



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Justiça



ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 665 /24

Processo Administrativo: PMC.2023.00122526-90

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Modalidade: Pregão Eletrônico nº 087/2024

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

O **Município de Campinas**, devidamente representado, e o fornecedor **CM HOSPITALAR S.A.**, inscrito no CNPJ sob nº 12.420.164/0001-57, 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\$)
04	161.191	CLOBAZAM 20MG – COMPRIMIDO. OBS.: CADA COMPRIMIDO EQUIVALE A UMA PEÇA	PÇ	450	0,80
05	162.005	FABRAZYME 35MG (BETA-ALGASIDASE) – AMPOLA. OBS.1: CADA AMPOLA EQUIVALE A UMA PEÇA. OBS.2: O LICITANTE DEVERÁ APRESENTAR A MARCA FABRAZYME.	PÇ	60	13.358,56
21	162.441	ZEJULA 100 MG (TOSILATO DE NIRAPARIBE MONOIDRATADO) - CÁPSULA. OBS.1: CADA CÁPSULA EQUIVALE A UMA PEÇA. OBS.2: O LICITANTE DEVERÁ APRESENTAR A MARCA "ZEJULA"	PÇ	900	348,20
30	108.449	FIASP PENFILL - INSULINA FIASP, EMBALAGEM COM 5 CARTUCHOS PENFILL DE 3 ML COM 100 U/ML. OBS.1: CADA EMBALAGEM COM 5 CARTUCHOS EQUIVALE A UMA PEÇA. OBS.2: O LICITANTE DEVERÁ APRESENTAR A MARCA FIASP	PÇ	600	30,19

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.



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.

05 DEZ. 2024

Campinas, _____

LAIR ZAMBON

Secretário Municipal de Saúde

CM HOSPITALAR S.A.

Representante Legal:

CPF nº

**ROSELEI
KRASNIEVI
CZ:8515558
6100**

Assinado digitalmente por ROSELEI
KRASNIEVI/CZ:85155586100
ND: C=BR, O=CP-Brasil, OU=
videoconferencia, OU=
33883111000107, OU=Secretaria da
Receita Federal do Brasil - RFB, OU=
ARSERPRO, OU=RFB e CPF A1, CN=
ROSELEI KRASNIEVI/CZ:85155586100
Razão: Eu sou o autor deste documento
Localização:
Data: 2024.12.03 11:02:53-03007
Fonte: PDF Reader Versão: 2024.3.0



TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO

PROCESSO ADMINISTRATIVO: PMC.2023.00122526-90

INTERESSADO: Secretaria Municipal de Saúde

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

MODALIDADE: Pregão Eletrônico nº 087/2024

CONTRATANTE: Município de Campinas

CONTRATADA: CM HOSPITALAR S.A.

ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 665 /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 conseqüente 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.

Campinas, 05 DEZ. 2024



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: _____

**ROSELEI
KRASNIEVICZ:
85155586100**

Assinado digitalmente por ROSELEI
KRASNIEVICZ:85155586100
ND: C=BR, O=ICP-Brasil, OU=videoconferencia, OU=
33683111000107, OU=Secretaria da Receita Federal
do Brasil - REB, OU=ABSERPRO, OU=REB, e, CPF
A1, CN=ROSELEI KRASNIEVICZ:85155586100
Razão: Eu sou o autor deste documento
Localização: _____
Data: 2024.12.03 11:06:20-03'00'
Foxit PDF Reader Versão: 2024.3.0

E-mail da Contratada: maisasilva@mafrahospitalar.com.br

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: _____