



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 428/2019

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 15/2019**, datada de 23/04/2019, que integra os autos do **Protocolado Administrativo nº 16172/2018 – Pregão nº 137/2018** 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.
 - 2.3 - Horário de entrega: 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 10496/2019

CNPJ: 12.889.035/0001-02

Razão Social: INOVAMED COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA

Item	Descrição	Marca	Unid.	Qtde	Valor Unit. (R\$)	Valor Total (R\$)
19	DIPIRONA 500 MG + ADIFENINA 10 MG + PROMETAZINA 5 MG / 1,5 ML SOLUÇÃO ORAL, FRASCO COM 15 ML	DORILESS / CIFARMA	FRS	2.000	2,9400	5.880,00
21	DIPIRONA SÓDICA 500 MG/ML, AMPOLA DE 2 ML	SANTIDOR / SANTISA	AMP	40.000	0,4200	16.800,00
25	HIDROCORTISONA SUCCINATO SÓDICO 100 MG	GEN. / BLAU	FAM	10.000	2,1000	21.000,00
27	IBUPROFENO 100MG/ML SOLUÇÃO ORAL, FRASCO COM 20 ML;	GEN. / MEDQUIMICA	FRS	8.000	2,2400	17.920,00
30	METILPREDNISOLONA, SUCCINATO SÓDICO 125MG, FRASCO AMPOLA	GEN. / NOVAFARMA	FAM	200	7,5500	1.510,00

Protocolado Administrativo nº 16172/2018
Ata de Registro de Preços 15/2019
Página 2 de 3



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

35	PARACETAMOL 750 MG, COMPRIMIDO	GEN. / ZYDUS NIKKHO	CPR	100.000	0,0600	6.000,00
39	PREDNISONA 5 MG, COMPRIMIDO	GEN. / SANVAL	CPR	50.000	0,0700	3.500,00
51	CAFEÍNA 30MG + CARISOPRODOL 125MG + DICLOFENACO SÓDICO 50MG + PARACETAMOL 300MG /COMPRIMIDO, COMPRIMIDO	FLEXALGIN / GEOLAB	CPR	90.000	0,1600	14.400,00
73	DIMENIDRINATO 25MG + PIRIDOXINA, CLORIDRATO DE (VIT. B6) 5MG, SOLUÇÃO ORAL, FRASCO COM 20 ML	NAUSILON / CIFARMA	FRS	1.200	2,5800	3.096,00

Valor Total	90.106,00
--------------------	------------------

Total: R\$ 90.106,00 (noventa mil cento e seis reais)

Paulínia, 28 de maio 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