

Ord. Compra: 87312      Solicitação: 53005      Solic: ALMOXARIFADO  
Nº Processo:      Situação:      ABERTA      Dt Ord. Compra: 08/05/2020  
Fornecedor: 18228 VIA PRODUCTS      - VIA PRODUCTS LTDA  
CNPJ/CPF: 58.508.136/0001-97      Insc Est.: 336228500112  
Endereço: GUARULHOS DE 1087 A 2411      Nr.: 1548      Compl.:  
Bairro: VILA AUGUSTA      Cep: 07025000  
Cidade: GUARULHOS      UF: SP      Conta: 955 - 9 Agência: 3506 - Banco: 104  
Contato(s):  
E-Mail : VENDAS.R@GRUPOCBV.COM  
Telefone Comercial : 2423-5533

Comprador: COMPLEXO HOSPITALAR MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMPO-HA  
Endereço: SILVA JARDIM      Nº 470      CNPJ: 57.571.275/0017-60  
Cidade: SAO BERNARDO DO CAMPO      Insc. Est.: ISENT0  
Bairro: CENTRO      Fone/Fax: -  
Responsável: DANIEL AUGUSTO BORDON      CEP: 09715090      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: 08/05/2020 à 09/05/2020      Moeda: R\$ -  
% Desc: 0,00      VI Desc: 0,00      VI ICMS: 0,00  
Observação: SC 53005 2020

ID 102924031

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
19081 - ESCADA DOIS DEGRAUS				UNIDADE	70,0000	167,4000	0,0000	0,00	0,0000	11.718,00

Especificação: ESPECIFICAÇÃO:  
ESCADA 02 DEGRAUS FABRICADA EM TUBO 7/8" CHAPA 1,2MM 40CMX40CMX40CM EM DURO ALUMÍNIO TUBULAR ANODIZADO. DEGRAUS EM ALUMÍNIO TEXTURIZADO ANTIDERRAPANTE. ALTURA DO PRIMEIRO DEGRAU 16CM E DO SEGUNDO DEGRAU 33CM. LARGURA TOTAL 36CM. QUATRO SAPATAS EMBORRACHAS PARA APOIO AO SOLO.

Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	11.718,00
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 (=):	11.718,00

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		
HOSPITAL ANCHIETA MUNICIPAL DE S.B.C		Aquisição e/ou Contratação PROC n°: 53005/2020	08/05/2020		
Item	Roteiro	C	NC	NA	
1	n° do Processo	53005	X		
2	*Fundamento Legal	REGULAMENTO INTERNO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES DA FUABC E MANTIDAS	X		
3	Nome do contratado	VIA PRODUCTS LTDA	X		
4	CNPJ	58.508.136/0001-97	X		
5	Objeto com detalhamento	ESCADA DOIS DEGRAUS	X		
6	Valor	R\$ 11.718,00 (onze mil e setecentos e dezoito reais)	X		
7	Data	08/05/2020	X		
8	Prazo Contratual				X
9	Termo de Referência ou Edital				X
10	Instrumento contratual	ORDEM DE COMPRA 87312	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