



Prefeitura Municipal de São Vicente

*Cidade Monumento da História Pátria
Célula Mater da Nacionalidade*

ATA DE REGISTRO DE PREÇOS Nº 151/2024

PREGÃO ELETRÔNICO Nº 057/24

PROCESSO Nº 06530/24

Aos 17 dias do mês de outubro do ano de 2024, autorizado pelo ato de homologação do processo de **PREGÃO ELETRÔNICO Nº 057/24**, foi expedida a presente Ata de Registro de Preços, de acordo com a Lei Federal Nº 14.133/21 e suas alterações e Lei Municipal Nº 1931-A de 21 de novembro de 2007, que conjuntamente com as condições a seguir estipuladas, regem o relacionamento obrigacional entre ÓRGÃO GERENCIADOR e o DETENTOR DA ATA.

ÓRGÃO GERENCIADOR: PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO VICENTE através da **SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO VICENTE**, inscrito no CNPJ Nº **46.177.523/0001-09**, sediada à Rua Frei Gaspar nº 384, nesta cidade, representada neste ato pela Secretária de Saúde de São Vicente, Sra. Michelle Luís Santos, CPF Nº 340.325.318-03.

1. Consideram-se registrados os seguintes preços do Detentor da Ata: **MATHEUS COMERCIO ATACADISTA LTDA**, CNPJ Nº 45.053.942/0001-76, sediada a Rua Adélio Pinto da Silva, 334, Novo Horizonte, Patos de Minas-MG, CEP-38703578, representada pelo Sr. **MATHEUS LOPES PORTO**, Proprietário, CPF 126.425.316-86 e e-mail matheus.atacadista@hotmail.com.

COTA DE AMPLA PARTICIPAÇÃO

ITEM	CLASSIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DO INSUMO	Quantidade	Unidade	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
08	CARTUCHO CAIXA C/ 25 UNIDADES DE 3,15ML PARA INSULINA HUMALOG DESCRIÇÃO COMPLETA: OBRIGATORIEDADE DE MARCA: ACCU-CHECK SPIRIT (ROCHE) PARA ATENDER AÇÃO JUDICIAL DE ACESSÓRIOS PARA BOMBA DE INSULINA MARCA ACCU-CHECK	18	Unidade	756,50	13.617,00

COTA EXCLUSIVA PARA ME/EPP/MEI

ITEM	CLASSIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DO INSUMO	Quantidade	Unidade	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
57	FRALDA GERIÁTRICA TAMANHO G – MARCA BIGFRAL NOTURNA DERMA PLUS DESCRIÇÃO COMPLETA: PARA ATENDER AÇÃO JUDICIAL COM OBRIGATORIEDADE DE MARCA: BIGFRAL NOTURNA DERMA PLUS TAMANHO G - 12H DE CUIDADO – UNISSEX - PARA INCONTINÊNCIA SEVERA MARCA BIG FRAL NOTURNA DERMA PLUS	4.000	Unidade	4,90	19.600,00
62	FRASCO PARA NUTRIÇÃO ENTERAL DE 300ML	2.000	Unidade	1,50	3.000,00



Prefeitura Municipal de São Vicente

*Cidade Monumento da História Pátria
Célula Mater da Nacionalidade*

DESCRIÇÃO COMPLETA: FRASCO PARA NUTRIÇÃO ENTERAL -
CAPACIDADE 300ML
MARCA PREMA

VALOR TOTAL DA ATA: R\$36.217,00 (TRINTA E SEIS MIL, DUZENTOS E DEZESSETE REAIS)

1.1. A presente Ata de Registro de Preços terá vigência de um ano a contar de sua assinatura, podendo ser prorrogada por igual período, do saldo remanescente.

1.2. O ÓRGÃO GERENCIADOR efetuará seus pedidos ao fornecedor, através da entrega de uma via da Nota de Empenho por onde correrá a despesa, mediante comprovante de recebimento por meio eletrônico (e-mail), na forma descrita no Edital de **PREGÃO ELETRÔNICO SRP Nº 057/24**.

1.3. LOCAIS, PRAZOS E HORÁRIOS DE ENTREGA

1.3.1. A forma de recebimento dos produtos poderá ser parcelada, imediata ou outro prazo estipulado mediante pedido, por meio do envio eletrônico da Autorização de Fornecimento.

1.3.2. Na Autorização de Fornecimento conterá informação que reforce a necessidade de que se vincula a todas as regras previstas em edital e anexos, tal como transcritas integralmente no documento.

1.3.3. Por ocasião da entrega na unidade requisitante os produtos devem apresentar validade equivalente há 18 meses a partir da data de entrega ou no mínimo com 75% do prazo de validade total.

1.3.4. Na hipótese de absoluta impossibilidade de cumprimento desta condição, devidamente justificada e previamente avaliada pela instância fiscal das Atas de Registro de Preços a Secretaria poderá, excepcionalmente, admitir a entrega, obrigando-se o fornecedor, quando acionado, a proceder à imediata substituição, por razão da inviabilidade de utilização dos produtos no período de validade.

1.3.5. Nas notas fiscais deverão constar todos os números de lotes e validade correspondentes às entregas, além de no campo observação, conter o número da Autorização de Fornecimento, Nota de Empenho e dados bancários para pagamento.

1.3.6. Sempre que necessário, a unidade requisitante poderá solicitar as especificações técnicas do produto, estabelecidas pelo fabricante como padrão de qualidade.

1.3.7. LOCAL DE ENTREGA

Os itens solicitados serão entregues de segunda à sexta-feira no **Almoxarifado** da Secretaria da Saúde do Município de São Vicente, situado na Avenida Prefeito José Monteiro, nº 111, Jd. Independência, das 08:00 às 11:00 horas e das 14:00 às 16:00 horas, exceto aos fins de semana, feriados e pontos facultativos.



Prefeitura Municipal de São Vicente

*Cidade Monumento da História Pátria
Célula Mater da Nacionalidade*

1.3.8. PRAZO DE ENTREGA

O prazo para entrega será de no máximo 10 (dez) dias úteis, após o envio da Autorização de Fornecimento, por meio de correio eletrônico.

O prazo de entrega deverá ser feito de acordo com a descrição da autorização de fornecimento.

1.4. DO PAGAMENTO

1.4.1. O pagamento será efetuado após prazo de 30 (trinta) dias das entregas, mediante apresentação da Nota Fiscal, liquidação das despesas e conforme Decreto Municipal 5565-A deverá ser apresentado os seguintes documentos:

- **Requerimento de pagamento (Anexo VIII);**
- **Cópia da Ata de Registro de Preços;**
- **Cópia da Autorização de Fornecimento – AF;**
- **Certidão de Débitos Relativos a Créditos Tributários Federais e à Dívida Ativa da União;**
- **Certidão de Débitos Inscritos na Dívida Ativa do Estado de São Paulo (e-CRDA);**
- **Certidão de Tributos Mobiliários ou Imobiliários, a depender do objeto do contrato;**
- **Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas;**
- **Prova de Regularidade com o FGTS e Contribuições Previdenciárias.**

1.4.2. Se o término do prazo para pagamento ocorrer em dia sem expediente no órgão licitante, o pagamento deverá ser efetuado no primeiro dia útil subsequente.

1.4.3. No caso de devolução da documentação fiscal para correção ou Certidões com validade vencidas, o prazo para pagamento fluirá a partir de sua reapresentação.

1.5. Os preços registrados serão confrontados periodicamente, pelo menos trimestralmente, com os praticados no mercado e assim controlados pelo ÓRGÃO GERENCIADOR.

1.6. As despesas decorrentes dos pedidos de fornecimento correrão à conta da Unidade Orçamentária, a seguir discriminadas,

DIRETORIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E ALMOXARIFADO

Órgão: 16.01 Secretaria da Saúde

Elemento de Despesa: 3.3.90.30.00 ficha 1088 – Verba 100% MAC



Prefeitura Municipal de São Vicente

*Cidade Monumento da História Pátria
Célula Mater da Nacionalidade*

1.7. Esta Ata de Registro de Preços não obriga a Administração a firmar as contratações com o Detentor da Ata, podendo, inclusive, firmar para um o mais item constante do lote registrado, ficando-lhe facultada a utilização de outros meios, assegurada, hipótese, a preferência do beneficiário do registro em igualdade de condições.

1.8. O descumprimento do prazo de entrega sujeitará o fornecedor às sanções, previstas no Edital de **PREGÃO ELETRÔNICO nº 057/24**, que desta Ata faz parte integrante.

1.9. O Registro de Preços poderá ser suspenso ou cancelado no interesse da Administração ou a pedido justificado do interessado, presente às razões orientadas pela Teoria da Imprevisão.

1.10. O **DETENTOR DA ATA** deverá manter, enquanto vigorar o Registro de Preços e em compatibilidade com as obrigações por ele assumidas, todas as condições da habilitação e qualificação exigidas no Edital de **PREGÃO ELETRÔNICO nº 057/24**.

1.11. Faz parte integrante desta **Ata de Registro de Preços**, aplicando-lhe todos os seus dispositivos, o Edital de **PREGÃO ELETRÔNICO nº 057/24**, a Nota de Empenho com os termos aditados e a Proposta da detentora da Ata naquilo que não contrariar as presentes disposições.

1.12. O **DETENTOR DA ATA** será representada durante a sua execução na qualidade de seu preposto, pelo Sr. **MATHEUS LOPES PORTO**, CPF nº 126.425.316-86, especialmente designado para esse fim.

1.13. O **ÓRGÃO GERENCIADOR** será representada durante a sua execução da Ata pela Farmacêutica Ana Letícia Prette Bazoli, CPF nº 373.632.308-54 (Gestor do Contrato) e pela Farmacêutica Raquel Munhoz Ferreira, CPF nº 308.783.648-62 (Fiscal do Contrato), ou a quem vier a substituí-la no cargo, representante da SECRETARIA DE SAÚDE DE SÃO VICENTE.

1.14. As questões oriundas desta Ata e do Procedimento Licitatório que a precedeu, serão dirimidas no Foro da Comarca de São Vicente - SP, esgotadas as vias administrativas.

1.15. Para constar, foi lavrada a presente Ata de Registro de Preços, que vai assinada pela Dra. Michelle Luis Santos, Secretária de Saúde de São Vicente e pelo Sr. **MATHEUS LOPES PORTO**, qualificado preambularmente, representando a detentora e testemunhas abaixo.



Prefeitura Municipal de São Vicente

*Cidade Monumento da História Pátria
Célula Mater da Nacionalidade*

Michelle Luís Santos
Secretária Municipal de Saúde de São Vicente

MATHEUS LOPES PORTO
MATHEUS COMERCIO ATACADISTA LTDA

Testemunhas:

Nome:
CPF Nº:

Nome:
CPF Nº: