



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 234/2019

À

CIAMED - DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA

CNPJ: 05.782.733/0001-49

Endereço: RUA SEVERINO AUGUSTO PRETTO

Bairro: SANTO ANTÃO

CEP: 95960-000

Fone: 51-3751-9300

E-mail: ciamed@ciamedrs.com.br

Nº 560

Cidade: ENCANTADO

Estado:RS

Fax:

Contato:

De conformidade com **Ata de Registro de Preços nº 07/2019**, datada de 12/03/2018, que integra os autos do **Protocolado Administrativo nº 15698/2018 – Pregão nº 132/2018** deverá a empresa **CIAMED - DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA** 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 5880/2019

CNPJ: 05.782.733/0001-49

Razão Social: CIAMED - DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA

Item	Descrição	Marca	Unid.	Qtde	Valor Unit. (R\$)	Valor Total (R\$)
2	LEVODOPA 100 MG + BENSERAZIDA, CLORIDRATO DE 25 MG, COMPRIMIDO	PROLOPA BC / ROCHE	CPR	12.000	0,8900	10.680,00
74	FLUTICASONA, FLUORATO DE 27,5 MCG/DOSE SPRAY NASAL, FRASCO COM 120 DOSES	AVAMYS / GLAXO	FRS	2.200	39,0300	85.866,00
75	FLUTICASONA, PROPIONATO DE 250 MCG/DOSE APRESENTADO NA FORMA DE AEROSOL PRESSURIZADO EM LATA DE ALUMÍNIO COM VÁLVULA DOSADORA CONTENDO O EQUIVALENTE A 60 DOSES, ACOMPANHADA DE APLICADOR	FLIXOTIDE / GLAXO	FRS	1.000	80,3700	80.370,00



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

76	FLUTICASONA, PROPIONATO DE 50MCG/DOSE, SPRAY ORAL, FRASCO COM 120 DOSES;	FLIXOTIDE / GLAXO	FRS	1.600	106,0800	169.728,00
86	SALMETEROL, XINOFOATO DE 25MCG + FLUTICASONA, PROPIONATO DE 125MCG / DOSE, AEROSOL, FRASCO COM 120 DOSES	SERETIDE / GLAXO	FRS	50	96,7200	4.836,00
87	SALMETEROL, XINOFOATO DE 50 MCG + FLUTICASONA, PROPIONATO DE 250 MCG /DOSE, DISCO COM 60 DOSES	SERETIDE DISKUS / GLAXO	FRS	2.100	96,2300	202.083,00
88	SALMETEROL, XINOFOATO DE 50 MCG + FLUTICASONA, PROPIONATO DE 500 MCG /DOSE, DISCO COM 60 DOSES	SERETIDE DISKUS / GLAXO	FRS	450	157,9500	71.077,50

Valor Total	624.640,50
--------------------	-------------------

Total: R\$ 624.640,50 (seiscentos e vinte e quatro mil seiscentos e quarenta reais e cinquenta centavos)

Paulínia, 08 de abril de 2019.

SECRETÁRIO DE SAÚDE
Dr. LUÍS CARLOS CASARIN

CIAMED - DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA
Sra. Renata Casagrande Galiotto

Código do Banco:	Código da Agência:	Conta Corrente:
1	4044-4	11867-2