



# 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 439/2017

À

**PROVIP DISTRIBUIDORA HOSPITALAR LTDA - EPP**

**CNPJ: 20.202.872/0001-40**

**Endereço: R C-159, QUADRA 247, LOTE 14, SALA 01 E 02**

**Bairro: JARDIM AMERICA**

**CEP: 74255-140**

**Fone: (11)99839813**

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

**Nº S/N**

**Cidade: GOIANIA**

**Estado: GO**

**Fax:**

**Contato:**

De conformidade com **Ata de Registro de Preços nº 001/2017**, datada de 10/04/2017, que integra os autos do **Protocolado Administrativo nº 1131/2017 – Pregão nº 2/2017** deverá a empresa **PROVIP DISTRIBUIDORA HOSPITALAR LTDA - EPP** 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 11775/2017

**CNPJ: 20.202.872/0001-40**

**Razão Social: PROVIP DISTRIBUIDORA HOSPITALAR LTDA - EPP**

Item	Descrição	Marca	Unid.	Qtde	Valor Unit.	Valor Total
35	DUTASTERIDA 0,5MG + TAMSULOSINA, CLORIDRATO DE 0,4MG, CAPSULA	COMBODART / CATALENT	CPS	12.500	2,74	34.250,00
45	FLUTICASONA, FLUORATO DE 27,5 MCG/DOSE SPRAY NASAL, FRASCO COM 120 DOSES	AVAMYS / GLAXO SMITHKLINE	FRS	3.000	36,52	109.560,00
115	SALBUTAMOL, SULFATO DE 6MG, SOLUÇÃO PARA NEBULIZAÇÃO, FRASCO COM 10ML	AEROLIN / GLAXO SMITHKLINE	FRS	250	11,80	2.950,00



# 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)

118	SALMETEROL, XINOFOATO DE 25MCG + FLUTICASONA, PROPIONATO DE 125MCG / DOSE, AEROSOL, FRASCO COM 120 DOSES	SERETIDE / GLAXO SMITHKLINE	FRS	100	86,28	8.628,00
119	SALMETEROL, XINOFOATO DE 50 MCG + FLUTICASONA, PROPIONATO DE 250 MCG /DOSE, DISCO COM 60 DOSES	SERETIDE DISKUS / GLAXO	FRS	3.500	90,59	317.065,00
120	SALMETEROL, XINOFOATO DE 50 MCG + FLUTICASONA, PROPIONATO DE 500 MCG /DOSE, DISCO COM 60 DOSES	SERETIDE DISKUS / GLAXO	FRS	800	148,04	118.432,00

<b>Valor Total</b>	<b>590.885,00</b>
--------------------	-------------------

**Total: R\$ 590.885,00 (quinhentos e noventa mil, oitocentos e oitenta e cinco reais)**

Paulínia,

---

**SECRETÁRIO DE SAÚDE**

**Dr. Cláudio Ernani Marcondes de Miranda**

---

**PROVIP DISTRIBUIDORA HOSPITALAR LTDA - EPP**

**Sr. Roselei Krasnievicz**

Código do Banco:	Código da Agência:	Conta Corrente:
001	1895-3	17779-2