



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 593/2017

À

SOLUMED DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA SAUDE LTDA

CNPJ: 11.896.538/0001-42

Endereço: AV JOÃO PINHEIRO

Bairro: BORTOLAN

CEP: 37704-720

Fone: (19) 3536-1691

E-mail: solumedmg@gmail.com

Nº 6455

Cidade: POCOS DE CALDAS

Estado:MG

Fax: 19 3536-1691

Contato:

De conformidade com **Ata de Registro de Preços nº 08/2016**, datada de 10/10/2016, que integra os autos do **Protocolado Administrativo nº 8907/2016 – Pregão nº 129/2016** deverá a empresa **SOLUMED DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA SAUDE 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 14803/2017

CNPJ: 11.896.538/0001-42

Razão Social: SOLUMED DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA SAUDE LTDA

Item	Descrição	Marca	Unid.	Qtde	Valor Unit.	Valor Total
7	BETAMETASONA, ACETATO DE 3MG + BETAMETASONA, FOSFATO DISSÓDICO DE 3MG., AMPOLA COM 1ML.	BETA-LONG CX C/25AMPX1ML U.Q.	AMP	4.000	4,75	19.000,00
38	PREDNISONA 20 MG, COMPRIMIDO	CRISPRED 20MG CX C/200CP/CRIS	CPR	55.000	0,22	12.100,00
49	BUPIVACAÍNA, CLORIDRATO DE 0,5% PESADA, AMPOLA DE 4 ML	(GEN) CX C/100AMP X 4ML/HIPOL	AMP	500	2,19	1.095,00



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

56	LIDOCAÍNA, CLORIDRATO DE 2% GELÉIA, TUBO COM 30G	(GEN) HIPOLABOR CX C/100BNGX3	TUB	6.000	1,44	8.640,00
58	LIDOCAÍNA, CLORIDRATO DE 2% SEM VASO CONSTRICTOR, FRASCO AMPOLA DE 20ML	(GEN) HIPOLABOR CX C/25FAX20M	FAM	1.000	1,58	1.580,00
69	LORATADINA 10 MG, COMPRIMIDO	LORITIL 10MG/GEOLAB CX C/40BL	CPR	100.000	0,042	4.200,00
72	PROMETAZINA, CLORIDRATO DE 25MG/ML, AMPOLA DE 1ML	PROMETAZOL 25MG/ML CX C/100AM	AMP	500	1,10	550,00

Valor Total	47.165,00
--------------------	------------------

Total: R\$ 47.165,00 (quarenta e sete mil, cento e sessenta e cinco reais)

Paulínia,

SECRETÁRIO DE SAÚDE

Dr. Cláudio Ernani Marcondes de Miranda

SOLUMED DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS E PRODUTOS PARA SAUDE LTDA

Sr. Leonardo Teixeira Alves de Oliveira

Código do Banco:	Código da Agência:	Conta Corrente:
1	5119-5	6681-8