

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 n°: 51779/2020	10/03/2020		
Item	Roteiro	C	NC	NA	
1	n° do Processo	51779	X		
2	*Fundamento Legal	REGULAMENTO INTERNO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES DA FUABC E MANTIDAS	X		
3	Nome do contratado	SOMA/MG PRODUTOS HOSPITALARES LTDA / COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA	X		
4	CNPJ	12.927.876/0001-67 / 67.729.178/0004-91	X		
5	Objeto com detalhamento	ÁLCOOL GEL HOSPITALAR (PARA MÃOS)	X		
6	Valor	R\$ 4.476,8376 (quatro mil e quatrocentos e setenta e seis reais e oitenta e quatro centavos)	X		
7	Data	10/03/2020	X		
8	Prazo Contratual				X
9	Termo de Referência ou Edital				X
10	Instrumento contratual	85415 / 85416			
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: 85415 Solicitação: 51779 Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA

Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 10/03/2020

Fornecedor: 12302 SOMA/MG - SOMA/MG PRODUTOS HOSPITALARES LTDA
CNPJ/CPF: 12.927.876/0001-67 Insc Est.:
Endereço: EST PEDRO ROSA DA SILVA Nr.: 515 Compl.:
Bairro: RESIDENCIAL PARK Cep: 37640000
Cidade: EXTREMA UF: MG Conta: 5240 - X Agência: 3415 - 0 Banco: 1
Contato(s):

E-Mail : TELEVENDAS1.SP@DIMACISP.COM.B

Telefone Comercial : (11)4122-9800

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.: ISENT0
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: 10/03/2020 à 06/03/2020 Moeda: R\$ -
% Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00
Observação: ID: 101013160

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
7455 - ALCOOL GEL HOSPITALAR (PARA MÃOS)	INDALABO	R		FRASCO	324,0000	6,1174	0,0000	0,00	0,0000	1.982,04
Especificação: PREPARAÇÃO ALCOÓLICA PARA HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS SOB A FORMA DE GEL, CONTENDO ÁLCOOL NA CONCENTRAÇÃO FINAL MÍNIMA DE 70% COM ATIVIDADE ANTIBACTERIANA, FUNGICIDA E VIRUCIDA COMPROVADA POR TESTES LABORATORIAIS E EMOLIENTES EM SUA FORMULAÇÃO PARA EVITAR O RESSECAMENTO DA PELE; REGULARIZAÇÃO JUNTO A ANVISA E MINISTÉRIO DA SAÚDE COM DOCUMENTOS COMPROVATÓRIOS. APRESENTAÇÃO DO FRASCO COM VOLUME DE ATÉ 500ML E TAMPA TIPO PUMP; PODE ACOMPANHAR SUPORTE DESMONTÁVEL E ADAPTÁVEL A SUPERFÍCIES E QUE PERMITA ADEQUADA HIGIENIZAÇÃO DO MESMO										

Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	1.982,04
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 (=):	1.982,04

GERENTE	COORDENADOR		
Data	Data	Data	Data

SUPRI-01-283

Ord. Compra: 85416 Solicitação: 51779 Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA
Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 10/03/2020
Fornecedor: 14078 RIOCLARENSE - FILIAL- COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
CNPJ/CPF: 67.729.178/0004-91 Insc Est.:
Endereço: SAUDADE Nr.: 45 Compl.:
Bairro: CAMPO DA MOGIANA Cep: 37701331
Cidade: POCOS DE CALDAS UF: MG Conta: 700000 - 6 Agência: 5119 - 5 Banco: 1
Contato(s):
Telefone Comercial : (19)3522-5808
E-Mail : RIOCLARENSE.TATIANA@IG.COM.BR
Fax : 3644-3232

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: 10/03/2020 à 06/03/2020 Moeda: R\$ -
% Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00
Observação: ID: 101013160

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
7454 - ALCOOL GEL HOSPITALAR (PARA MÃOS) - 100 ML	VIC PHARMA			FRASCO	1.512,0000	1,6500	0,0000	0,00	0,0000	2.494,80
Especificação: ALCOOL GEL PARA MÃOS USO HOSPITALAR EXCIPIENTES : ESTER DE GLICERINA 26, PROPILENOGLICOL, AMINO METIL PROPANOL, POLIMERO CARBOXIVINILICO, BENZOATO DE DENATONIUM E AGUA PURIFICADA QSP 100. COM LAUDOS COMPROVANDO COMPOSIÇÃO E AÇÃO BACTERICIDA, FUNGICIDA E VIRUCIDA. REGISTRO NA ANVISA E MINISTÉRIO DA SAÚDE										

Detalhamento:

Total dos Produtos(+): 2.494,80
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 (=): 2.494,80

GERENTE	COORDENADOR		
Data	Data	Data	Data

SUPRI-01-283