



# 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](mailto:compras.saude@paulinia.sp.gov.br)

## AUTORIZAÇÃO DE COMPRAS Nº 251/2018

À

**PONTAMED FARMACEUTICA LTDA**

**CNPJ: 02.816.696/0001-54**

**Endereço: RUA FRANCO GRILO**

**Bairro: COLONIA DONA LUIZA**

**CEP: 84045-320**

**Fone: (42) 2101-5151**

**E-mail: [pontamed@pontamed.com.br](mailto:pontamed@pontamed.com.br)**

**Nº 374 FUNDOS**

**Cidade: PONTA GROSSA**

**Estado: PR**

**Fax: 42) 2101-5168**

**Contato:**

De conformidade com **Ata de Registro de Preços nº 05/2018**, datada de 22/03/2018, que integra os autos do **Protocolado Administrativo nº 16106/2017 – Pregão nº 360/2017** deverá a empresa **PONTAMED FARMACEUTICA 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](mailto: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 9188/2018

**CNPJ: 02.816.696/0001-54**

**Razão Social: PONTAMED FARMACEUTICA LTDA**

Item	Descrição	Marca	Unid.	Qtde	Valor Unit. (R\$)	Valor Total (R\$)
7	ADENOSINA 3MG/ML, AMPOLA DE 2 ML	GEN. / HIPOLABOR	AMP	200	8,2800	1.656,00
28	DOPAMINA, CLORIDRATO DE 5 MG/ML, AMPOLA DE 10 ML	GEN. / HIPOLABOR	AMP	500	1,2000	600,00
31	ESPIRONOLACTONA 100 MG, COMPRIMIDO	GEN. / HIPOLABOR	CPR	9.000	0,4100	3.690,00
48	NIFEDIPINA 10MG, COMPRIMIDO	NIOXIL / GEOLAB	CPR	550	0,0500	27,50
52	NITROPRUSSETO SÓDICO 25MG/ML, AMPOLA DE 2ML	NITROP / HYPOFARMA	AMP	50	11,2200	561,00
64	ACETILCISTEÍNA 10 % 100 MG/ML, AMPOLA DE 3 ML	BROMUC / BLAU	AMP	1.300	1,6600	2.158,00



# 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](mailto:compras.saude@paulinia.sp.gov.br)

65	ACETILCISTEINA GRANULADO 600MG, ENVELOPE		CISTEIL / GEOLAB	ENV	40.000	0,7200	28.800,00
67	AMINOFILINA 100MG, COMPRIMIDO		GEN. / HIPOLABOR	CPR	12.000	0,0600	720,00
91	TERBUTALINA, SULFATO DE 0,5 MG/ML, AMPOLA DE 1 ML		GEN. / HIPOLABOR	AMP	850	2,5400	2.159,00
109	HEPARINA 5000 UI/ML, FRASCO AMPOLA DE 5ML		HEPAMAX-S / BLAU	FAM	50	9,4800	474,00

<b>Valor Total</b>	<b>40.845,50</b>
--------------------	------------------

**Total: R\$ 40.845,50 (quarenta mil, oitocentos e quarenta e cinco reais e cinquenta centavos)**

Paulínia, 26 de abril de 2018.

---

**SECRETÁRIO DE SAÚDE**  
**Dr. YANKO GONÇALVES MELLO**

---

**PONTAMED FARMACEUTICA LTDA**  
**Sr. Fernando Parucker da Silva**

Código do Banco:	Código da Agência:	Conta Corrente:
001	030-2	11060-4