Processo - COVID-19

Em atendimento ao Comunicado SDG n° 18/2020, do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, e ao Ofício Circular CGCSS/GC n° 08/2020, da Secretaria de Estado da Saúde.

Unidade	Processo	Data
COMPLEXO HOSPITALAR MUNICIPAL DE S.B.C	**Aquisição e/ou Contratação PROC nº: 52137/2020**	**27/03/2020**

Item	Roteiro		C	NC	NA
1	**nº do Processo**	52137	X		
2	***Fundamento Legal**	REGULAMENTO INTERNO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES DA FUABC E MANTIDAS	X		
3	**Nome do contratado**	DE PAULI COMERCIO REPRE. IMPORT. E EXPOR. LTDA / GLOBOMED COMERCIAL LTDA / CBS MED. CIENTIFICA COM. E REPRESENTACAO LTDA	X		
4	**CNPJ**	03.951.140/00001-33 - 00.637.825/0001-11 - 48.791.685/0001-68	X		
5	**Objeto com detalhamento**	CANULAS PARA TRAQUEOSTOMIA AJUSTAVEL PARA OBESO	X		
6	**Valor**	R$ 646,16 (seiscentos e quarenta e seis reais e dezesseis centavos)	X		
7	**Data**	27/03/2020	X		
8	**Prazo Contratual**				X
9	**Termo de Referência ou Edital**				X
10	**Instrumento contratual**	86062 / 86063 / 86064			
11	**Nota de empenho**				X
12	**Nota de liquidação**				X
13	**Destinação dos bens adquiridos ou de prestação de serviços**	COMPLEXO HOSPITALAR MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMPO	X		
14	**Anexar extrato em pdf com todas as informações no site da FUABC - editais COVID-19**		X		

	Comentários	Responsável (nome e assinatura)
		SILAS DIAS

LEGENDA:
C ==> CONFORME
NC => NÃO CONFORME
NA => NÃO APLICÁVEL

*2- Fundamento legal: Regulamento Interno de Compras e Contratações da FUABC e Mantidas

Ord. Compra: 86062 Solicitação: 52137 Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA

Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 27/03/2020

Fornecedor: 34 DE PAULI - DE PAULI COMERCIO REPRE. IMPORT. E EXPOR. LTDA
CNPJ/CPF: 03.951.140/0001-33 Insc Est.: 115994044112
Endereço: RUA SAO FRANCISCO DO VERMELHO Nr.: 090 Compl.:
Bairro: ENG. GOULARD Cep: 03572513
Cidade: SAO PAULO UF: SP Conta: 19874 - 9 Agência: 0298 - 4 Banco: 1
Contato(s):

Fax : (11) 2621-8884

E-Mail : ELAINE.DEPAULI@TERRA.COM.BR

Telefone Comercial : (11)2621-0387

Comprador: COMPLEXO HOSPITALAR MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMP-MATRIZ
Endereço: DOS ALVARENGAS Nº 1001 CNPJ: 57.571.275/0017-60
Cidade: SAO BERNARDO DO CAMPO Insc. Est.: ISENTO
Bairro: ASSUNÇÃO Fone/Fax: -
Responsável: DANIEL AUGUSTO BORDON CEP: 09850550 UF: SP

Sr. Fornecedor: Caro Fornecedor, através desse e-mail, solicitamos que ao emitir a Nota Fiscal e incluir a Ordem de Compra (OC), que sejam atribuídas somente as OC's referente à DESPESA EFETIVA faturada.
Por força de Lei e como Organização Social de Saúde somos auditados e prestamos contas de todas as nossas despesas junto ao Tribunal de Contas de São Paulo, onde o mesmo exige a correlação exata entre os materiais constantes na nota fiscal e suas respectivas Ordens de Compra.
Entrega de produtos: somente deverá ocorrer após programação encaminhada pelo PCP.
Serviços: início da execução conforme acordado com a área técnica responsável.
Validade dos produtos: prazo mínimo de 12 meses. Serão aceitos produtos com prazo de validade menor, desde que previamente autorizado pelo CHMSBC e com carta de compromisso de troca.
PAGAMENTO: somente depósito bancário. As NFs deverão ser emitidas por unidade do CHMSBC, conforme OC.
O prazo de pagamento acordado na OC será iniciado a partir do RECEBIMENTO dos produtos e da NF e será efetuado na data fixa mais próxima (7, 14, 21 ou 28 de cada mês).
Exemplo: Contaremos 30 (trinta) dias para vencimento da Nota Fiscal, tomando como base a ¿data de entrada¿ (02/09/2019), ou seja, 02/10/2019. Neste exemplo, teremos como data fixa de pagamento mais próxima, o dia 07 de outubro de 2019.
OBRIGATÓRIO informar na NF: nº da Ordem de Compra, dados bancários, produto, quantidade, marca, lote, validade, embalagem e a seguinte frase "Despesa realizada com base no contrato de gestão SS nº 001.2018 com a PMSBC".
Entregas em desacordo com a Ordem de Compra serão devolvidas. Horário de entrega: das 8h00 às 11h30 e das 13h30 às 16h30.

Obs:_____

Cód. Condição de Pgto.: 7 Desc. Condição de Pgto.: 30 DIAS
Período p/ Entrega: 27/03/2020 à 28/09/2020 Moeda: R$ -
% Desc: 0,00 Vl Desc: 0,00 Vl ICMS: 0,00
Observação: ID: 101577389

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	Vl.Unit.	Vl Desc.	%Des	Vl IMP	Vl Total
533 - CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA DE METAL INTERMEDIARIO N°03	FRADEL			UNIDADE	2,0000	30,6800	0,0000	0,00	0,0000	61,36

Especificação: CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA DE METAL INTERMEDIARIA N° 03, SUPERFICIE LISA, PONTA ARREDONDADA, FORMATO ANATOMICO, HASTES LATERAIS PARA FIXACAO E FIO GUIA
Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	61,36
Valor Total do Frete(C.I.F.), Não Incluso na Nota:	0,00
Valor Total do Imposto:	0,00
Valor dos Descontos(-):	0,00
Valor Outros (+):	0,00
Valor Total (=):	61,36

GERENTE	COORDENADOR		
Data	Data	Data	Data

SUPRI-01-283

Ord. Compra: 86063 Solicitação: 52137 Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA

Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 27/03/2020

Fornecedor: 6892 GLOBOMED - GLOBOMED COMERCIAL LTDA
CNPJ/CPF: 00.637.825/0001-11 Insc Est.: 114357497111
Endereço: ALENCAR ARARIPE Nr.: 574 Compl.:
Bairro: SACOMA Cep: 04253000
Cidade: SAO PAULO UF: SP Conta: 11200 - 8 Agência: 237 - Banco: 341
Contato(s):

E-Mail : RODRIGO@GLOBOMED.COM.BR

Comprador: COMPLEXO HOSPITALAR MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMP-MATRIZ
Endereço: DOS ALVARENGAS Nº 1001 CNPJ: 57.571.275/0017-60
Cidade: SAO BERNARDO DO CAMPO Insc. Est.: ISENTO
Bairro: ASSUNÇÃO Fone/Fax: -
Responsável: DANIEL AUGUSTO BORDON CEP: 09850550 UF: SP

Sr. Fornecedor: Caro Fornecedor, através desse e-mail, solicitamos que ao emitir a Nota Fiscal e incluir a Ordem de Compra (OC), que sejam atribuídas somente as OC's referente à DESPESA EFETIVA faturada.
Por força de Lei e como Organização Social de Saúde somos auditados e prestamos contas de todas as nossas despesas junto ao Tribunal de Contas de São Paulo, onde o mesmo exige a correlação exata entre os materiais constantes na nota fiscal e suas respectivas Ordens de Compra.
Entrega de produtos: somente deverá ocorrer após programação encaminhada pelo PCP.
Serviços: início da execução conforme acordado com a área técnica responsável.
Validade dos produtos: prazo mínimo de 12 meses. Serão aceitos produtos com prazo de validade menor, desde que previamente autorizado pelo CHMSBC e com carta de compromisso de troca.
PAGAMENTO: somente depósito bancário. As NFs deverão ser emitidas por unidade do CHMSBC, conforme OC.
O prazo de pagamento acordado na OC será iniciado a partir do RECEBIMENTO dos produtos e da NF e será efetuado na data fixa mais próxima (7, 14, 21 ou 28 de cada mês).
Exemplo: Contaremos 30 (trinta) dias para vencimento da Nota Fiscal, tomando como base a ¿data de entrada¿ (02/09/2019), ou seja, 02/10/2019. Neste exemplo, teremos como data fixa de pagamento mais próxima, o dia 07 de outubro de 2019.
OBRIGATÓRIO informar na NF: nº da Ordem de Compra, dados bancários, produto, quantidade, marca, lote, validade, embalagem e a seguinte frase "Despesa realizada com base no contrato de gestão SS nº 001.2018 com a PMSBC".
Entregas em desacordo com a Ordem de Compra serão devolvidas. Horário de entrega: das 8h00 às 11h30 e das 13h30 às 16h30.

Obs:

Cód. Condição de Pgto.: 8 Desc. Condição de Pgto.: 45 DIAS
Período p/ Entrega: 27/03/2020 à 28/09/2020 Moeda: R$ -
% Desc: 0,00 Vl Desc: 0,00 Vl ICMS: 0,00
Observação: ID: 101577389

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	Vl.Unit.	Vl Desc.	%Des	Vl IMP	Vl Total
653 - CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA AJUSTAVEL P/ OBESO N.9,0	MALLINCKRODT			UNIDADE	2,0000	23,9000	0,0000	0,00	0,0000	47,80

Especificação: CANULA PARA TRAQUEOSTOMIA AJUSTAVEL PARA OBESO Nº 9,0
ASA DE FIXACAO AJUSTAVEL COM FACIL DESLOCAMENTO PARA SE ADEQUAR A PACIENTES QUE TENHAM A TRAQUEIA MAIOR QUE A HABITUAL, OBESOS OU COM TUMOR LOCALIZADO EM AREAS QUE COINCIDAM COM OS CUFFS TRADICIONAIS;CONFECCIONADO EM CLORETO DE POLIVINILA (PVC) SILICONIZADO; COM MARCACOES A CADA 1 CM PARA FACILITAR O POSICIONAMENTO NO PACIENTE; RIGIDEZ INICIAL COMBINADA COM EXCELENTES PROPRIEDADES DE DESLIZE FACILITANDO A INSERCAO DA CANULA; ACABAMENTO ARREDONDADO QUE PROPICIA MAIOR CONFORTO AO PACIENTE; CANULA COM FORMATO ANATOMICO AJUSTA-SE A ANATOMIA NATURAL DO PACIENTE DIMINUINDO O RISCO DE TRAUMA E COMPLICACOES; HASTE DE FIXACAO TERMOSENSIVEL; DISPONIVEL COM OU SEM CUFF (ALTO VOLUME E BAIXA PRESSAO); A ACAO DO CUFF E AJUSTAR A PRESSAO DO BALAO DURANTE O CICLO RESPIRATORIO MINIMIZANDO O RISCO DE TRAUMA NA TRAQUEIA; SOMENTE UMA MINIMA PRESSAO E NECESSARIA PARA FORMAR A VEDACAO NA TRAQUEIA EVITANDO ASPIRACAO E VAZAMENTO DE AR; BALAO PILOTO COM IMPORTANTES INFORMACOES; VALVULA ONE-WAY QUE FACILITA A MANUTENCAO DO CUFF INFLADO. DE COR AZUL ALTAMENTE VISIVEL PARA PREVENIR LESOES ACIDENTAIS; CONECCAO PADRAO DE 15 MM; INTRODUTOR DESENHADO COM CARACTERISTICAS ESPECIAIS PARA MINIMIZAR TRAUMAS DURANTE INSERCAO;

Detalhamento:

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	Vl.Unit.	Vl Desc.	%Des	Vl IMP	Vl Total
531 - CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA AJUSTAVEL P/ OBESO N°10	TRACHEOS OFT			UNIDADE	3,0000	23,9000	0,0000	0,00	0,0000	71,70

Especificação: CANULA PARA TRAQUEOSTOMIA AJUSTAVEL PARA OBESO Nº 10,0
ASA DE FIXACAO AJUSTAVEL COM FACIL DESLOCAMENTO PARA SE ADEQUAR A PACIENTES QUE TENHAM A TRAQUEIA MAIOR QUE A HABITUAL, OBESOS OU COM TUMOR LOCALIZADO EM AREAS QUE COINCIDAM COM OS CUFFS TRADICIONAIS; CONFECCIONADO EM CLORETO DE POLIVINILA (PVC) SILICONIZADO;
COM MARCACOES A CADA 1 CM PARA FACILITAR O POSICIONAMENTO NO PACIENTE; RIGIDEZ INICIAL COMBINADA COM EXCELENTES PROPRIEDADES DE DESLIZE FACILITANDO A INSERCAO DA CANULA; ACABAMENTO ARREDONDADO QUE PROPICIA MAIOR CONFORTO AO PACIENTE; CANULA COM FORMATO ANATOMICO AJUSTA-SE A ANATOMIA NATURAL DO PACIENTE DIMINUINDO O RISCO DE TRAUMA E COMPLICACOES; HASTE DE FIXACAO TERMOSENSIVEL; DISPONIVEL COM OU SEM PROFILE ¿CUFF¿ (ALTO VOLUME E BAIXA PRESSAO); A ACAO DO CUFF PROFILE E AJUSTAR A PRESSAO DO BALAO DURANTE O CICLO RESPIRATORIO MINIMIZANDO O RISCO DE TRAUMA NA TRAQUEIA; SOMENTE UMA MINIMA PRESSAO E NECESSARIA PARA FORMAR A VEDACAO NA TRAQUEIA EVITANDO ASPIRACAO E VAZAMENTO DE AR; BALAO PILOTO COM IMPORTANTES INFORMACOES; VALVULA ¿ONE-WAY¿ QUE FACILITA A MANUTENCAO DO CUFF INFLADO. DE COR AZUL ALTAMENTE VISIVEL PARA PREVENIR LESOES ACIDENTAIS; CONECCAO PADRAO DE 15 MM; INTRODUTOR DESENHADO COM CARACTERISTICAS ESPECIAIS PARA MINIMIZAR TRAUMAS DURANTE INSERCAO; FORNECIDO COM FITA PARA FIXACAO

Detalhamento:

13582 - CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA LONGA AUTOAJUSTÁVEL Nº7,0	TRACHEOS OFT			UNIDADE	2,0000	23,9000	0,0000	0,00	0,0000	47,80

Especificação: CANULA P/ TRAQUEOSTOMIA LONGA AUTOAJUSTÁVEL Nº7,0

Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	167,30
Valor Total do Frete(C.I.F.), Não Incluso na Nota:	0,00
Valor Total do Imposto:	0,00
Valor dos Descontos(-):	0,00
Valor Outros (+):	0,00
Valor Total (=):	167,30

GERENTE	COORDENADOR		
Data	Data	Data	Data

SUPRI-01-283

Ord. Compra: 86064 Solicitação: 52137 Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA

Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 27/03/2020

Fornecedor: 328 CBS - CBS MED. CIENTIFICA COM. E REPRESENTACAO LTDA
CNPJ/CPF: 48.791.685/0001-68 Insc Est.: 109793103114
Endereço: ANDRE DE LEAO Nr.: 107 Compl.:
Bairro: VILA SOCORRO Cep: 04762030
Cidade: SAO PAULO UF: SP Conta: 4400 - 8 Agência: 3344 - 8 Banco: 1
Contato(s): ANTONIO

Telefone Comercial : (11) 3347-2727

Celular : (11) 99991-9221

E-Mail : ADRIANA.MARTINS@CBSMED.COM.B

Comprador: COMPLEXO HOSPITALAR MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMP-MATRIZ
Endereço: DOS ALVARENGAS Nº 1001 CNPJ: 57.571.275/0017-60
Cidade: SAO BERNARDO DO CAMPO Insc. Est.: ISENTO
Bairro: ASSUNÇÃO Fone/Fax: -
Responsável: DANIEL AUGUSTO BORDON CEP: 09850550 UF: SP

Sr. Fornecedor: Caro Fornecedor, através desse e-mail, solicitamos que ao emitir a Nota Fiscal e incluir a Ordem de Compra (OC), que sejam atribuídas somente as OC's referente à DESPESA EFETIVA faturada.
Por força de Lei e como Organização Social de Saúde somos auditados e prestamos contas de todas as nossas despesas junto ao Tribunal de Contas de São Paulo, onde o mesmo exige a correlação exata entre os materiais constantes na nota fiscal e suas respectivas Ordens de Compra.
Entrega de produtos: somente deverá ocorrer após programação encaminhada pelo PCP.
Serviços: início da execução conforme acordado com a área técnica responsável.
Validade dos produtos: prazo mínimo de 12 meses. Serão aceitos produtos com prazo de validade menor, desde que previamente autorizado pelo CHMSBC e com carta de compromisso de troca.
PAGAMENTO: somente depósito bancário. As NFs deverão ser emitidas por unidade do CHMSBC, conforme OC.
O prazo de pagamento acordado na OC será iniciado a partir do RECEBIMENTO dos produtos e da NF e será efetuado na data fixa mais próxima (7, 14, 21 ou 28 de cada mês).
Exemplo: Contaremos 30 (trinta) dias para vencimento da Nota Fiscal, tomando como base a ¿data de entrada¿ (02/09/2019), ou seja, 02/10/2019. Neste exemplo, teremos como data fixa de pagamento mais próxima, o dia 07 de outubro de 2019.
OBRIGATÓRIO informar na NF: nº da Ordem de Compra, dados bancários, produto, quantidade, marca, lote, validade, embalagem e a seguinte frase "Despesa realizada com base no contrato de gestão SS nº 001.2018 com a PMSBC".
Entregas em desacordo com a Ordem de Compra serão devolvidas. Horário de entrega: das 8h00 às 11h30 e das 13h30 às 16h30.

Obs:

Cód. Condição de Pgto.: 9 Desc. Condição de Pgto.: 60 DIAS
Período p/ Entrega: 27/03/2020 à 28/09/2020 Moeda: R$ -
% Desc: 0,00 Vl Desc: 0,00 Vl ICMS: 0,00
Observação: ID: 101577389

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	Vl.Unit.	Vl Desc.	%Des	Vl IMP	Vl Total
19825 - CANULA PARA TRAQUEOSTOMIA N° 5	BCI			UNIDADE	10,0000	41,7500	0,0000	0,00	0,0000	417,50

Especificação: CANULA PARA TRAQUEOSTOMIA, EM PVC SILICONIZADO TERMOSENSIVEL TRANSPARENTE, DESCARTAVEL, COM BALÃO, CONECTOR COLOCADO, PLACA (ASA) DE FIXAÇÃO FLEXIVEL, NUMERO 5.
DIMENSÃO INTERNA: 5,0MM - DIMENSÃO EXTERNA: 7,3MM - COMPRIMENTO: 47
Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	417,50
Valor Total do Frete(C.I.F.), Não Incluso na Nota:	0,00
Valor Total do Imposto:	0,00
Valor dos Descontos(-):	0,00
Valor Outros (+):	0,00
Valor Total (=):	417,50

GERENTE	COORDENADOR		
Data	Data	Data	Data

SUPRI-01-283