

Ord. Compra: 87973 Solicitação: 53210 Solic: ALMOXARIFADO
Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 02/06/2020
Fornecedor: 12526 MACROSUL - COMERCIO DE MATERIAIS MEDICO HOSPITALARES MACROSUL
CNPJ/CPF: 95.433.397/0001-11 Insc Est.:
Endereço: JULIO BARTOLOMEU TABORDA LUIZ Nr.: Compl.:
Bairro: TINGUI Cep: 82600070
Cidade: CURITIBA UF: PR Conta: - Agência: - Banco:
Contato(s):
Telefone Comercial : (41)2102-8344
E-Mail : WESLEY@MACROSUL.COM

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.: 7 Desc. Condição de Pgto.: 30 DIAS
Período p/ Entrega: 02/06/2020 à 03/06/2020 Moeda: R\$ -
% Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00
Observação: SC 53210 2020

ID 103219605

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
20898 - OTOSCOPIO CONVENCIONAL				UNIDADE	2,0000	322,0000	0,0000	0,00	0,0000	644,00
Especificação: OTOSCOPIO CONVECCIONAL COM REGULAGEM DE LUZ 2,5V - MD. REOSTATO LIGA/DESLIGA COM CONTROLE DE INTENSIDADE DE LUZ ILUMINAÇÃO COM LAMPADA 2,5V CABEÇA COM CONEXÃO TIPO BAIONETA, LENTE REMOVIVEL TIPO LUPA, COM AUMENTO DE 4X CABO METALICO COM ACABAMENTO FOSCO ACETINAO PAA 2 PILHAS C (MÉDIAS) ESPÉCULOS DESCARTAVEIS.										

Detalhamento:

Total dos Produtos(+): 644,00
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 (=): 644,00

GERENTE	COORDENADOR		
Data	Data	Data	Data

SUPRI-01-283

Ord. Compra: 87975 Solicitação: 53202 Solic: ALMOXARIFADO
Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 02/06/2020
Fornecedor: 12526 MACROSUL - COMERCIO DE MATERIAIS MEDICO HOSPITALARES MACROSUL
CNPJ/CPF: 95.433.397/0001-11 Insc Est.:
Endereço: JULIO BARTOLOMEU TABORDA LUIZ Nr.: Compl.:
Bairro: TINGUI Cep: 82600070
Cidade: CURITIBA UF: PR Conta: - Agência: - Banco:
Contato(s):
Telefone Comercial : (41)2102-8344
E-Mail : WESLEY@MACROSUL.COM

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.: 7 Desc. Condição de Pgto.: 30 DIAS
Período p/ Entrega: 02/06/2020 à 06/05/2020 Moeda: R\$ -
% Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00
Observação: SC 53202 2020

ID 103219605

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

21790 - OFTALMOSCOPIO LED				UNIDADE	2,0000	865,0000	0,0000	0,00	0,0000	1.730,00
---------------------------	--	--	--	---------	--------	----------	--------	------	--------	----------

Especificação: OFTALMOSCOPIO LED
CARACTERISTICAS (19 LENTES DE -20 A +20 DIOPTRIAS COM MARCADOR ILUMINADO: OPTICA SELADA A PROVA DE POEIRAS; BORRACHA DE PROTEÇÃO; LAMPADA 2,5V DE LED; CABEÇA EM ABS, RESISTENTE A IMPACTOS; SELEÇÃO DE 5 ABERTURAS COM FILTRO VERDE)

Detalhamento:

20898 - OTOSCOPIO CONVENCIONAL				UNIDADE	2,0000	322,0000	0,0000	0,00	0,0000	644,00
--------------------------------	--	--	--	---------	--------	----------	--------	------	--------	--------

Especificação: OTOSCOPIO CONVENCIONAL COM REGULAGEM DE LUZ 2,5V - MD.
REOSTATO LIGA/DESLIGA COM CONTROLE DE INTENSIDADE DE LUZ
ILUMINAÇÃO COM LAMPADA 2,5V
CABEÇA COM CONEXÃO TIPO BAIONETA,
LENTE REMOVIVEL TIPO LUPA, COM AUMENTO DE 4X
CABO METALICO COM ACABAMENTO FOSCO ACETINAO PAA 2 PILHAS C (MÉDIAS)
ESPÉCULOS DESCARTAVEIS.

Detalhamento:

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
Total dos Produtos(+):									2.374,00	
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 (=):									2.374,00	

GERENTE	COORDENADOR		
Data	Data	Data	Data

SUPRI-01-283

Ord. Compra: 87976 Solicitação: 53202 Solic: ALMOXARIFADO
Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 02/06/2020
Fornecedor: 4722 BONAPARTE - CIRURGICA BONAPARTE LTDA ME
CNPJ/CPF: 04.228.124/0001-80 Insc Est.:
Endereço: ULISSES TORNINCASA Nr.: 127 Compl.:
Bairro: SAO JOSE Cep: 09581220
Cidade: SAO CAETANO DO SUL UF: SP Conta: 69680 - 8 Agência: 249 - Banco: 341
Contato(s):
E-Mail : JUSSARA@CIRURGICABONAPARTE.C
Telefone Comercial : (11)4232-2216

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.: ISENTO
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: 02/06/2020 à 03/06/2020 Moeda: R\$ -
% Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00
Observação: SC 53202 2020

ID 103219605

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

7819 - ESFIGMOMANÔMETRO ANEROIDE ADULTO COM PEDESTAL				UNIDADE	40,0000	430,0000	0,0000	0,00	0,0000	17.200,00
--	--	--	--	---------	---------	----------	--------	------	--------	-----------

Especificação: ESPECIF. TÉCNICA: 1/2 REV.00 1. DADOS :EQUIP. ESFIGMOMANÔMETRO ANEROIDE ADULTO COM PEDESTAL, CARACTERÍSTICA DE UTILIZAÇÃO MEDIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL SANGUÍNEA, TIPO DE MONTAGEM :PORTÁTIL COM RODÍZIO. 1.4 CONFIGURAÇÃO FÍSICA MANÔMETRO COM ESCALA AMPLA PARA FÁCIL VISUALIZAÇÃO. PEDESTAL COM COMPARTIMENTO INCORPORADO PARA ARMAZENAMENTO DA BRAÇADEIRA E PÉRA PARA TRANSPORTE; BASE COM RODÍZIOS; CARACT. DE CONSTRUÇÃO BASE DE FERRO FUNDIDO COM TRATAMENTO ANTI-FERRUGINOS; RODÍZIOS DE BORRACHA. VISOR CONFECIONADO EM MATERIAL DE ALTA RESISTÊNCIA; PONTEIRO INDICATIVO DE PRESSÃO ARTERIAL NA COR PRETA. PEDESTAL (HASTE) COM TUBOS TELESCÓPICOS EM ALUMÍNIO ANODIZADO, QUE PERMITEM A REGULAGEM DA ALTURA DESEJADA PARA UTILIZAÇÃO. 2. REQUISITOS TÉCNICOS: FAIXA DE FUNCIONAMENTO MANÔMETRO COM GRADUAÇÃO DE 0 A 300 MMHg; DIVISÃO DE ESCALA EM 2 MMHg. 2.3 DIMENSÕES FÍSICAS: LARGURA X COMPRIMENTO X ALTURA (APROXIMADAMENTE): 500 MM X 500MM X 1000 MM; PESO: MÁXIMO DE 4 KG RODÍZIO: MÍNIMO DE 3 POLEGADAS. 3. MODO DE TRABALHO: MODO DE INDICAÇÃO E REGISTROS DOS PARÂMETROS VISOR QUE PROPORCIONA FÁCIL LEITURA DOS VALORES MEDIDOS; PONTEIRO INDICATIVO DA PRESSÃO ARTERIAL; .ET - 18.1 ESPECIFICAÇÃO TÉCNICA 2/2 REV.00 5. EXIGÊNCIAS NORMATIVAS: 5.1 5.1.1. APRESENTAR REGISTRO NA ANVISA; 5.1.2. ISENTO DE MERCÚRIO CONFORME A RESOLUÇÃO 239 DA SECRETÁRIA DE SAÚDE/SP DE 07/10/2012. 5.1.3. APROVADO PELO

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
INICIAL). 6.ACESSÓRIOS POR EQUIPAMENTO : 6.1.(02) DUAS BRAÇADEIRAS EM NYLON HOMOLOGADAS PELO INMETRO, COM FECHO EM VELCRO TAMANHO ADULTO (CIRCUNFERÊNCIA MÁXIMA ENTRE 24 A 30 CM); 6.2.(02) DOIS MANGUITOS ADULTO;6.3.(01) UMA BRAÇADEIRA EM NYLON HOMOLOGADA PELO INMETROCOM FECHO EM VELCRO TAMANHO ADULTO-OBESO (CIRCUNFERÊNCIA MÁXIMA ENTRE 32 A 40 CM).6.4.(01) UM MANGUITO ADULTO-OBESO 6.5.(03) TRÊS PERAS E VÁLVULA DE METAL CROMADO QUE PERMITA A RETENÇÃO E ESVAZIAMENTO DO AR. 6.6. (01) UMA MANGUEIRA DE EXTENSÃO EM PVC FLEXÍVEL COM 01 METRO DE COMPRIMENTO.										

Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	17.200,00
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 (=):	17.200,00

GERENTE	COORDENADOR		
Data	Data	Data	Data

SUPRI-01-283

Ord. Compra: 87981 Solicitação: 53206 Solic: ALMOXARIFADO
Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 02/06/2020
Fornecedor: 12526 MACROSUL - COMERCIO DE MATERIAIS MEDICO HOSPITALARES MACROSUL
CNPJ/CPF: 95.433.397/0001-11 Insc Est.:
Endereço: JULIO BARTOLOMEU TABORDA LUIZ Nr.: Compl.:
Bairro: TINGUI Cep: 82600070
Cidade: CURITIBA UF: PR Conta: - Agência: - Banco:
Contato(s):
Telefone Comercial : (41)2102-8344
E-Mail : WESLEY@MACROSUL.COM

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.: ISENT0
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.: 7 Desc. Condição de Pgto.: 30 DIAS
Período p/ Entrega: 02/06/2020 à 03/06/2020 Moeda: R\$ -
% Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00
Observação: SC 53206 2020

ID 103219605

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

21790 - OFTALMOSCOPIO LED				UNIDADE	1,0000	865,0000	0,0000	0,00	0,0000	865,00
---------------------------	--	--	--	---------	--------	----------	--------	------	--------	--------

Especificação: OFTALMOSCOPIO LED
CARACTERISTICAS (19 LENTES DE -20 A +20 DIOPTRIAS COM MARCADOR ILUMINADO: OPTICA SELADA A PROVA DE POEIRAS; BORRACHA DE PROTEÇÃO; LAMPADA 2,5V DE LED; CABEÇA EM ABS, RESISTENTE A IMPACTOS; SELEÇÃO DE 5 ABERTURAS COM FILTRO VERDE)

Detalhamento:

20898 - OTOSCOPIO CONVENCIONAL				UNIDADE	1,0000	322,0000	0,0000	0,00	0,0000	322,00
--------------------------------	--	--	--	---------	--------	----------	--------	------	--------	--------

Especificação: OTOSCOPIO CONVECIONAL COM REGULAGEM DE LUZ 2,5V - MD.
REOSTATO LIGA/DESLIGA COM CONTROLE DE INTENSIDADE DE LUZ
ILUMINAÇÃO COM LAMPADA 2,5V
CABEÇA COM CONEXÃO TIPO BAIONETA,
LENTE REMOVIVEL TIPO LUPA, COM AUMENTO DE 4X
CABO METALICO COM ACABAMENTO FOSCO ACETINAO PAA 2 PILHAS C (MÉDIAS)
ESPÉCULOS DESCARTAVEIS.

Detalhamento:

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
Total dos Produtos(+):									1.187,00	
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 (=):									1.187,00	

GERENTE	COORDENADOR		
Data	Data	Data	Data

SUPRI-01-283

Ord. Compra: 87982 Solicitação: 53206 Solic: ALMOXARIFADO
Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 02/06/2020
Fornecedor: 4722 BONAPARTE - CIRURGICA BONAPARTE LTDA ME
CNPJ/CPF: 04.228.124/0001-80 Insc Est.:
Endereço: ULISSES TORNINCASA Nr.: 127 Compl.:
Bairro: SAO JOSE Cep: 09581220
Cidade: SAO CAETANO DO SUL UF: SP Conta: 69680 - 8 Agência: 249 - Banco: 341
Contato(s):
E-Mail : JUSSARA@CIRURGICABONAPARTE.C
Telefone Comercial : (11)4232-2216

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.: 9 Desc. Condição de Pgto.: 60 DIAS
Período p/ Entrega: 02/06/2020 à 03/06/2020 Moeda: R\$ -
% Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00
Observação: SC 53206 2020

ID 103219605

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
7819 - ESFIGMOMANÔMETRO ANEROIDE ADULTO COM PEDESTAL				UNIDADE	1,0000	430,0000	0,0000	0,00	0,0000	430,00

Especificação: ESPECIF. TÉCNICA: 1/2 REV.00 1. DADOS :EQUIP. ESFIGMOMANÔMETRO ANEROIDE ADULTO COM PEDESTAL, CARACTERÍSTICA DE UTILIZAÇÃO MEDIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL SANGUÍNEA, TIPO DE MONTAGEM :PORTÁTIL COM RODÍZIO. 1.4 CONFIGURAÇÃO FÍSICA MANÔMETRO COM ESCALA AMPLA PARA FÁCIL VISUALIZAÇÃO. PEDESTAL COM COMPARTIMENTO INCORPORADO PARA ARMAZENAMENTO DA BRAÇADEIRA E PÉRA PARA TRANSPORTE; BASE COM RODÍZIOS; CARACT. DE CONSTRUÇÃO BASE DE FERRO FUNDIDO COM TRATAMENTO ANTI-FERRUGINOS; RODÍZIOS DE BORRACHA. VISOR CONFECIONADO EM MATERIAL DE ALTA RESISTÊNCIA; PONTEIRO INDICATIVO DE PRESSÃO ARTERIAL NA COR PRETA. PEDESTAL (HASTE) COM TUBOS TELESCÓPICOS EM ALUMÍNIO ANODIZADO, QUE PERMITEM A REGULAGEM DA ALTURA DESEJADA PARA UTILIZAÇÃO. 2. REQUISITOS TÉCNICOS: FAIXA DE FUNCIONAMENTO MANÔMETRO COM GRADUAÇÃO DE 0 A 300 MMHg; DIVISÃO DE ESCALA EM 2 MMHg. 2.3 DIMENSÕES FÍSICAS: LARGURA X COMPRIMENTO X ALTURA (APROXIMADAMENTE): 500 MM X 500MM X 1000 MM; PESO: MÁXIMO DE 4 KG RODÍZIO: MÍNIMO DE 3 POLEGADAS. 3. MODO DE TRABALHO: MODO DE INDICAÇÃO E REGISTROS DOS PARÂMETROS VISOR QUE PROPORCIONA FÁCIL LEITURA DOS VALORES MEDIDOS; PONTEIRO INDICATIVO DA PRESSÃO ARTERIAL; .ET - 18.1 ESPECIFICAÇÃO TÉCNICA 2/2 REV.00 5. EXIGÊNCIAS NORMATIVAS: 5.1 5.1.1. APRESENTAR REGISTRO NA ANVISA; 5.1.2. ISENTO DE MERCÚRIO CONFORME A RESOLUÇÃO 239 DA SECRETÁRIA DE SAÚDE/SP DE 07/10/2012. 5.1.3. APROVADO PELO

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
INICIAL). 6.ACESSÓRIOS POR EQUIPAMENTO : 6.1.(02) DUAS BRAÇADEIRAS EM NYLON HOMOLOGADAS PELO INMETRO, COM FECHO EM VELCRO TAMANHO ADULTO (CIRCUNFERÊNCIA MÁXIMA ENTRE 24 A 30 CM); 6.2.(02) DOIS MANGUITOS ADULTO;6.3.(01) UMA BRAÇADEIRA EM NYLON HOMOLOGADA PELO INMETROCOM FECHO EM VELCRO TAMANHO ADULTO-OBESO (CIRCUNFERÊNCIA MÁXIMA ENTRE 32 A 40 CM).6.4.(01) UM MANGUITO ADULTO-OBESO 6.5.(03) TRÊS PERAS E VÁLVULA DE METAL CROMADO QUE PERMITA A RETENÇÃO E ESVAZIAMENTO DO AR. 6.6. (01) UMA MANGUEIRA DE EXTENSÃO EM PVC FLEXÍVEL COM 01 METRO DE COMPRIMENTO.										

Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	430,00
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 (=):	430,00

GERENTE	COORDENADOR		
Data	Data	Data	Data

SUPRI-01-283

Ord. Compra: 88015 Solicitação: 53210 Solic: ALMOXARIFADO
Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 03/06/2020
Fornecedor: 12526 MACROSUL - COMERCIO DE MATERIAIS MEDICO HOSPITALARES MACROSUL
CNPJ/CPF: 95.433.397/0001-11 Insc Est.:
Endereço: JULIO BARTOLOMEU TABORDA LUIZ Nr.: Compl.:
Bairro: TINGUI Cep: 82600070
Cidade: CURITIBA UF: PR Conta: - Agência: - Banco:
Contato(s):
Telefone Comercial : (41)2102-8344
E-Mail : WESLEY@MACROSUL.COM

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.: 7 Desc. Condição de Pgto.: 30 DIAS
Período p/ Entrega: 03/06/2020 à 03/09/2020 Moeda: R\$ -
% Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00
Observação: SC 53210 2020

ID 103219605

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

21790 - OFTALMOSCOPIO LED				UNIDADE	2,0000	865,0000	0,0000	0,00	0,0000	1.730,00
---------------------------	--	--	--	---------	--------	----------	--------	------	--------	----------

Especificação: OFTALMOSCOPIO LED
CARACTERISTICAS (19 LENTES DE -20 A +20 DIOPTRIAS COM MARCADOR ILUMINADO: OPTICA SELADA A PROVA DE POEIRAS; BORRACHA DE PROTEÇÃO; LAMPADA 2,5V DE LED; CABEÇA EM ABS, RESISTENTE A IMPACTOS; SELEÇÃO DE 5 ABERTURAS COM FILTRO VERDE)

Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	1.730,00
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 (=):	1.730,00

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		
COMPLEXO HOSPITALAR MUNICIPAL DE S.B.C		Aquisição e/ou Contratação PROC n°: 53210, 53202, 53206/2020	03/06/2020		
Item	Roteiro	C	NC	NA	
1	n° do Processo	53210, 532020, 53206	X		
2	*Fundamento Legal	REGULAMENTO INTERNO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES DA FUABC E MANTIDAS	X		
3	Nome do contratado	COMERCIO DE MATERIAIS MEDICO HOSPITALARES MACROSUL LTDA , CIRURGICA BONAPARTE LTDA ME	X		
4	CNPJ	95.433.397/0001-11 / 04.228.124/0001-80	X		
5	Objeto com detalhamento	OFTALMOSCOPIO LED, ESFIGMOMANÔMETRO ANEROIDE ADULTO COM PEDESTAL, OTOSCOPIO CONVENCIONAL	X		
6	Valor	R\$ 23.565,60 (vinte e três mil e quinhentos e sessenta e cinco reais e sessenta centavos)	X		
7	Data	03/06/2020	X		
8	Prazo Contratual				X
9	Termo de Referência ou Edital				X
10	Instrumento contratual	ORDEM DE COMPRA 88015, 87975, 87973, 87981, 87982, 87973	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