

Ord. Compra: 85403 Solicitação: 51774 Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA

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

Fornecedor: 7978 ORTOPEDIA CAMPOS - ORTOPEDIA CAMPOS SALLES LTDA
CNPJ/CPF: 57.894.297/0001-01 Insc Est.:
Endereço: CAMPOS SALES Nr.: 522 Compl.:
Bairro: CENTRO Cep: 09015200
Cidade: SANTO ANDRE UF: SP Conta: 1826 - 0 Agência: 264 - X Banco: 1
Contato(s):

Telefone Comercial : (11) 4438-8988

E-Mail : CONTATO@CAMPOSSALLES.COM

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.: 9 Desc. Condição de Pgto.: 60 DIAS
Período p/ Entrega: 10/03/2020 à 10/08/2020 Moeda: R\$ -
% Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00
Observação: PC 51774 2020
CONFORME ID 100956199

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
1527 - MASCARA P/TUBERCULOSE N95 DESC	GRAZIA			UNIDADE	8.800,0000	10,7000	0,0000	0,00	0,0000	94.160,00
Especificação: MASCARA P/ TUBERCULOSE N 95 DESCARTAVEL MASCARA PARA PROTECAO CONTRA TUBERCULOSE - MASCARA PARA PROTECAO CONTRA O BACILO DA TUBERCULOSE, CONTRA EMISSAO DE PARTICULAS OU VAPORES NOCIVOS, CONFECCIONADA EM NAO TECIDO (SMS), CONSTITUIDA DE CAMADAS FILTRANTES DE FIBRA SINTETICA TRATADAS ELETROSTATICAMENTE, COM DUAS TIRAS DE ELASTICO PARA FIXACAO. EMBALAGEM ADEQUADA CONSTANDO EXTERNAMENTE DADOS DE IDENTIFICACAO, PROCEDÊNCIA, PRAZO DE VALIDADE E ATENDER A LEGISLACAO SANITARIA VIGENTE E PERTINENTE AO PRODUTO.										

Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	94.160,00
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 (=):	94.160,00

GERENTE	COORDENADOR		
Data	Data	Data	Data

SUPRI-01-283

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 São Bernardo do Campo		Aquisição e/ou Contratação PROC n°: 51774/2020	10/03/2020		
Item	Roteiro	C	NC	NA	
1	n° do Processo	51774	X		
2	*Fundamento Legal	Regulamento Interno de Compras e Contratações da FUABC e Mantidas	X		
3	Nome do contratado	ORTOPEDIA CAMPOS SALLES LTDA	X		
4	CNPJ	57.894.297/0001-01	X		
5	Objeto com detalhamento	AQUISIÇÃO MASCARA P/ TUBERCULOSE N 95 DESC	X		
6	Valor	94.160,00 (NOVENTA E QUATRO MIL E CENTO E SESENTA REAIS)	X		
7	Data	10/03/2020	X		
8	Prazo Contratual				X
9	Termo de Referência ou Edital				X
10	Instrumento contratual	85403	X		
11	Nota de empenho				X
12	Nota de liquidação				X
13	Destinação dos bens adquiridos ou de prestação de serviços	CHMSBC	X		
14	Anexar extrato em pdf com todas as informações no site da FUABC - editais COVID-19	ANEXO	X		
Comentários		Responsável (nome e assinatura)			
		JONATHAN RODRIGUEZ			

LEGENDA:

C ==> CONFORME

NC => NÃO CONFORME

NA => NÃO APLICÁVEL

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