



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 528/2017

À

CRISTÁLIA PRODUTOS QUÍMICOS FARMACÊUTICOS LTDA

CNPJ: 44.734.671/0001-51

Endereço: RODOVIA ITAPIRA-LINDÓIA KM 14

Bairro: FAZ. ESTÂNCIA CRISTÁLIA

CEP: 13974-000

Fone: (19) 3863-9470

E-mail: concorrencia21@crystalia.com.br

Nº S/N

Cidade: ITAPIRA

Estado: SP

Fax: 19 3863-9534

Contato:

De conformidade com **Ata de Registro de Preços nº 010/2016**, datada de 18/10/2016, que integra os autos do **Protocolado Administrativo nº 8915/2016 – Pregão nº 124/2016** deverá a empresa **CRISTÁLIA PRODUTOS QUÍMICOS FARMACÊUTICOS 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

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 14562/2017

CNPJ: 44.734.671/0001-51

Razão Social: CRISTÁLIA PRODUTOS QUÍMICOS FARMACÉUTICOS LTDA

Item	Descrição	Marca	Unid.	Qtde	Valor Unit.	Valor Total
22	CLONAZEPAN 0,5 MG, COMPRIMIDO	CLOPAM 0,5MG CX C/20BLS X 10C	CPR	25.000	0,06	1.500,00
30	DEXTROCETAMINA, CLORIDRATO DE 50 MG/ML, FRASCO AMPOLA DE 10ML	KETAMIN 50MG/ML SOL.INJ. CX C	FAM	10	59,72	597,20
36	ETOMIDATO 2 MG/ML, AMPOLA DE 10 ML	ETOMIDATO 2MG/ML SOL INJ. CX	AMP	100	8,99	899,00
40	FENOBARBITAL 40 MG/ML, FRASCO COM 20 ML	FENOCRIS 40MG/ML SOL.ORAL CX	FRS	100	2,49	249,00
41	FENOBARBITAL SÓDICO 200MG, AMPOLA DE 2ML	FENOCRIS 100MG/ML SOL.INJ. CX	AMP	100	1,38	138,00
50	HALOPERIDOL 1MG, COMPRIMIDO	HALO 1MG CX C/20 BLS X 10CP C	CPR	3.000	0,10	300,00



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

55	IMIPRAMINA, CLORIDRATO DE 25MG, COMPRIMIDO	IMIPRA 25MG COMP.REV. CX C/20	CPR	20.000	0,28	5.600,00
58	LAMOTRIGINA 25MG, COMPRIMIDO	NEURAL 25MG CX C/3BLS X 10CP	CPR	15.000	0,43	6.450,00
60	LEVOMEPRIMAZINA, MALEATO DE 100 MG, COMPRIMIDO	LEVOZINE 100MG COMPR.REV. CX	CPR	6.000	0,67	4.020,00
61	LEVOMEPRIMAZINA, MALEATO DE 25 MG, COMPRIMIDO	LEVOZINE 25MG COMPR.REV CX C	CPR	8.000	0,32	2.560,00
63	METADONA, CLORIDRATO DE 10 MG, COMPRIMIDO	MYTEDOM 10MG CX C/2BLS X 10CP	CPR	5.000	0,75	3.750,00
74	MORFINA, SULFATO DE 10 MG, COMPRIMIDO	DIMORF 10MG CX C/5BLS X 10CP	CPR	2.000	0,35	700,00
77	MORFINA, SULFATO DE 30 MG, COMPRIMIDO	DIMORF 30MG CX C/5BLS X 10CP	CPR	4.500	0,953	4.288,50
79	NALBUFINA, CLORIDRATO DE 10 MG/ML, AMPOLA DE 1 ML	NUBAIN 10MG/ML SOL.INJ. CX C	AMP	100	8,99	899,00
95	PROPOFOL 10 MG/ML, AMPOLA COM 20 ML	PROPOVAN 10MG/ML CX C/10FA X	AMP	500	4,90	2.450,00
97	RISPERIDONA 1 MG, COMPRIMIDO	RISPERIDON 1MG COMPR.REV. CX	CPR	20.000	0,12	2.400,00
101	SULFENTANILA, CITRATO DE 50 MCG/ML, AMPOLA DE 1ML	FASTFEN 50MCG/ML CX C/25AP X	AMP	50	16,63	831,50

Valor Total

37.632,20

Total: R\$ 37.632,20 (trinta e sete mil seiscentos e trinta e dois reais e vinte centavos)

Paulínia,

SECRETÁRIO DE SAÚDE

Dr. Cláudio Ernani Marcondes de Miranda

CRISTÁLIA PRODUTOS QUÍMICOS FARMACÊUTICOS LTDA

Sr. Homero Mira Assumpção

Código do Banco:	Código da Agência:	Conta Corrente:
1	5115-2	2014-1