



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 010/19

Processo Administrativo nº PMC.2017.00013860-97

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Modalidade: Pregão Eletrônico nº 155/18

Objeto: Registro de preços de medicamentos na forma de comprimidos (cardiológicos).

O **MUNICÍPIO DE CAMPINAS**, devidamente representado pelas autoridades municipais nominadas neste instrumento, e a empresa **BH FARMA COMÉRCIO LTDA.**, inscrita no CNPJ sob nº 42.799.163/0001-26, através do seu representante legal, acordam proceder, nos termos do Decreto Municipal nº 11.447/94, da Lei Federal nº 8.666/93, e do Edital em epígrafe, ao Registro de Preços referente aos itens abaixo discriminados:

ITEM	CÓD.	DESCRIPTIVO	Qtde.	unidade	UNIT. (R\$)
06	35983	CARVEDILOL 6,25 MG, COMPRIMIDO, DRÁGEA OU CÁPSULA, LOTE COM 100 UNIDADES OBS.: CADA LOTE EQUIVALE A 1 PEÇA.	33.750	PC	9,43

A empresa apresenta neste ato os seguintes documentos: procuração ou contrato social; cédula de identificação; Termo de Ciência e de Notificação.

Fica declarado que o preço registrado na presente Ata é válido pelo prazo de 12 (doze) meses, contados da data de sua assinatura, ficando automaticamente prorrogado o prazo de validade da proposta/lance apresentado no Pregão epigrafado.

Será dada prioridade de aquisição dos produtos das cotas reservadas, ressalvados os casos em que a cota reservada for inadequada para atender as quantidades ou as condições do pedido, justificadamente, nos casos em que se aplique o disposto no Decreto Federal nº 8.538/15.

Nada mais havendo a ser declarado, foi encerrada a presente Ata que, após lida e aprovada, será assinada pelas partes

Campinas, 07 JAN. 2019

CARMINO ANTONIO DE SOUZA
Secretário Municipal de Saúde

BH FARMA COMERCIO LTDA.

Representante Legal:

RG nº

CPF nº

Gilson de Souza Rosa
ID: MG-41.424.626
CPF: 012.762.108-01



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos



TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO AO TCESP

Processo Administrativo nº PMC.2017.00013860-97

Interessado: Secretaria Municipal de Saúde

Contratante: Município de Campinas

Contratada: BH FARMA COMÉRCIO LTDA.

Modalidade: Pregão Eletrônico nº 155/18

Objeto: Registro de preços de medicamentos na forma de comprimidos (cardiológicos).

Ata de Registro de Preços nº 010/19

ADVOGADO(S)/Nº **OAB** (*) _____

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. Estamos CIENTES de que:

- a) o ajuste acima referido estará sujeito 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, conforme dados abaixo indicados, 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) Qualquer alteração de endereço – residencial ou eletrônico – ou telefones de contato deverá ser comunicada pelo interessado, peticionando no processo.

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.

Campinas, 07 JAN. 2019



PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINAS

Secretaria Municipal de Assuntos Jurídicos

**GESTOR DO ÓRGÃO/ENTIDADE:**

Nome: _____

Cargo: _____

CPF: _____ RG: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Endereço residencial completo: _____

E-mail institucional: _____

E-mail pessoal: _____

Telefone(s): _____

Assinatura: _____

Responsáveis que assinaram o ajuste:

Pelo CONTRATANTE:

Nome: Carmino Antonio de Souza

Cargo: Secretário Municipal de Saúde

CPF: _____ RG: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Endereço residencial completo: _____

E-mail institucional: saude.gabinete@campinas.sp.gov.br

E-mail pessoal: _____

Telefone(s): _____

Assinatura: _____

Pela CONTRATADA:

Nome: Gilson de Sousa Rocha

Cargo: superintendente de licitação

CPF: 010.792-196-61 RG: MG-11-924.626

Data de Nascimento: 27/11/1981

Endereço residencial completo: _____

E-mail institucional: licitacao@bhfarma.com.br, licitacao@bhfarma.com.br, editais02@bhfarma.com.br, pregaoeletronico@bhfarma.com.br

E-mail pessoal: gilson@bhfarma.com.br

Telefone(s): (31) 2122-9400

Assinatura: _____

Advogado: (*) Facultativo. Indicar quando já constituído, informando, inclusive, o endereço eletrônico.