



# PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Justiça



ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 248 /24

**Processo Administrativo:** PMC.2023.00074102-66

**Interessado:** Secretaria Municipal de Saúde

**Modalidade:** Pregão Eletrônico nº 051/2024

**Objeto:** Registro de Preços de medicamentos tópicos de uso geral.

O **Município de Campinas**, devidamente representado, e o fornecedor **L A DOS SANTOS DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS**, inscrito no CNPJ sob nº 07.654.936/0001-85, 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\$)
05	18425	<b>LIDOCAINA 10% (100 MG/ML)</b> , SOLUÇÃO SPRAY, SEM ASSOCIAÇÕES, APRESENTADA EM FRASCO COM 50 ML. LOTE COM 100 FRASCOS. <b>OBS: CADA LOTE EQUIVALE A UMA PEÇA</b>	PÇ	6	4.700,00
17	8001	<b>ÓXIDO DE ZINCO</b> , CREME A BASE D'ÁGUA, APRESENTADA EM BISNAGA COM 45G, COM OU SEM VITAMINA A, VITAMINA C, VITAMINA D OU ÓLEO DE FÍGADO DE BACALHAU, LOTE COM 100 BISNAGAS. <b>OBS.: CADA LOTE EQUIVALE A UMA PEÇA</b>	PÇ	525	348,25
20	8310	<b>METRONIDAZOL 100 MG/G, GELEIA VAGINAL</b> , SEM ASSOCIAÇÕES, APRESENTADO EM BISNAGA COM 50 G, ACOMPANHADA POR 10 APLICADORES. LOTE COM 100 BISNAGAS E 1000 APLICADORES. <b>OBS: CADA LOTE EQUIVALE A UMA PEÇA.</b>	PÇ	62	720,00

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. O fornecedor apresenta, neste ato, os seguintes documentos:

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

LUIZ  
ANTONIO  
DOS  
SANTOS:06  
809379860

Assinado de forma  
digital por LUIZ  
ANTONIO DOS  
SANTOS:06809379  
860  
Data: 2024.05.23  
09:19:06-03'00"



# PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Justiça



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

Campinas, 24 JUN. 2024

**LAIR ZAMBON**

Secretário Municipal de Saúde

**LUIZ ANTONIO DOS  
SANTOS:06809379860**

Assinado de forma digital por LUIZ  
ANTONIO DOS  
SANTOS:06809379860  
Dados: 2024.05.29 09:19:55 -03'00'

**L A DOS SANTOS DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS**

Representante Legal:

CPF nº



### TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO

**PROCESSO ADMINISTRATIVO:** PMC.2023.00074102-66

**INTERESSADO:** Secretaria Municipal de Saúde

**OBJETO:** Registro de Preços de medicamentos tópicos de uso geral.

**MODALIDADE:** Pregão Eletrônico nº 051/2024

**CONTRATANTE:** Município de Campinas

**CONTRATADA:** L A DOS SANTOS DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS

**ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº** 248 /24

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 extraindo 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.

24 JUN. 2024

Campinas, \_\_\_\_\_

LUIZ  
ANTONIO  
DOS  
SANTOS:06  
809379860

Assinado de forma  
digital por LUIZ  
ANTONIO DOS  
SANTOS:06809379  
860  
Dados: 2024.05.29  
09:20:08 -0300



# 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: LUIZ ANTONIO DOS SANTOS

Cargo: SÓCIO/ADMINISTRADOR

CPF: 068.093.798-60

E-mail da Contratada: [avamed.medicamentos@yahoo.com](mailto:avamed.medicamentos@yahoo.com)

Assinatura: \_\_\_\_\_

LUIZ  
ANTONIO  
DOS  
SANTOS:06  
809379860

Assinado de  
forma digital por  
LUIZ ANTONIO  
DOS  
SANTOS:068093  
79860  
Dados:  
2024.05.29  
09:23:23 -03'00'

## 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: \_\_\_\_\_