



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 488/2018

À

HUMANA ALIMENTAR - DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS NUTRICIONAIS LTDA.

CNPJ: 02.786.436/0003-45

Endereço: AV. IMPERATRIZ LEOPOLDINA

Bairro: VILA NOVA

CEP: 13073-035

Fone: 19-3213-0996

E-mail: pedido@humanaalimentar.com.br

Nº 491

Cidade: CAMPINAS

Estado: SP

Fax:

Contato:

De conformidade com **Ata de Registro de Preços nº 15/2017**, datada de 01/09/2017, que integra os autos do **Protocolado Administrativo nº 4560/2017 – Pregão nº 41/2017** deverá a empresa **HUMANA ALIMENTAR - DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS NUTRICIONAIS 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 Josiane.
- 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 14119/2018

CNPJ: 02.786.436/0003-45

Razão Social: HUMANA ALIMENTAR - DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS NUTRICIONAIS LTDA.

Item	Descrição	Marca	Unid.	Qtde	Valor Unit. (R\$)	Valor Total (R\$)
1	DIETA ENTERAL NUTRICIONALMENTE COMPLETA, NORMOCALÓRICA, POLIMÉRICA, ISENTA DE LACTOSE, SACAROSE E GLÚTEN. QUANTIDADE MÍNIMA DE 15G DE FIBRAS (SOLÚVEL E INSOLÚVEL). APRESENTAÇÃO LÍQUIDA PARA SISTEMA FECHADO, EMBALAGEM DE 01 LITRO.	FRESUBIN	LIT	180	21,9000	3.942,00
4	DIETA ENTERAL NUTRICIONALMENTE COMPLETA, POLIMÉRICA, ISENTA DE LACTOSE, SACAROSE E GLÚTEN. DENSIDADE CALÓRICA DE 1,5 KCAL/ML COM QUANTIDADE MÍNIMA DE 15G DE FIBRAS (SOLÚVEL E INSOLÚVEL).	FRESUBIN	LIT	360	23,0000	8.280,00



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

	APRESENTAÇÃO LÍQUIDA PARA SISTEMA FECHADO, EMBALAGEM DE 01 LITRO.					
6	DIETA ENTERAL NUTRICIONALMENTE COMPLETA, OLIGOMÉRICA, NORMOCALÓRICA. ISENTA DE LACTOSE, SACAROSE E GLÚTEN. APRESENTAÇÃO LÍQUIDA PARA SISTEMA FECHADO, EMBALAGEM DE 01 LITRO.	SURVIMED	LIT	60	49,8000	2.988,00
10	SUPLEMENTO ALIMENTAR COM ALTO TEOR DE AMINOÁCIDOS DE CADEIA RAMIFICADA INDICADO PARA HEPATOPATAS PODENDO SER UTILIZADO POR VIA ORAL OU ENTERAL. APRESENTAÇÃO EM PÓ, EMBALAGEM VARIANDO ENTRE 90 E 92G.	TOTAL NUTRION HEPATO	KG	04	206,0000	824,00

Valor Total	16.034,00
--------------------	------------------

Total: R\$ 16.034,00 (dezesesseis mil e trinta e quatro reais)

Paulínia, 13 de julho de 2018.

SECRETÁRIO DE SAÚDE
Dr. YANKO GONÇALVES MELLO

HUMANA ALIMENTAR - DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS NUTRICIONAIS LTDA.
Sr. Lucas Wilian de Lima

Código do Banco:	Código da Agência:	Conta Corrente:
1	37-X	1113151-9