

Ord. Compra: 85728 Solicitação: 51960 Solic: ENGENHARIA CLINICA
Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 18/03/2020
Fornecedor: 3062 AGILE MED IMPORTACA - AGILE MED IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA ME
CNPJ/CPF: 14.769.402/0001-60 Insc Est.:
Endereço: WALTER CARLOS ZANINI Nr.: 35 Compl.: SALA 22
Bairro: ASSUNCAO Cep: 09810280
Cidade: SAO BERNARDO DO CAMP UF: SP Conta: 13001746 - 3 Agência: 2047 - Banco: 33
Contato(s):
E-Mail : MARIANA@AGILEMED.COM.BR
Telefone Comercial : 11-2758-0438

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: 18/03/2020 à 18/05/2020 Moeda: R\$ -
Observação: PC 51960 2020

CONFORME PROPOSTA COMERCIAL

202000265
202000269
202000430
202000264
202000266
202000270

Serviço	Valor Serviço
171 MANUTENÇÃO EQUIP. MED. HOSPITALAR	22.752,17

Especificação: SERVIÇO DE MANUTENÇÃO CORRETIVA DE MONITOR MULTIPARÂMETROS MINDRAY, COM TROCA DE PEÇAS.

	<u>22.752,17</u>
Total dos Serviços(+):	22.752,17
Valor Total do Frete(C.I.F.), Não Incluso na Nota(+):	0,00
Valor Total do ICMS(+):	0,00
Valor dos Descontos(-):	0,00
Valor Outros (+):	0,00
Valor Total (=):	<u>22.752,17</u>

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		Aquisição e/ou Contratação PROC n°: 51960/2020	18/03/2020		
Item	Roteiro	C	NC	NA	
1	n° do Processo	51960	X		
2	*Fundamento Legal	REGULAMENTO INTERNO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES DA FUABC E MANTIDAS	X		
3	Nome do contratado	AGILE MED IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA ME	X		
4	CNPJ	14.769.402/0001-60	X		
5	Objeto com detalhamento	SERVIÇO DE MANUTENÇÃO CORRETIVA DE MONITOR MULTIPARÂMETROS MINDRAY	X		
6	Valor	R\$ 22.752,17 (vinte dois mil setecentos e cinquenta e dois reais e dezessete centavos)	X		
7	Data	18/03/2020	X		
8	Prazo Contratual				X
9	Termo de Referência ou Edital				X
10	Instrumento contratual	ORDEM DE COMPRA 85728	X		
11	Nota de empenho				X
12	Nota de liquidação				X
13	Destinação dos bens adquiridos ou de prestação de serviços	HOSPITAL DE CLINICAS MUNICIPAL	X		
14	Anexar extrato em pdf com todas as informações no site da FUABC - editais COVID-19	ANEXO	X		
Comentários		Responsável (nome e assinatura)			
		UERTON ABILIO			

LEGENDA:

C ==> CONFORME

NC => NÃO CONFORME

NA => NÃO APLICÁVEL