



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Justiça



ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 582 / 25

Processo Administrativo: PMC.2024.00141196-95

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Modalidade: Pregão Eletrônico nº 094/2025

Objeto: Registro de Preços de medicamentos cardiológicos.

O **Município de Campinas**, devidamente representado, e o fornecedor **MTK HOSPITALAR LTDA.**, inscrito no CNPJ sob nº 57.161.373/0001-61, 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	Cód.	Descrição	Un.	Quant.	Valor Unit (R\$)
01	7745	DIGOXINA 0,25 MG, COMPRIMIDO, DRÁGEA OU CÁPSULA. LOTE COM 100 UNIDADES. OBS: CADA LOTE EQUIVALE A UMA PEÇA.	PC	1.100	15,99

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 epigrafado.

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.

Será dada prioridade de aquisição dos produtos das cotas reservadas, ressalvados os casos em que:
a) a cota reservada for inadequada para atender às quantidades ou condições do pedido, justificadamente; b) o vencedor da cota de ampla participação se enquadrar como ME ou EPP; c) o valor da cota reservada superar o limite de 5% (cinco por cento) do preço da cota de ampla participação.

Se as cotas principal e reservada forem vencidas ambas por ME ou EPP, a Administração priorizará as contratações da cota que apresentar o menor preço.

O fornecedor apresenta, neste ato, os seguintes documentos:

- 1) procuração ou ato constitutivo;
- 2) cédula de identificação;

JACKELIN E AMARAL DA SILVA
DA
SILVA, 017
92017197

Assinado digitalmente por
JACKELINE AMARAL DA
SILVA 92017197
RG: 0.000.000.000-00
CPF: 000.000.000-00
Assinado digitalmente por
JACKELINE AMARAL DA
SILVA 92017197
RG: 0.000.000.000-00
CPF: 000.000.000-00



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Justiça



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, _____

22 OUT. 2025

LAIR ZAMBON

Secretário Municipal de Saúde

**JACKELIN
E AMARAL
DA
SILVA:017
92017197**

Assinado digitalmente por
JACKELINE AMARAL DA
SILVA:01792017197
ND: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=AC
SOLUTI Multipla v5, OU=
27808144000125, OU=
Videoconferencia, OU=Certificado
PF A1, CN=JACKELINE AMARAL
DA SILVA:01792017197
Razão: Eu sou o autor deste
documento.
Localização: Cascavel
Data: 2025.10.01 14:04:57-03'00'
Foxit PDF Reader Versão:
2025.2.0

MTK HOSPITALAR LTDA.

Representante Legal:

CPF nº





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: 102.384.108-89

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: mtkhospitalar@yahoo.com

Assinatura: _____

JACKELINE
AMARAL DA
SILVA:017920
17197

Assinado digitalmente por JACKELINE
AMARAL DA SILVA:01792017197
NO: C=BR, E=jackeline@campinas.sp.gov.br,
OU=111111111111, CN=JACKELINE DA
SILVA:01792017197, C=BR, O=Campinas,
OU=Secretaria Municipal de Saúde,
CN=Secretaria Municipal de Saúde
AMARAL DA SILVA:01792017197
E-mail: E-mail da autoridade do documento
Localização: Campinas
Data: 2025.10.01 14:25:14-03:00
Print PDF: E-mail: E-mail: 2025.10.01

ORDENADOR DE DESPESAS DO CONTRATANTE:

Nome: Lair Zambon

Cargo: Secretário Municipal de Saúde

CPF: 819.609.998-34

Assinatura: _____

GESTOR(ES) DO CONTRATO:

Nome: DANIELA RIBEIRO

Cargo: AGENTE DE APOIO A SAÚDE (FARMACIA)

Matrícula: 124063-3

Assinatura: _____