

Ord. Compra: 86149 Solicitação: 52134 Solic: DIRETORIA DE UNIDADE

Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 30/03/2020

Fornecedor: 7552 DATASUPRI - DATASUPRI DISTRIBUIDORA LTDA
CNPJ/CPF: 04.479.137/0001-21 Insc Est.:
Endereço: MACEDO SOARES Nr.: 10735 Compl.:
Bairro: PARQUE RESIDENCIAL DA Cep: 05035000
Cidade: SAO PAULO UF: SP Conta: 108388 - 0 Agência: 111 - 2 Banco: 237
Contato(s):

Telefone Comercial : (11) 3647-2500

E-Mail : MARCIAOLI@DATASUPRI.COM.BR

Comprador: COMPLEXO HOSPITALAR MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMPO-HC
Endereço: DOS ALVARENGAS Nº 1001 CNPJ: 57.571.275/0017-60
Cidade: SAO BERNARDO DO CAMPO Insc. Est.: ISENT0
Bairro: BAIRRO ASSUNCAO 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: 30/03/2020 à 31/03/2020 Moeda: R\$ -
% Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00
Observação: SC 52134 2020

ID 101539525

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
19686 - DISPLAY DE ACRILICO PARA DIVULGAÇÃO 2 FACES PARA MESA A4				UNIDADE	12,0000	38,2400	0,0000	0,00	0,0000	458,88
Especificação: DISPLAY DE ACRILICO PARA DIVULGAÇÃO - DE 2 FACES PARA MESA A4										
Detalhamento:										

Total dos Produtos(+): 458,88
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 (=): 458,88

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		
HOSPITAL DE CLINICAS MUNICIPAL DE S.B.C		Aquisição e/ou Contratação PROC n°: 52134/2020	30/03/2020		
Item	Roteiro	C	NC	NA	
1	n° do Processo	52134	X		
2	*Fundamento Legal	REGULAMENTO INTERNO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES DA FUABC E MANTIDAS	X		
3	Nome do contratado	DATASUPRI DISTRIBUIDORA LTDA	X		
4	CNPJ	04.479.137/0001-21	X		
5	Objeto com detalhamento	DISPLAY DE ACRILICO PARA DIVULGAÇÃO 2 FACES PARA MESA A4	X		
6	Valor	R\$ 458,88 (quatrocentos e cinquenta e oito reais e oitenta e oito centavos)	X		
7	Data	30/03/2020	X		
8	Prazo Contratual				X
9	Termo de Referência ou Edital				X
10	Instrumento contratual	ORDEM DE COMPRA 86149	X		
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	ANEXO	X		
Comentários		Responsável (nome e assinatura)			
		RAYSSA GABRIEL RODRIGUES			

LEGENDA:

C ==> CONFORME

NC => NÃO CONFORME

NA => NÃO APLICÁVEL