



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 245/2017

À

CRISTÁLIA PRODUTOS QUÍMICOS FARMACÊUTICOS LTDA

CNPJ: 44.734.671/0001-51

Endereço: RODOVIA ITAPIRA-LINDÓIA KM 14

Bairro: FAZ. ESTÂNCIA CRISTÁLIA

CEP: 13974-900

Fone: (19) 3863-9470

E-mail: concorrencia21@crystalia.com.br

Nº S/N

Cidade: ITAPIRA

Estado: SP

Fax: 19 3863-9534

Contato:

De conformidade com **Ata de Registro de Preços nº 010/2016**, datada de 18/10/2016, que integra os autos do **Protocolado Administrativo nº 8915/2016 – Pregão nº 124/2016** deverá a empresa **CRISTÁLIA PRODUTOS QUÍMICOS FARMACÊUTICOS 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 Josemar 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 4261/2017

CNPJ: 44.734.671/0001-51

Razão Social: CRISTÁLIA PRODUTOS QUÍMICOS FARMACÊUTICOS LTDA

| Item | Descrição | Marca | Unid. | Qtde | Valor Unit. | Valor Total |
|------|---|-------------------------------|-------|--------|-------------|-------------|
| 22 | CLONAZEPAN 0,5 MG, COMPRIMIDO | CLOPAM 0,5MG CX C/20BLS X 10C | CPR | 25.000 | 0,0600 | 1.500,00 |
| 24 | CLONAZEPAN 2MG, COMPRIMIDO | CLOPAM 2,0MG CX C/20BLS X 10C | CPR | 30.000 | 0,0500 | 1.500,00 |
| 30 | DEXTROCETAMINA, CLORIDRATO DE 50 MG/ML, FRASCO AMPOLA DE 10ML | KETAMIN 50MG/ML SOL.INJ. CX C | FAM | 30 | 59,7200 | 1.791,60 |
| 36 | ETOMIDATO 2 MG/ML, AMPOLA DE 10 ML | ETOMIDATO 2MG/ML SOL INJ. CX | AMP | 50 | 8,9900 | 449,50 |

Protocolado Administrativo nº 8915/2016
Ata de Registro de Preços 10/2016
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

| | | | | | | |
|-----|---|-------------------------------|-----|--------|----------|----------|
| 40 | FENOBARBITAL 40 MG/ML, FRASCO COM 20 ML | FENOCRIS 40MG/ML SOL.ORAL CX | FRS | 200 | 2,4900 | 498,00 |
| 50 | HALOPERIDOL 1MG, COMPRIMIDO | HALO 1MG CX C/20 BLS X 10CP C | CPR | 3.000 | 0,1000 | 300,00 |
| 55 | IMIPRAMINA, CLORIDRATO DE 25MG, COMPRIMIDO | IMIPRA 25MG COMP.REV. CX C/20 | CPR | 20.000 | 0,2800 | 5.600,00 |
| 58 | LAMOTRIGINA 25MG, COMPRIMIDO | NEURAL 25MG CX C/3BLS X 10CP | CPR | 20.000 | 0,4300 | 8.600,00 |
| 61 | LEVOMEPRMAZINA, MALEATO DE 25 MG, COMPRIMIDO | LEVOZINE 25MG COMPR.REV CX C | CPR | 8.000 | 0,3200 | 2.560,00 |
| 74 | MORFINA, SULFATO DE 10 MG, COMPRIMIDO | DIMORF 10MG CX C/5BLS X 10CP | CPR | 3.000 | 0,3500 | 1.050,00 |
| 75 | MORFINA, SULFATO DE 10 MG/ML, AMPOLA DE 1 ML | DIMORF 10MG/ML SOL.INJ. CX | AMP | 400 | 1,7000 | 680,00 |
| 77 | MORFINA, SULFATO DE 30 MG, COMPRIMIDO | DIMORF 30MG CX C/5BLS X 10CP | CPR | 2.000 | 0,9530 | 1.906,00 |
| 78 | MORFINA, SULFATO DE 30 MG, COMPRIMIDO DE LIBERAÇÃO CONTROLADA | DIMORF LC 30MG CAPS CX C/6BLS | CPR | 1.000 | 1,2200 | 1.220,00 |
| 79 | NALBUFINA, CLORIDRATO DE 10 MG/ML, AMPOLA DE 1 ML | NUBAIN 10MG/ML SOL.INJ. CX C | AMP | 100 | 8,9900 | 899,00 |
| 95 | PROPOFOL 10 MG/ML, AMPOLA COM 20 ML | PROPOVAN 10MG/ML CX C/10FA X | AMP | 1.000 | 4,9000 | 4.900,00 |
| 97 | RISPERIDONA 1 MG, COMPRIMIDO | RISPERIDON 1MG COMPR.REV. CX | CPR | 20.000 | 0,1200 | 2.400,00 |
| 100 | SEVOFLURANO SOLUÇÃO PARA INALAÇÃO, FRASCO 250ML | SEVOCRIS 100% INALANTE 250ML | FRS | 25 | 290,0000 | 7.250,00 |
| 101 | SULFENTANILA, CITRATO DE 50 MCG/ML, AMPOLA DE 1ML | FASTFEN 50MCG/ML CX C/25AP X | AMP | 100 | 16,6300 | 1.663,00 |

| | |
|--------------------|------------------|
| Valor Total | 44.767,10 |
|--------------------|------------------|

Total: R\$ 44.767,10 (quarenta e quatro mil, setecentos e sessenta e sete reais e dez centavos)



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

Paulínia,

SECRETÁRIO DE SAÚDE

Dr. Cláudio Ernani Marcondes de Miranda

CRISTÁLIA PRODUTOS QUÍMICOS FARMACÊUTICOS LTDA

Sr. Homero Mira Assumpção

| | | |
|------------------|--------------------|-----------------|
| Código do Banco: | Código da Agência: | Conta Corrente: |
| 1 | 5115-2 | 2014-1 |