

Ord. Compra: 86507      Solicitação: 52416      Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA  
Nº Processo:      Situação:      ABERTA      Dt Ord. Compra: 09/04/2020  
Fornecedor: 3099 CNPH      - CNPH - COMERCIAL NACIONAL DE PRODUTOS HOSPITALARES L  
CNPJ/CPF: 00.142.916/0001-86      Insc Est.:  
Endereço: RUA      Nr.:      Compl.:  
Bairro:      Cep:      UF: SP      Conta: 41339 - 9 Agência: 497 - Banco: 237  
Cidade: SAO BERNARDO DO CAMP  
Contato(s):  
E-Mail : JANAINA@CNPH.COM.BR  
Telefone Comercial : (11)3385-9339

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: 09/04/2020 à 10/04/2020      Moeda: R\$ -  
% Desc: 0,00      VI Desc: 0,00      VI ICMS: 0,00  
Observação: SC 52416 2020

ID 101876712

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
20085 - MASCARA DE VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA TOTAL FACE ADULTO				UNIDADE	2,0000	313,7100	0,0000	0,00	0,0000	627,42
Especificação: MASCARA DE VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA TOTAL FACE ADULTO AUTOCLAVAVEL, DE SILICONE, COM SUPORTE COM CLIPS DE ENCAIXE FACIL PARA FIXAÇÃO REMOÇÃO, FECHO COM VELCRO PARA POSICIONAMENTO DA MASCARA E COTOVELO PADRÃO PARA USO EM VENTILADOR COM RAMO DUPLO (MODALIDADE NÃO INVASIVA)										

Detalhamento:

Total dos Produtos(+): 627,42  
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 (=): 627,42

GERENTE	COORDENADOR		
Data	Data	Data	Data

Ord. Compra: 86508      Solicitação: 52416      Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA  
Nº Processo:      Situação:      ABERTA      Dt Ord. Compra: 09/04/2020  
Fornecedor: 10643 RESPIROX      - RESPIROX COMERCIO DE OXIGENIO LTDA-EPP  
CNPJ/CPF: 74.663.972/0001-00      Insc Est.:  
Endereço: SARAIVA DE 441 A 99998      Nr.: 674      Compl.:  
Bairro: SANTANA      Cep: 2037021  
Cidade: SAO PAULO      UF: SP      Conta: 80002 - 3 Agência: 386 - 7 Banco: 1  
Contato(s):  
Telefone Comercial : 2978-3344  
E-Mail : PATRICIA@RESPIROX.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.: 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: 09/04/2020 à 10/04/2020      Moeda: R\$ -  
% Desc: 0,00      VI Desc: 0,00      VI ICMS: 0,00  
Observação: SC 52416 2020

ID 101876712

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				UNIDADE	80,0000	15,0000	0,0000	0,00	0,0000	1.200,00
---	--	--	--	---------	---------	---------	--------	------	--------	----------

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(+):	1.200,00
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 (=):	1.200,00

GERENTE	COORDENADOR		
Data	Data	Data	Data

SUPRI-01-283

Ord. Compra: 86509      Solicitação: 52416      Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA  
Nº Processo:      Situação:      ABERTA      Dt Ord. Compra: 09/04/2020  
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.: 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: 09/04/2020 à 10/04/2020      Moeda: R\$ -  
% Desc: 0,00      VI Desc: 0,00      VI ICMS: 0,00  
Observação: SC 52416 2020

ID 101876712

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
20306 - EXTENSÃO PARA OXIGENIO/BIPAP				UNIDADE	200,0000	1,3995	0,0000	0,00	0,0000	279,90
Especificação: EXTENSÃO DE PVC PARA OXIGENATERAPIA , COM DIAMETRO INTERNO DE 5 A 6 MME COMPRIMENTO MAXIMO DE 2,00 METROS										

Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	279,90
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 (=):	279,90

GERENTE	COORDENADOR		
Data	Data	Data	Data

## 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°: 52416/2020	09/04/2020		
Item	Roteiro	C	NC	NA	
1	n° do Processo	52416	X		
2	*Fundamento Legal	REGULAMENTO INTERNO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES DA FUABC E MANTIDAS	X		
3	Nome do contratado	CNPH - COMERCIAL NACIONAL DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA, RESPIROX COMERCIO DE OXIGENIO LTDA-EPP, CBS MED. CIENTIFICA COM. E REPRESENTACAO LTDA	X		
4	CNPJ	00.142.916/0001.86 / 74.663.972.0001-00 / 48.791.685.0001-68	X		
5	Objeto com detalhamento	MASCARA DE VENTILAÇÃO NAO INVASIVA TOTAL FACE ADULTO TAM.G/ MASCARA COM RESERVATORIO DE OXIGENIO NÃO REINALANTE ADULTO/ EXTENSÃO PARA OXIGENIO/BIPAP	X		
6	Valor	R\$ 2.107,32 (dois mil e sete reais e trinta e dois centavos)	X		
7	Data	09/04/2020	X		
8	Prazo Contratual				X
9	Termo de Referência ou Edital				X
10	Instrumento contratual	ORDEM DE COMPRA 86507, 86508, 86509	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