



PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULÍNIA

CNPJ: 45.751.435/0001-06 I.E.: ISENTA
Av. Prefeito José Lozano Araújo, 1551, Bairro Parque Brasil 500, Paulínia/SP CEP 13.140-000
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Fone: (19) 3874-5666 Fax: (19) 3874-5738
email: compras.saude@paulinia.sp.gov.br

AUTORIZAÇÃO DE COMPRAS Nº 218/2019

À

AMX COMERCIO E REPRESENTACOES - EIRELI

CNPJ: 26.726.146/0001-02

Endereço: AVENIDA NILO PEÇANHA

Bairro: CENTRO

CEP: 28970-000

Fone: (22) 2665-2469

E-mail: max.comercialamx@gmail.com

Nº 167

Cidade: ARARUAMA

Estado:RJ

Fax:

Contato: MAX MAXIMINO

De conformidade com **Ata de Registro de Preços nº 10/2019**, datada de 26/03/2019, que integra os autos do **Protocolado Administrativo nº 17511/2018 – Pregão nº 147/2018** deverá a empresa **AMX COMERCIO E REPRESENTACOES - EIRELI** fornecer os artigos relacionados nesta Autorização de Compras, rigorosamente de acordo com a descrição abaixo, e pelos preços cotados, que vão transcritos. Pela inexecução total ou parcial do ajuste contratual resumido a Administração poderá aplicar à DETENTORA as sanções previstas no Edital de Licitação e Ata de Registro de Preços.

CONDIÇÕES DE ENTREGA

- 1 - O objeto desta Autorização de Compras deverá ser entregue de forma parcelada de acordo com a necessidade da Secretaria de Saúde.
- 2 - A entrega do objeto desta licitação deverá ser feita, conforme especificado no Anexo I do Edital.
 - 2.1 – Local de Entrega: CENTRO DE DISTRIBUIÇÃO - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
 - 2.2 – Endereço: DEODATO SOARES, 262, ESQUINA COM AVENIDA CONEXAO I – Bairro SANTA TEREZINHA – Fone: 19 3844-3088/5626, com Josi ou Talita.
- 3- As entregas deverão ocorrer sem prejuízo dos serviços e em prazo não superior ao disposto no Edital, contados do recebimento da Autorização de Compras.
 - 3.1- Correrá por conta da DETENTORA todas as despesas pertinentes, tais como embalagens, seguro, transporte, tributos, encargos trabalhistas e previdenciários.
- 4- Constatadas irregularidades no objeto, a Prefeitura Municipal de Paulínia, sem prejuízo das penalidades cabíveis, poderá:
 - 4.1- Rejeitá-lo no todo ou em parte se não corresponder às especificações do Edital, determinando sua substituição;
 - 4.2- Determinar sua complementação se houver diferença de quantidades.
- 5- As irregularidades deverão ser sanadas no prazo máximo de dois dias úteis, contados do recebimento pelo adjudicatário da notificação por escrito, mantido o preço inicialmente contratado.



PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULÍNIA

CNPJ: 45.751.435/0001-06 I.E.: ISENTA
Av. Prefeito José Lozano Araújo, 1551, Bairro Parque Brasil 500, Paulínia/SP CEP 13.140-000
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
Fone: (19) 3874-5666 Fax: (19) 3874-5738
email: compras.saude@paulinia.sp.gov.br

DA FORMA DE PAGAMENTO

1- O pagamento será efetuado em até 30 (trinta) dias, contados da data em que for atestado o recebimento dos produtos, de acordo com as quantidades efetivamente entregues e devidamente atestadas pela Secretaria Municipal de Saúde, de acordo com os preços unitários registrados na presente Ata de Registro de Preços.

1.1.- Caso o término da contagem aconteça em dias sem expediente bancário, o pagamento ocorrerá no primeiro dia útil imediatamente subsequente;

1.2- Havendo divergência ou erro na emissão da documentação fiscal, será interrompida a contagem do prazo para fins de pagamento, sendo iniciada nova contagem somente após a regularização da documentação fiscal.

2- Estão excluídos os atrasos motivados pela DETENTORA, independentemente de eventual prorrogação autorizada pela Prefeitura.

3- O PAGAMENTO FICARÁ CONDICIONADO À COMPROVAÇÃO DA PERSISTÊNCIA DAS CONDIÇÕES LICITATÓRIAS DE HABILITAÇÃO E QUALIFICAÇÃO A QUE ALUDE O INCISO XIII DO ARTIGO 55 DA LEI FEDERAL Nº 8.666/93 COM SUAS ALTERAÇÕES, QUE CONSISTIRÁ NA APRESENTAÇÃO, DE CERTIDÕES DE REGULARIDADE FISCAL PERANTE AS FAZENDAS FEDERAL, ESTADUAL E MUNICIPAL ENVOLVIDAS, E DE CONTRIBUIÇÕES PREVIDENCIÁRIAS PERANTE O I.N.S.S. E DO F.G.T.S., QUE SOMENTE SERÃO ACEITOS SE DENTRO DO PRAZO DE VALIDADE NELES ASSINALADOS.

4- A DOCUMENTAÇÃO FISCAL PARA FINS DE PAGAMENTO DEVERÁ CONTER O MESMO NÚMERO DE INSCRIÇÃO NO CADASTRO NACIONAL DE PESSOAS JURÍDICAS – CNPJ, INDICADO NESTE INSTRUMENTO.

5- O pagamento será efetuado na conta bancária da DETENTORA.

6- Em nenhuma hipótese serão aceitos títulos via cobrança bancária.

Ref.: Protocolado nº 7009/2019

CNPJ: 26.726.146/0001-02						
Razão Social: AMX COMERCIO E REPRESENTACOES - EIRELI						
Item	Descrição	Marca	Unid.	Qtde	Valor Unit. (R\$)	Valor Total (R\$)
1	ACARBOSE 100 MG., COMPRIMIDO	BAYER	CPR	30.000	0,6500	19.500,00
2	ACARBOSE 50 MG., COMPRIMIDO	BAYER	CPR	25.000	0,5700	14.250,00
3	ALENDRONATO SÓDICO 10MG, COMPRIMIDO	NOVARTIS	CPR	15.000	0,4600	6.900,00
4	ALENDRONATO SÓDICO 70MG, COMPRIMIDO	UNIÃO QUÍMICA	CPR	15.000	0,1900	2.850,00
6	BEZAFIBRATO 400MG, COMPRIMIDO DE DESINTEGRAÇÃO LENTA	EMS	CPR	500	2,1600	1.080,00
8	GLICOSE 25%, AMPOLA DE 10 ML	ISOFARMA	AMP	3.000	0,1500	450,00
9	GLICOSE 50%, AMPOLA DE 10 ML	HYPOFARMA	AMP	2.000	0,1500	300,00
10	GLIMEPIRIDA 2 MG, COMPRIMIDO	CIMED GEN.	CPR	80.000	0,0600	4.800,00

Protocolado Administrativo nº 17511/2018
Ata de Registro de Preços 10/2019
Página 2 de 4



PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULÍNIA

CNPJ: 45.751.435/0001-06 I.E.: ISENTA

Av. Prefeito José Lozano Araújo, 1551, Bairro Parque Brasil 500, Paulínia/SP CEP 13.140-000

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fone: (19) 3874-5666 Fax: (19) 3874-5738

email: compras.saude@paulinia.sp.gov.br

12	INSULINA HUMANA LISPRO DERIVADA DE ADN RECOMBINANTE 100UI/ML, SOLUÇÃO INJETÁVEL COM SISTEMA DE APLICAÇÃO DE 3 ML	ELI LILLY	SER	1.000	25,9700	25.970,00
13	INSULINA HUMANA NPH 100 UI/ML, FRASCO AMPOLA DE 10 ML	NOVO NORDISK	FAM	5.000	14,7300	73.650,00
15	LEVOTIROXINA SÓDICA 100MCG, COMPRIMIDO	MERCK GEN.	CPR	83.000	0,0600	4.980,00
16	LEVOTIROXINA SÓDICA 25MCG, COMPRIMIDO	MERCK GEN.	CPR	83.000	0,0600	4.980,00
17	LEVOTIROXINA SÓDICA 50MCG, COMPRIMIDO	MERCK GEN.	CPR	93.000	0,0400	3.720,00
18	LEVOTIROXINA SÓDICA 75MCG, COMPRIMIDO	MERCK GEN.	CPR	75.000	0,0800	6.000,00
21	METFORMINA, CLORIDRATO DE 850 MG, COMPRIMIDO	CIMED GEN.	CPR	400.000	0,0400	16.000,00
23	SINVASTATINA 20 MG, COMPRIMIDO	CIMED	CPR	525.000	0,0500	26.250,00
24	TIAMAZOL 10MG, COMPRIMIDO	BIOLAB	CPR	12.000	0,3000	3.600,00
28	CÁLCIO, GLICONATO DE 10%, AMPOLA DE 10ML	HALEX ISTAR	AMP	600	0,8000	480,00
30	MAGNÉSIO, SULFATO DE 10%, AMPOLA DE 10 ML	ISOFARMA	AMP	1.400	0,2000	280,00
31	POLIESTIRENOSULFONATO DE CÁLCIO 900 MG, ENVELOPE COM 30G	ALLPHAMED	ENV	180	12,0000	2.160,00
32	POTÁSSIO, CLORETO DE 19,1%, AMPOLA DE 10 ML	SAMTEC	AMP	3.000	0,1600	480,00
38	SÓDIO, CLORETO DE 0,9%, AMPOLA DE 10 ML	FARMACE	AMP	30.000	0,0900	2.700,00
39	SÓDIO, CLORETO DE 10%, AMPOLA DE 10 ML	FARMACE	AMP	1.400	0,1400	196,00
40	SÓDIO, CLORETO DE 20%, AMPOLA DE 10 ML	FARMACE	AMP	5.000	0,1500	750,00
41	CIPROTERONA, ACETATO DE 2MG + ETINILESTRADIOL 0,035MG, CARTELA COM 21 COMPRIMIDOS	MEOCON	CX	500	1,4400	720,00
42	DESOGESTREL 75MCG, CARTELA COM 28 COMPRIMIDOS	MEDLEY	CX	4.500	5,6000	25.200,00
43	ESTRADIOL HEMIIDRATADO 0,1G / 100G, GEL, EM FRASCO DE 50G COM BOMBA DOSADORA (CADA PRESSÃO NA BOMBA DOSADORA DEVE LIBERAR 0,5G DO GEL, QUE DEVE CORRESPONDER A 0,5MG DE ESTRADIOL)	LABORATOIRES CHEMINEAU	FRS	150	36,4600	5.469,00
44	ESTRADIOL, VALERATO DE 1MG, CARTELA COM 28 COMPRIMIDO	DELPHARM LILLE	CX	420	22,1700	9.311,40
45	ESTRIOL 1 MG/G CREME VAGINAL, BISNAGAS COM 50 G + APLICADOR CALIBRADO.	BIOLAB	TUB	500	7,5000	3.750,00
48	ETINILESTRADOL 15 MCG + GESTODENO 60 MCG /CPR, CARTELA COM 24 CPR COM MEDICAÇÃO E 04 CPR INERTES PARA USO CONTÍNUO	SANDOZ	CX	2.500	15,2000	38.000,00

Protocolado Administrativo nº 17511/2018

Ata de Registro de Preços 10/2019

Página 3 de 4



PREFEITURA MUNICIPAL DE PAULÍNIA

CNPJ: 45.751.435/0001-06 I.E.: ISENTA
Av. Prefeito José Lozano Araújo, 1551, Bairro Parque Brasil 500, Paulínia/SP CEP 13.140-000

FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fone: (19) 3874-5666 Fax: (19) 3874-5738
email: compras.saude@paulinia.sp.gov.br

53	METILERGOMETRINA 0,125MG, COMPRIMIDO	NOVARTIS	CPR	120	0,4300	51,60
57	NORETISTERONA, ACETATO DE 10 MG, COMPRIMIDO	BAYER	CPR	12.000	0,6500	7.800,00
58	OXITOCINA 5 UI/ML, AMPOLA DE 1 ML	BLAU	AMP	2.500	1,1300	2.825,00
59	PROGESTERONA 200MG, CÁPSULA GELATINOSA PARA USO ORAL E/OU VAGINAL	CAPSUGEL PLOERMEL	CPS	4.000	2,3000	9.200,00
64	CLOTRIMAZOL 10MG / G CREME, BISNAGA COM NO MINIMO 20G	EMS GEN.	TUB	2.000	4,0000	8.000,00
65	DELTAMETRINA 0,2MG / ML, LOÇÃO, FRASCO COM 100ML	CIFARMA	FRS	400	2,9900	1.196,00
66	DELTAMETRINA 0,2MG / ML, SHAMPU, FRASCO COM 100ML	CIFARMA	FRS	500	3,0000	1.500,00
69	MICONAZOL 20MGL/ML LOÇÃO, FRASCO 30ML	CIMED OTC	FRS	2	5,6000	11.20
70	MONOSSULFIRAN 0,25 G/ML SOLUÇÃO, FRASCO COM 100ML	ASTRAZENECA	FRS	3	19,9000	59,70
76	ZINCO, ÓXIDO 150MG + COLECALCIFEROL 5.000UI + RETINOL 900UI /G POMADA, TUBO COM 45G	CIMED	TUB	3.000	2,6000	7.800,00
80	FITOMENADIONA 10 MG/ML INTRAMUSCULAR, AMPOLA DE 1 ML	CRISTALIA	AMP	300	1,0000	300,00
83	TIAMINA, CLORIDRATO DE (VIT.B1) 5MG + RIBOFLAVINA (VIT. B2) 2MG + PIRIDOXINA, CLORIDRATO DE (VIT. B6) 2MG + NICOTINAMIDA (PP) 20MG + PANTETONATO DE CÁLCIO (VIT.B5) 3MG, COMPRIMIDO	EMS	CPR	150.000	0,0300	4.500,00
84	TIAMINA, CLORIDRATO DE 300 MG, COMPRIMIDO	TEUTO	CPR	20.000	0,1800	3.600,00
Valor Total					351.619,90	

Total: R\$ 351.619,90 (trezentos e cinquenta e um mil seiscientos e dezenove reais e noventa centavos)

Paulínia, 05 de abril de 2019.

SECRETÁRIO DE SAÚDE
Dr. LUÍS CARLOS CASARIN

AMX COMERCIO E REPRESENTACOES - EIRELI

Sr. Max Maximino C. dos Santos

Código do Banco:	Código da Agência:	Conta Corrente:
104	0888	4419-2 OP 003