

Ord. Compra: 86691 Solicitação: 52605 Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA
 Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 16/04/2020
 Fornecedor: 5345 HAOXI EQUIPTOS - HAOXI EQUIPAMENTOS MED HOSPITALARES LTDA ME
 CNPJ/CPF: 05.678.146/0001-04 Insc Est.:
 Endereço: CLARENCE Nr.: 351 Compl.:
 Bairro: VILA CRUZEIRO Cep: 04727040
 Cidade: SAO PAULO UF: SP Conta: 95303 - 2 Agência: 837 - 0 Banco: 237
 Contato(s):
 E-Mail : EDUARDO@HAOXI.COM.BR
 Telefone Comercial : (11)5642-0587

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.: 105 Desc. Condição de Pgto.: 35 DIAS
 Período p/ Entrega: 16/04/2020 à 16/10/2020 Moeda: R\$ -
 % Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00
 Observação: ID: 102245164

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
5204 - ASPIRADOR DE SECRECAO PARA VACUO C/FRASCO 500ML	HAOXI			UNIDADE	8,0000	80,0000	0,0000	0,00	0,0000	640,00
Especificação: VACUOMETRO CONSTRUIDO EM CORPO DE METAL CROMADO, MANOMETRO DE 0 A 30HG, BOTAO DE REGULAGEM DE SPIRACAO, FRASCO DE VIDRO GRADUADO 500ML E BOIA DE SEGURANCA QUE IMPEDE A PASSAGEM DE SECRECAO PARA CANALIZACAO, UTILIZADO EM REDE DE VACUO.										
Detalhamento:										
2269 - TOMADA DUPLA COM VALVULA IMPACTO OXIGENIO	HAOXI			UNIDADE	10,0000	42,0000	0,0000	0,00	0,0000	420,00
Detalhamento:										

Total dos Produtos(+): 1.060,00
 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 (=):

1.060,00

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°: 52605/2020	16/04/2020		
Item	Roteiro	C	NC	NA	
1	n° do Processo	52605	X		
2	*Fundamento Legal	REGULAMENTO INTERNO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES DA FUABC E MANTIDAS	X		
3	Nome do contratado	HAOXI EQUIPAMENTOS MED HOSPITALARES LTDA ME	X		
4	CNPJ	05.678.146/0001-04	X		
5	Objeto com detalhamento	ASPIRADOR DE SECREÇÃO E TOMADA DUPLA	X		
6	Valor	R\$ 1.060,00 (mil e sessenta reais)	X		
7	Data	16/04/2020	X		
8	Prazo Contratual				X
9	Termo de Referência ou Edital				X
10	Instrumento contratual	ORDEM DE COMPRA 86691	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)			
		UERTON ABILIO			

LEGENDA:

C ==> CONFORME

NC => NÃO CONFORME

NA => NÃO APLICÁVEL