

Ord. Compra: 87644      Solicitação: 52993      Solic: ALMOXARIFADO  
Nº Processo:      Situação:      ABERTA      Dt Ord. Compra: 20/05/2020  
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.: 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: 20/05/2020 à 05/06/2020      Moeda: R\$ -  
% Desc: 0,00      VI Desc: 0,00      VI ICMS: 0,00  
Observação: PC 52993 2020

ID 102925751

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
11624 - MACA PARA TRANSPORTE DE OBITO	PATMOS			UNIDADE	8,0000	2.400,0000	0,0000	0,00	0,0000	19.200,00
Especificação: MACA PARA TRANSPORTE EM AÇO INOX, ALTURA 850 X LARGURA 700 X PROFUNDIDADE 1900MM, ESTRUTURA EM TUBOS DE AÇO INOX 304 POLIDO, ESTRUTURA SUPERIOR EM CHAPA DE AÇO INOX ESCOVADA, LEITO REMOVIVEL FABRICADO EM CHAPA DE AÇO INOX ESCOVADO, LEITO DA CABECEIRA FABRICADO EM CHAPA DE AÇO ESCOVADO, SISTEMA DE ARTICULAÇÃO DE CABECEIRA ATRAVES DE CREMALHEIRA, GRADES LATERAIS ARTICULAVEIS FABRICADAS EM TUBO DE AÇO INOX 304 POLIDO, BATENTES NAS EXTREMIDADES EMBORRACHADOS, 4 RODIZIOS 125MM, SENDO DOIS COM TRAVAS E DOIS SEM TRAVAS										

Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	19.200,00
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 (=):	19.200,00

GERENTE	COORDENADOR		
Data	Data	Data	Data

SUPRI-01-283

Ord. Compra: 87974                      Solicitação:    Solic:  
Nº Processo:                                      Situação:                                      ABERTA    Dt Ord. Compra: 02/06/2020  
Fornecedor:                      99983 PARAMOUNT    - PARAMOUNT BED DO BRASIL COMÉRCIO DE EQUIP. MÉDICOS L  
CNPJ/CPF: 08.994.833/0001-27    Insc Est.: 148.165.446.113  
Endereço: CARDIM DE 1 A 560    Nr.: 407                                      Compl.:  
Bairro: LIBERDADE                                      Cep: 01323000  
Cidade: SAO PAULO                                      UF: SP    Conta: - Agência: - Banco:  
Contato(s):  
Telefone Comercial : 11-38951775

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: -  
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.: 5                                      Desc. Condição de Pgto.: 21 DIAS  
Período p/ Entrega: 02/06/2020 à 17/06/2020                                      Moeda: R\$ -  
% Desc: 0,00                                      VI Desc: 0,00                                      VI ICMS: 0,00  
Observação: PC 52993 2020

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
6618 - MACA HIDRAULICA	PARAMOU			UNIDADE	5,0000	19.500,0000	0,0000	0,00	0,0000	97.500,00

Especificação: 1.1 EQUIPAMENTO MACA HIDRÁULICA. 1.2 CARACTERÍSTICA DE UTILIZAÇÃO INDICADOS E PROJETADOS PARA O TRANSPORTE DE PACIENTES EM QUALQUER MEIO DE CUIDADOS A SAÚDE. 1.3 TIPO DE MONTAGEM= PORTÁTIL. 1.4 CONFIGURAÇÃO FÍSICA:NÃO APLICÁVEL; 1.5 PRINCÍPIO DE FUNCIONAMENTO: NÃO APLICÁVEL; 1.6 CARACTERÍSTICAS DE CONSTRUÇÃO: BASE EM AÇO CARBONO, MONTADA SOBRE NO MÍNIMO 4 RODÍZIOS DE 8 POLEGADAS ;ESTRUTURA DO LEITO CONSTRUÍDA COM TUBOS RETANGULARES 30 X 70 MM; LEITO CONSTRUÍDO COM TUBOS QUADRADOS DE 25 X 25 MM, ARTICULÁVEL EM 4 PARTES, RADIOTRANSARENTE, EM MDF; ARTICULAÇÕES E ELEVAÇÃO DE ALTURA REALIZADA POR MEIO DE SISTEMA PNEUMÁTICO, ACIONADAS POR ALAVANCAS; MOVIMENTO DE LEITO: PRÓCLIVE, ELEVAÇÃO, SEMI-FOWLER, JOELHO, TRENDELEMBURG, TRENDELEMBURG REVERSO E FOWLER; SISTEMA DE GAVETA DE RAI0-X EM TODA EXTENSÃO DO LEITO, SEM INTERVENÇÃO NO PACIENTE; PROTEÇÃO LATERAL E FRONTAL E ROLLER BUMPER NOS QUATRO CANTOS DO LEITO DA MACA; DOTADO DE EMPURRADORES EM AMBOS OS SENTIDOS DA MACA; GRADES LATERAIS DE EMPILHAR COM TUBOS EM INOX E PROTEÇÃO DE POLIURETANO; CARENAGEM INFERIOR DE MATERIAL TERMOPLÁSTICO, DE ALTA RESISTÊNCIA, POSSUINDO CAVIDADE PARA CILINDRO DE OXIGÊNIO E OUTRA PARA OBJETOS DO PACIENTE; FREIO NOS QUATRO RODÍZIOS, ACIONADAS POR UM ÚNICO PEDAL E EM DIAGONAL POR PEDAIS INDIVIDUAIS; ACOMPANHADO DE HASTE DE SUPORTE DE SORO EM AÇO INOX E ADAPTADORES NOS QUATRO CANTOS DA MACA; SUPORTE PARA MONITOR E VENTILADOR DE TRANSPORTE COM CINTOS AJUSTÁVEIS; RÉGUA TRIPLA NO LEITO (CABECEIRA); GANCHOS DE FIXAÇÃO DE DRENO; 2.1 CAPACIDADE NOMINAL CAPACIDADE ERGONÔMICA DE 300 KG.2.2 FAIXA DE FUNCIONAMENTO NÃO APLICÁVEL. 2.3 DIMENSÕES FÍSICAS= 0,80 M X 2,15 M ( L X C). 3.1 TIPOS DE CONTROLES=NÃO

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
APLICÁVEL. 3.2 MODO DE INDICAÇÃO E REGISTROS DOS PARÂMETROS: NÃO APLICÁVEL. 3.3 ENTRADAS E SAÍDAS: NÃO APLICÁVEL.3.4 ALARMES:NÃO APLICÁVEL.4.1 SEGURANÇA: NÃO APLICÁVEL. 4.2 TENSÃO DE ALIMENTAÇÃO: NÃO APLICÁVEL. CERTIFICADO DE REGISTRO DO PRODUTO/EQUIPAMENTO NO MINISTÉRIO DA SAUDE										

Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	97.500,00
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 (=):	97.500,00

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 DE S.B.C		Aquisição e/ou Contratação PROC n°: 52993/2020	20/05/2020 e 02/06/2020		
Item	Roteiro		C	NC	NA
1	n° do Processo	52993	X		
2	*Fundamento Legal	REGULAMENTO INTERNO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES DA FUABC E MANTIDAS	X		
3	Nome do contratado	CIRURGICA BONAPARTE LTDA ME / PARAMOUNT BED DO BRASIL COMÉRCIO DE EQUIP. MÉDICOS LTDA	X		
4	CNPJ	04.228.124/0001-80 / 08.994.833/0001-27	X		
5	Objeto com detalhamento	MACA HIDRÁULICA E DE TRANSPORTE DE ÓBITO	X		
6	Valor	R\$ 116.700,00 (cento e dezesseis mil e setecentos reais)	X		
7	Data	20/05/2020 e 02/06/2020	X		
8	Prazo Contratual				X
9	Termo de Referência ou Edital				X
10	Instrumento contratual	ORDEM DE COMPRA 87644 e 87974	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