



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 246/2019

À

INOVAMED COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA

CNPJ: 12.889.035/0001-02

Endereço: RUA RUBENS DERKS

Bairro: INDUSTRIAL

CEP: 99706-300

Fone: (54) 3522-4273

E-mail: inovamed@inovamed-rs.com.br

Nº 105

Cidade: ERECHIM

Estado:RS

Fax:

Contato:

De conformidade com **Ata de Registro de Preços nº 07/2019**, datada de 12/03/2019, que integra os autos do **Protocolado Administrativo nº 15698/2018 – Pregão nº 132/2018** deverá a empresa **INOVAMED COMERCIO 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.
 - 2.3 – Horário para entregas: das 8:00 às 11:00 e das 13:00 às 16:00 horas.
- 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 6024/2019

CNPJ: 12.889.035/0001-02

Razão Social: INOVAMED COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA

Item	Descrição	Marca	Unid.	Qtde	Valor Unit. (R\$)	Valor Total (R\$)
7	ADENOSINA 3MG/ML, AMPOLA DE 2 ML	GEN. / HIPOLABOR	AMP	100	8,5000	850,00
9	AMIODARONA, CLORIDRATO DE 200 MG, COMPRIMIDO	AMIORON / GEOLAB	CPR	30.000	0,3000	9.000,00
31	ESPIRONOLACTONA 100 MG, COMPRIMIDO	GEN. / HIPOLABOR	CPR	7.000	0,3500	2.450,00
34	FUROSEMIDA 10 MG/ML, AMPOLA DE 2 ML	GEN. / SANTISA	AMP	8.000	0,4000	3.200,00
53	NOREPINEFRINA, EMITARTARATO DE 2MG/ML, AMPOLA 4ML.	GEN. / HIPOLABOR	AMP	3.000	1,9500	5.850,00



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

65	ACETILCISTEINA GRANULADO 600MG, ENVELOPE		CISTEIL / GEOLAB	ENV	33.000	0,7300	24.090,00
80	MONTELUCASTE SÓDICO 10MG, COMPRIMIDO		UNIAIR / GEOLAB	CPR	14.000	0,3700	5.180,00
89	SÓDIO, CLORETO DE 0,009G + BENZALCÔNIO, CLORETO DE 0,001G, FRASCO COM 30ML + CONTA GOTAS		SORISMA / MARIOL	FRS	5.000	0,6900	3.450,00
91	TERBUTALINA, SULFATO DE 0,5 MG/ML, AMPOLA DE 1 ML		GEN. / HIPOLABOR	AMP	1.400	1,8700	2.618,00

Valor Total	56.688,00
--------------------	------------------

Total: R\$ 56.688,00 (cinquenta e seis mil seiscentos e oitenta e oito reais)

Paulínia, 10 de abril de 2019.

SECRETÁRIO DE SAÚDE

Dr. Luís Carlos Casarin

INOVAMED COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA

Sr. Sedinei Roberto Stievens

Código do Banco:	Código da Agência:	Conta Corrente:
001	8108-6	61027-5