Ord. Compra: 86898 Solicitação: 52749 Solic: ENGENHARIA CLINICA

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 CAMPO-HPSC
Endereço: JOAQUIM NABUCO Nº 380 CNPJ: 57.571.275/0017-60
Cidade: SAO BERNARDO DO CAMPO Insc. Est.: ISENTO
Bairro: CENTRO Fone/Fax: -
Responsável: DANIEL AUGUSTO BORDON CEP: 09720375 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 28/04/2020 Moeda: R$ -
% Desc: 0,00 Vl Desc: 0,00 Vl ICMS: 0,00
Observação: SC 52749 2020

ID 102481065

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	Vl.Unit.	Vl Desc.	%Des	Vl IMP	Vl Total
11119 - CUFFOMETRO				UNIDADE	9,0000	1.910,3700	0,0000	0,00	0,0000	17.193,33

Especificação: MEDIDOR DE PRESSÃO DO BALONETE (CUFF) DO TUDO ENDOTRAQUEAL. DESCRITIVO: MANÔMETRO EM CAIXA DE AÇO, VISOR DE DECLAQUE, ESCALA CM/H2O (CENTÍMETROS DE ÁGUA), PONTEIRO DE AÇO DE 0 A 120, PROTEGIDO POR PLÁSTICO RESISTENTE NA FORMA DO VISOR, PERA OVAL EM BORRACHA COM 7,0 CM DE COMPRIMENTO E 3 CM DE DIÂMETRO, PERMITINDO FÁCIL E SEGURA EMPUNHADURA E OPERAÇÃO DO DISPOSITIVO, PRESILHA PARA FIXAÇÃO DO DISPOSITIVO NO CINTO OU BOLSO DO USUÁRIO, ACOMPANHA 2 TUBOS DE CONEXÃO PACIENTE, DISPOSITIVO EM PVC COM ENGATE LUER. MARCA VBM.

Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	17.193,33
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 (=):	17.193,33

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 E PRONTO SOCORRO CENTRAL MUNICIPAL DE S.B.C	Aquisição e/ou Contratação PROC nº: 52749/2020	27/04/2020

Item	Roteiro		C	NC	NA
1	nº do Processo	52749	X		
2	*Fundamento Legal	REGULAMENTO INTERNO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES DA FUABC E MANTIDAS	X		
3	Nome do contratado	CIRURGICA FERNANDES MAT CIR HOSP LTDA	X		
4	CNPJ	61.418.042/0001-31	X		
5	Objeto com detalhamento	CUFFOMETRO	X		
6	Valor	R$ 17.193,33 (dezessete mil e cento e noventa e três reais e trinta e três centavos)	X		
7	Data	27/04/2020	X		
8	Prazo Contratual				X
9	Termo de Referência ou Edital				X
10	Instrumento contratual	ORDEM DE COMPRA 86898	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