO ASSINAR
Final do contrato: integralmente com

ORDENADOR DE DESPESAS DO CONTRATANTE:

Nome: Lar. Lázaro
Cargo: Secretário Municipal de Saúde
CPF: 019.009.288-34
Assinatura:

GESTOR(ES) DO CONTRATO:

Nome:

Cargo:

CPF:

Assinatura: