



FUNDAÇÃO DO ABC
ORGANIZAÇÃO SOCIAL DE SAÚDE

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		
Fundamento legal: Regulamento Interno de Compras e Contratações da FUABC e		Aquisição e/ou Contratação PROC n°: 52807/2020	16/04/2020		
Item	Roteiro		C	NC	NA
1	n° do Processo	52807	x		
2	*Fundamento Legal	Regulamento Interno de Compras e Contratações da FUABC e Mantidas	x		
3	Nome do contratado	Cirúrgica Fernandes - Comércio de Materiais Cirurgicos e Hospitalares Ltda	x		
4	CNPJ	61.418.042/0001-31	x		
5	Objeto com detalhamento	AQUISIÇÃO DE MASCARA COM RESERVATÓRIO DE OXIGÊNIO NÃO REINALANTE ADULTO	x		
6	Valor	R\$ 1.474,00 (um mil e quatrocentos e setenta e quatro reais)	x		
7	Data	16/04/2020	x		
8	Prazo Contratual				x
9	Termo de Referência ou Edital				x
10	Instrumento contratual	86909	x		
11	Nota de empenho				x
12	Nota de liquidação				x
13	Destinação dos bens adquiridos ou de prestação de serviços				x
14	Anexar extrato em pdf com todas as informações no site da FUABC - editais COVID-19	ANEXO	x		
Comentários		Responsável (nome e assinatura)			

LEGENDA:

C ==> CONFORME

NC => NÃO CONFORME

NA => NÃO APLICÁVEL

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

Ord. Compra: 86909 Solicitação: 52807 Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA
Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 27/04/2020
Fornecedor: 3093 C. FERNANDES - CIRURGICA FERNANDES MAT CIR HOSP LTDA
CNPJ/CPF: 61.418.042/0001-31 Insc Est.:
Endereço: AL AFRICA Nr.: 570 Compl.: LOTE Y
Bairro: Cep:
Cidade: SAO BERNARDO DO CAMP UF: SP Conta: 301097 - X Agência: 3355 - 3 Banco: 1
Contato(s): EDUARDO, FABIO
E-Mail : CATALDIFERNANDES@TERRA.COM.B
Telefone Comercial : 11-2947-6598

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: 27/04/2020 à 27/08/2020 Moeda: R\$ -
% Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00
Observação: SC 52807/2020
ID 102505849

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
---------	------------	------	-----------	---------	------------	----------	----------	------	--------	----------

17667 - MASCARA COM RESERVATORIO DE OXIGENIO NÃO REINALANTE ADULTO	FOYOMED			UNIDADE	100,0000	14,7400	0,0000	0,00	0,0000	1.474,00
---	---------	--	--	---------	----------	---------	--------	------	--------	----------

Especificação: MASCARA COM RESERVATORIO DE OXIGENIO NÃO REINALANTE ADULTO
TRANSPARENTE, DE VINIL MACIO PARA CONFORTO DO PACIENTE E AVALIAÇÃO VISUAL.
COMPLETA, COM TUBO DE SUPRIMENTO DE OXIGENIO DE 2,10M. PRESILHA AJUSTAVEL
DE NARIZ QUE ASSEGURA UMA FIXAÇÃO CONFORTAVEL

Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	1.474,00
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 (=):	<u>1.474,00</u>

GERENTE	COORDENADOR		
Data	Data	Data	Data