



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Justiça



ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 389 /25

Processo Administrativo: PMC.2024.00132339-31

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Modalidade: Pregão Eletrônico nº 040/2025

Objeto: Registro de Preços de medicamentos soluções: antibiótico, antiparasitário e saúde mental.

O **Município de Campinas**, devidamente representado, e o fornecedor **XISMED DISTRIBUIDORA LTDA**, inscrito no CNPJ sob nº 27.908.285/0001-10, 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\$)
02	7854	HALOPERIDOL 0,2%, (2 MG/ML) SOLUÇÃO ORAL, SEM ASSOCIAÇÕES, APRESENTADA EM FRASCO COM 20 ML. LOTE COM 100 FRASCOS. OBS: CADA LOTE EQUIVALE A UMA PEÇA.	PC	25	550,00
04	7914	CLORPROMAZINA 4% (40 MG/ML), SOLUÇÃO ORAL, SEM ASSOCIAÇÕES, APRESENTADA EM FRASCO COM 20 ML. LOTE COM 100 FRASCOS. OBS: CADA LOTE EQUIVALE A UMA PEÇA.	PC	6	778,00
25	36225	AMOXICILINA 50 MG/ML ASSOCIADA A CLAVULANATO DE POTASSIO 12,5 MG/ML, SUSPENSÃO ORAL SEM OUTRAS ASSOCIAÇÕES, APRESENTADA EM FRASCO DE 75ML. OBS: CADA FRASCO EQUIVALE A UMA PEÇA	PC	10.250	12,88

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.



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Justiça



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;
- 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, 11 AGO. 2025

LAIR ZAMBON

Secretário Municipal de Saúde

**NANCI DOS
SANTOS**

NASCIMENTO:

06659751807

Assinado de forma
digital por NANCI DOS
SANTOS
NASCIMENTO:0665975
1807
Dados: 2025.08.01
12:40:53 -03'00'

XISMED DISTRIBUIDORA LTDA

Representante Legal:

CPF nº



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Justiça



TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO

PROCESSO ADMINISTRATIVO: PMC.2024.00132339-31

INTERESSADO: Secretaria Municipal de Saúde

OBJETO: Registro de Preços de medicamentos soluções: antibiótico, antiparasitário e saúde mental.

MODALIDADE: Pregão Eletrônico nº 040/2025

CONTRATANTE: Município de Campinas

CONTRATADA: XISMED DISTRIBUIDORA LTDA

ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 389 /25

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.

11 AGO. 2025

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: _____ **NANCI DOS SANTOS** Assinado de forma digital por NANCI DOS SANTOS
Cargo: _____ **NASCIMENTO: 06659751807** NASCIMENTO: 06659751807
CPF: _____ **06659751807** 751807
E-mail da Contratada: licitacao@xismed.com.br Dados: 2025.08.01 12:41:07 -03'00'
Assinatura: _____

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: _____