



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 624/2017

À

AIMARA COMERCIO E REPRESENTACOES LTDA

CNPJ: 57.202.418/0001-07

Endereço: AV. ESTADOS UNIDOS

Bairro: JD. NOVA EUROPA

CEP: 13040-099

Fone: 19-3238-9100

E-mail: aimara@aimara.com.br

Nº 429

Cidade: CAMPINAS

Estado:SP

Fax:

Contato:

De conformidade com **Ata de Registro de Preços nº 04/2016**, datada de 13/07/2017, que integra os autos do **Protocolado Administrativo nº 1736/2017 – Pregão nº 25/2017** deverá a empresa **AIMARA COMERCIO E REPRESENTACOES 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 – As entregas serão parceladas a critério e necessidade do Laboratório do HMP, tendo como prazo máximo o período de 10 (dez) dias após emissão da Autorização de Compras;
 - 2.2 Endereço de entrega: Laboratório do Hospital Municipal de Paulínia - Rua Miguel Vicente Cury, nº100 - Nova Paulínia – SP; telefone: 3874-5501/5502
- 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.

Protocolado Administrativo nº 1736/2017

Ata de Registro de Preços 04/2017

Página 1 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

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 15541/2017

CNPJ: 57.202.418/0001-07

Razão Social: AIMARA COMERCIO E REPRESENTACOES LTDA

Item	Descrição	Marca	Unid.	Qtde	Valor Unit.	Valor Total
1	FRASCOS DE HEMOCULTURA PARA PACIENTES ADULTOS CONTENDO 25,0ML DE MEIO DE CULTURA TSB, HEMINA, MENADIONA, ATMOSFERA ENRIQUECIDA COM CO2, SPS E RESINAS PARA INATIVAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS LISE DE LEUCÓCITOS E AUMENTO DA SUPERFÍCIE DE CRESCIMENTO BACTERIANO. CAPACIDADE PARA 3 A 10ML DE SANGUE PACIENTE. OS	BD - BECTON DICKINSON	FRS	750	27,00	20.250,00

Protocolado Administrativo nº 1736/2017
Ata de Registro de Preços 04/2017
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

	FRASCOS DEVERÃO PERMITIR O USO DE SISTEMA DE COLETA DIRETO DO PACIENTE (SCALP).					
2	FRASCOS DE HEMOCULTURA PARA PACIENTES PEDIÁTRICOS CONTENDO 40,0ML DE MEIO DE CULTURA TSB, HEMINA, MENADIONA, ATMOSFERA ENRIQUECIDA COM CO2, SPS E RESINAS PARA INATIVAÇÃO DE ANTIBIÓTICOS LISE DE LEUCÓCITOS E AUMENTO DA SUPERFÍCIE DE CRESCIMENTO BACTERIANO. CAPACIDADE PARA 0,5 A 5,0ML DE SANGUE PACIENTE. OS FRASCOS DEVERÃO PERMITIR O USO DE SISTEMA DE COLETA DIRETO DO PACIENTE (SCALP).	BD - BECTON DICKINSON	FRS	500	27,00	13.500,00
Valor Total						33.750,00

Total: R\$ 33.750,00 (trinta e três mil setecentos e cinquenta reais)

Paulínia,

SECRETÁRIO DE SAÚDE

Dr. Cláudio Ernani Marcondes de Miranda

AIMARA COMERCIO E REPRESENTACOES LTDA

Sr. Ailton Marques Ramos

Código do Banco:	Código da Agência:	Conta Corrente:
001	2857-6	1742-6