



Prefeitura Municipal de São Vicente

Cidade Monumento da História Pátria
Célula Mater da Nacionalidade

ATA DE REGISTRO DE PREÇOS N° 139/24

PREGÃO ELETRÔNICO N° 024/24

PROCESSO N° 05343/24

Aos 06 dias do mês de setembro do ano de 2024, autorizado pelo ato de homologação do processo de PREGÃO ELETRÔNICO N° 024/24, foi expedida a presente Ata de Registro de Preços, de acordo com a Lei Federal N° 14.133/21 e suas alterações e Lei Municipal N° 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 N° 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 N° 340.325.318-03.

1. Consideram-se registrados os seguintes preços do Detentor da Ata: **Drogaria Popular Melhor Preço RGS LTDA**, CNPJ N° 31.538.876/0001-10, sediada a Rua José Mauro Lacava,341, Jardim Guapituba, Mauá-SP, CEP 09360390, representada pelo Sr. **Luan Henrique Pereira Feitosa**, **Diretor**, CPF **458.922.358-90** e E-mail licitacao@drogariamelhorpreco.com

COTA EXCLUSIVA PARA ME/EPP/MEI

ITEM	CLASSIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DA DIETA ALIMENTAR	Quantidade	Unidade	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL
31	FÓRMULA INFANTIL À BASE DE SOJA Nº 2 LATA 800G DESCRIÇÃO COMPLETA: LEITE PARA LACTENTES À BASE DE SOJA Nº2 PARA CRIANÇA A PARTIR DO 6º MÊS MARCA: NAN 2 OU APTAMIL 2	38	Lata	R\$78,00	R\$ 2.964,00
37	NEO ADVANCE POTE 400G - DIETA ALIMENTAR PARA CRIANÇAS ACIMA DE 1 ANO (PARA ATENDER AÇÃO JUDICIAL) DESCRIÇÃO COMPLETA: NEO ADVANCE POTE 400GR - DIETA ALIMENTAR PARA CRIANÇAS ACIMA DE 1 ANO (PARA ATENDER AÇÃO JUDICIAL) OBRIGATÓRIO ATENDER A MARCA SOLICITADA NO PROCESSO	50	Pote	R\$200,00	R\$ 10.000,00

VALOR TOTAL DA ATA: R\$12.964,00 (DOZE MIL, NOVECENTOS E SESENTA E QUATRO 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.



Prefeitura Municipal de São Vicente

*Cidade Monumento da História Pátria
Célula Mater da Nacionalidade*

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 N° 024/24.

1.3. LOCAIS, PRAZOS E HORÁRIOS DE ENTREGA

1.3.1. A forma de entrega dos produtos será mediante pedido, por meio do envio eletrônico da Autorização de Fornecimento.

1.3.2. Na Autorização de Fornecimento conterà 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 validades 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. Os produtos adquiridos pela Secretaria Municipal da Saúde serão acompanhados de laudos de análise do fabricante para cada lote entregue. Sempre que necessário, a unidade requisitante poderá solicitar as especificações técnicas do produto, estabelecidas pelo fabricante como padrão de qualidade.

1.3.7. Reserva-se o direito à unidade requisitante de solicitar a qualquer momento amostras para análise, a fim de comprovar a qualidade do produto ofertado, subsidiando assim a opção técnica.

1.3.8. LOCAL DE ENTREGA

Os itens solicitados serão entregues de segunda à sexta-feira no Almoxarifado da Diretoria da Assistência Farmacêutica e Almoxarifado da Secretaria da Saúde do Município de São Vicente, situado



Prefeitura Municipal de São Vicente

*Cidade Monumento da História Pátria
Célula Mater da Nacionalidade*

na Avenida Prefeito José Monteiro, nº 111, Jardim Independência, São Vicente/São Paulo, das 09:00 às 11:00 horas e das 14:00 às 16:00 horas, exceto aos fins de semana, feriados e pontos facultativos.

1.3.9. PRAZO DE ENTREGA

O prazo de entrega deverá ser de no máximo 10 (dez) dias úteis contados a partir da data de recebimento da Autorização de Fornecimento (AF).

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 a 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 validades 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, dotação orçamentária:

Elemento de Despesa 3.3.90.30.00

Previsão aproximada de recursos aplicados: 100% Verba MAC ficha 1088.

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



Prefeitura Municipal de São Vicente

*Cidade Monumento da História Pátria
Célula Mater da Nacionalidade*

beneficiário do registro em igualdade de condições, nos termos do Parágrafo Quarto, Artigo 15, da Lei Federal nº 8.666/93 e suas alterações.

1.8. O descumprimento do prazo de entrega sujeitará o fornecedor às sanções, previstas no Edital de PREGÃO ELETRÔNICO nº 024/24, 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 24/24.

1.11. Faz parte integrante desta Ata de Registro de Preços, aplicando-lhe todos os seus dispositivos, o Edital de **PREGÃO ELETRÔNICO nº 24/24**, 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. **Luan Henrique Pereira Feitosa**, CPF nº 458.922.358-90, 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 Luís Santos, Secretária de Saúde de São Vicente e pelo Sr. **Luan Henrique Pereira Feitosa**, qualificado preambularmente, representando a detentora e testemunhas abaixo.

Michelle Luís Santos
Secretária Municipal de Saúde de São Vicente

EMPRESA



Prefeitura Municipal de São Vicente
Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade

Testemunhas:

Nome:
CPF Nº:

Nome:
CPF Nº:



Prefeitura Municipal de São Vicente

*Cidade Monumento da História Pátria
Cellula Mater da Nacionalidade*

TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO

CONTRATANTE: PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO VICENTE

CONTRATADO: **Drogaria Popular Melhor Preço RGS LTDA**

OBJETO: Constitui objeto da presente licitação o registro de preços de **DIETAS ALIMENTARES**, para atender os pacientes de ações judiciais da Secretaria da Saúde do Município de São Vicente, conforme especificações contidas no presente Termo de Referência, pelo período de 12 (doze) meses.

Pelo presente TERMO, nós, abaixo identificados:

1. Estamos CIENTES de que:

- a) o ajuste acima referido, seus aditamentos, bem como o acompanhamento de sua execução contratual, estarão sujeitos a análise e julgamento pelo Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, cujo trâmite processual ocorrerá pelo sistema eletrônico;
- b) poderemos ter acesso ao processo, tendo vista e extraindo cópias das manifestações de interesse, Despachos e Decisões, mediante regular cadastramento no Sistema de Processo Eletrônico, em consonância com o estabelecido na Resolução nº 01/2011 do TCESP;
- c) além de disponíveis no processo eletrônico, todos os Despachos e Decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, Caderno do Poder Legislativo, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, em conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar nº 709, de 14 de janeiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais, conforme regras do Código de Processo Civil;
- d) as informações pessoais dos responsáveis pela contratante e interessados estão cadastradas no módulo eletrônico do “Cadastro Corporativo TCESP – Cad TCESP”, nos termos previstos no Artigo 2º das Instruções nº01/2020, conforme “Declaração(ões) de Atualização Cadastral” anexa(s);
- e) é de exclusiva responsabilidade do contratado manter seus dados sempre atualizados.

2. Damo-nos por NOTIFICADOS para:

- a) O acompanhamento dos atos do processo até seu julgamento final e consequente publicação;
- b) Se for o caso e de nosso interesse, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o



Prefeitura Municipal de São Vicente

*Cidade Monumento da História Pátria
Célula Mater da Nacionalidade*

direito de defesa, interpor recursos e o que mais couber.

São Vicente, 06 de setembro de 2024

AUTORIDADE MÁXIMA DO ÓRGÃO/ENTIDADE

Nome: KAYO FELYPE NACHTAJLER AMADO

Cargo: PREFEITO

CPF: 325.762.868-44

RESPONSÁVEIS PELA HOMOLOGAÇÃO DO CERTAME

Nome: Michelle Luis Santos

Cargo: Secretária Municipal da Saúde

CPF: 340.325.318-03

Assinatura: _____

RESPONSÁVEIS QUE ASSINARAM O AJUSTE:

Pelo contratante:

Nome: Michelle Luis Santos

Cargo: Secretária Municipal da Saúde

CPF: 340.325.318-03

Assinatura: _____

Pela contratada:

Nome: Luan Henrique Pereira Feitosa

Cargo: Diretor

CPF: 458.922.358-90

Assinatura: _____

ORDENADOR DE DESPESAS DA CONTRATANTE:



Prefeitura Municipal de São Vicente

*Cidade Monumento da História Pátria
Célula Mater da Nacionalidade*

Nome: Michelle Luis Santos

Cargo: Secretária Municipal da Saúde

CPF: 340.325.318-03

Assinatura: _____

GESTOR(ES) DO CONTRATO:

Nome: Ana Letícia Prette Bazoli

Cargo: Farmacêutica

CPF: 373.632.308-54

Assinatura: _____

Nome: Raquel Munhoz Ferreira

Cargo: Farmacêutica

CPF: 308.783.648-62

Assinatura: _____

DEMAIS RESPONSÁVEIS (*):

Tipo de ato sob sua responsabilidade: Pregoeira

Nome: KATIA KAZUE UETA

Cargo: Técnica de Compras

CPF: 169.574.568-03

Assinatura: _____