



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Justiça



ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 387 /24

Processo Administrativo: PMC.2023.00119408-86

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Modalidade: Pregão Eletrônico nº 126/2024

Objeto: Registro de Preços de medicamentos antimicrobianos e antiparasitários, na forma de comprimidos.

O **Município de Campinas**, devidamente representado, e o fornecedor **DISTRIBUIDORA MEDICAL LTDA**, inscrito no CNPJ sob nº 20.227.692/0001-12, 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\$)
09	7762	SULFAMETOXAZOL 400 MG + TRIMETOPRIMA 80 MG, COMPRIMIDO, DRÁGUA OU CÁPSULA. LOTE COM 100 UNIDADES. OBS: CADA LOTE EQUIVALE A UMA PEÇA	PÇ	2.000	17,60
11	7782	METRONIDAZOL 250 MG, COMPRIMIDO, DRÁGUA OU CÁPSULA. LOTE COM 100 UNIDADES. OBS: CADA LOTE EQUIVALE A UMA PEÇA	PÇ	1.700	18,90
25	22850	CIPROFLOXACINA 500 MG, COMPRIMIDO, DRÁGUA OU CÁPSULA, LOTE COM 100 UNIDADES. OBS: CADA LOTE EQUIVALE A UMA PEÇA	PÇ	2.087	20,68

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.

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

Campinas, 19 AGO. 2024

LAIR ZAMBON

Secretário Municipal de Saúde

JULIANA
CRAVALHEIRO
MARIANO DA
SILVA:33731868890

DISTRIBUIDORA MEDICAL LTDA

Representante Legal: Juliana Cravalheiro Mariano Da Silva
CPF nº 337.318.688-90

Assinado digitalmente por JULIANA CRAVALHEIRO MARIANO DA SILVA:33731868890
ND: CN=JULIANA CRAVALHEIRO MARIANO DA SILVA:33731868890, OU=62226170000146, OU=Presencial, OU=AR CIESP, OU=AC VAI D RFB V5, OU=Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB, OU=RFB e-CPF A1, C=|CP-Brasil, C=BR
Resol: Eu sou o autor deste documento
Localização:
Data: 2024.08.05 11:35:48-03'00'
Foxit PDF Reader Versão: 2023.3.0



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Justiça



TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO

PROCESSO ADMINISTRATIVO: PMC.2023.00119408-86

INTERESSADO: Secretaria Municipal de Saúde

OBJETO: Registro de Preços de medicamentos antimicrobianos e antiparasitários, na forma de comprimidos.

MODALIDADE: Pregão Eletrônico nº 126/2024

CONTRATANTE: Município de Campinas

CONTRATADA: DISTRIBUIDORA MEDICAL LTDA

ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 387 /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.

19 AGO. 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: 102.384.108-89

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: Juliana Cravalheiro Mariano Da Silva

Cargo: Proprietária

CPF: 337.318.688-90

E-mail da Contratada: medicalriopreto@gmail.com

Assinatura: _____

JULIANA
CRAVALHEIRO
MARIANO DA
SILVA:33731868890

Assinado digitalmente por JULIANA CRAVALHEIRO MARIANO DA SILVA:33731868890
NO: CONSULIANA CRAVALHEIRO MARIANO DA SILVA:33731868890; CUI:0222817000148; OUI:Presencial; OUI-AB: CIESP; OUI-AC: VALID; RFB V5; OUI-Secretaria da Receita Federal do Brasil - RFB; OUI-RFB e-CPF A1; OUI-CP-e-mail; CIESP
Razão: Eu sou o autor deste documento.
Localização:
Data: 2024.08.05 11:35:29-03'07"
Fonte: PDF Reader Vmto: 2023.3.0

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: _____