

Ord. Compra: 87969      Solicitação: 53209      Solic: ALMOXARIFADO  
Nº Processo:      Situação:      ABERTA      Dt Ord. Compra: 02/06/2020  
Fornecedor: 36904 BIO INFINITY      - BIO INFINITY TECNOLOGIA HOSPITALAR EIRELI - ME  
CNPJ/CPF: 23.586.413/0001-03      Insc Est.: 140203604118  
Endereço: BAIRI      Nr.: 217      Compl.:  
Bairro: ALTO DA LAPA      Cep: 05059000  
Cidade: SAO PAULO      UF: SP      Conta: 13004194 - 1 Agência: 4263 - Banco: 33  
Contato(s):  
E-Mail : FINANCEIRO@BIOINFINITY.COM.BR  
Telefone Comercial : 3647-9575

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 09/06/2020      Moeda: R\$ -  
% Desc: 0,00      VI Desc: 0,00      VI ICMS: 0,00  
Observação: PC 53209 2020

ID 103369909

| Produto  | Fabricante | Lote | Qt. Cons. | Unidade | Qtd Compr. | VI.Unit. | VI Desc. | %Des | VI IMP | VI Total |
|--|------------|------|-----------|---------|------------|----------|----------|------|--------|----------|
| 18938 - CABO DE LARINGOSCOPIO COM FIBRA OPTICA   | MD         |      |           | UNIDADE | 1,0000     | 385,0000 | 0,0000   | 0,00 | 0,0000 | 385,00   |
| Especificação: CABO DE LARINGOSCOPIO FIBRA OPTICA COM LUZ DE LED COMPATIVEL GOLD STAR ADULTO , FABRICADOS COM MECANISMOS DE COMUTAÇÃO, PARA FACIL SUBSTITUIÇÃO E LIMPEZA DO PUNHO. COM LAMPADA DE LED, LUZ BRANCA, FRIA, COM DURAÇÃO DE 50.000 HORAS. LAMPADA (REMOVIVEL), COMPATIVELIS COM A NORMA ISO 7376 |            |      |           |         |            |          |          |      |        |          |
| Detalhamento:  |            |      |           |         |            |          |          |      |        |          |
| 21793 - LAMINA MCCOY FIBRA OPTICA EMBUTIDA Nº03  | MD         |      |           | UNIDADE | 1,0000     | 220,0000 | 0,0000   | 0,00 | 0,0000 | 220,00   |
| Especificação: LAMINA MCCOY FIBRA OTICA EMBUTIDA Nº03 COMPATIVEL COM CABO GOLD   |            |      |           |         |            |          |          |      |        |          |
| Detalhamento:  |            |      |           |         |            |          |          |      |        |          |
| 21794 - LAMINA MCCOY FIBRA OPTICA EMBUTIDA Nº04  | MD         |      |           | UNIDADE | 1,0000     | 220,0000 | 0,0000   | 0,00 | 0,0000 | 220,00   |
| Especificação: LAMINA MCCOY FIBRA OTICA EMBUTIDA Nº04 COMPATIVEL COM CABO GOLD   |            |      |           |         |            |          |          |      |        |          |

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

Detalhamento:

|   |    |  |  |         |        |          |        |      |        |        |
|---|----|--|--|---------|--------|----------|--------|------|--------|--------|
| 21795 - LAMINA MCCOY<br>FIBRA OPTICA EMBUTIDA<br>Nº05 | MD |  |  | UNIDADE | 1,0000 | 220,0000 | 0,0000 | 0,00 | 0,0000 | 220,00 |
|---|----|--|--|---------|--------|----------|--------|------|--------|--------|

Especificação: LAMINA MCCOY FIBRA OTICA EMBUTIDA Nº02 COMPATIVEL COM CABO GOLD

Detalhamento:

|  |  |  |  |         |        |         |        |      |        |       |
|--|--|--|--|---------|--------|---------|--------|------|--------|-------|
| 21799 - MASCARA FACIAL DE VENTCARE<br>SILICONE Nº5 |  |  |  | UNIDADE | 2,0000 | 43,0000 | 0,0000 | 0,00 | 0,0000 | 86,00 |
|--|--|--|--|---------|--------|---------|--------|------|--------|-------|

Especificação: MASCARA FACIAL DE SILICONE Nº5

Detalhamento:

|  |        |  |  |         |        |          |        |      |        |        |
|--|--------|--|--|---------|--------|----------|--------|------|--------|--------|
| 21798 - REANIMADOR<br>MANUAL DE SILICONE<br>ADULTO | PROTEC |  |  | UNIDADE | 1,0000 | 181,0000 | 0,0000 | 0,00 | 0,0000 | 181,00 |
|--|--------|--|--|---------|--------|----------|--------|------|--------|--------|

Especificação: REANIMADOR MANUAL DE SILICONE ADULTO

Detalhamento:

|  |                 |
|--|-----------------|
| Total dos Produtos(+):                               | 1.312,00        |
| 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 (=):                                     | <u>1.312,00</u> |

|         |             |      |      |
|---------|-------------|------|------|
| GERENTE | COORDENADOR |      |      |
| Data    | Data        | Data | Data |

SUPRI-01-283

Ord. Compra: 87997      Solicitação:      Solic:  
Nº Processo:      Situação:      ABERTA      Dt Ord. Compra: 02/06/2020  
Fornecedor: 3099 CNPH      - CNPH - COMERCIAL NACIONAL DE PRODUTOS HOSPITALARES L  
CNPJ/CPF: 00.142.916/0001-86      Insc Est.:  
Endereço: RUA      Nr.:      Compl.:  
Bairro:      Cep:  
Cidade: SAO BERNARDO DO CAMP      UF: SP      Conta: 41339 - 9 Agência: 497 - Banco: 237  
Contato(s):  
E-Mail : JANAINA@CNPH.COM.BR  
Telefone Comercial : (11)3385-9339

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: -  
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: 02/06/2020 à 09/06/2020      Moeda: R\$ -  
% Desc: 0,00      VI Desc: 0,00      VI ICMS: 0,00  
Observação: PC 53209 2020

ID 103369909

| Produto  | Fabricante | Lote | Qt. Cons. | Unidade | Qtd Compr. | VI.Unit. | VI Desc. | %Des | VI IMP | VI Total |
|--|------------|------|-----------|---------|------------|----------|----------|------|--------|----------|
| 18948 - INTRODUTOR BOUGIE ADULTO 15FR VENTILADO  | NINGBO     |      |           | UNIDADE | 4,0000     | 13,8300  | 0,0000   | 0,00 | 0,0000 | 55,32    |
| Especificação: INTRODUTOR BOUGIE ADULTO 15FR- PONTA ANGULADA PRE-FORMATADA, MARCAS DE GRADUAÇÃO, ESTERIL, USO UNICO, VENTILADO |            |      |           |         |            |          |          |      |        |          |
| Detalhamento:  |            |      |           |         |            |          |          |      |        |          |

|  |              |
|--|--------------|
| Total dos Produtos(+):                               | 55,32        |
| 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 (=):                                     | <u>55,32</u> |

|         |             |      |      |
|---------|-------------|------|------|
| GERENTE | COORDENADOR |      |      |
| Data    | Data        | Data | Data |

SUPRI-01-283

Ord. Compra: 87998                      Solicitação:    Solic:  
Nº Processo:                                      Situação:                                      ABERTA    Dt Ord. Compra: 02/06/2020  
Fornecedor:                      5346 CELMAT    - CELSO LOPES MARTINS EPP  
CNPJ/CPF: 96.260.369/0001-02    Insc Est.:  
Endereço: CURUPIAS    Nr.: 160                      Compl.:  
Bairro: JABAQUARA    Cep: 04344050  
Cidade: SAO PAULO    UF: SP    Conta: 83984 - 1 Agência: 287 - 9 Banco: 237  
Contato(s):  
E-Mail : VENDAS@CELMAT.COM.BR

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: -  
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 02/07/2020                      Moeda: R\$ -  
% Desc:0,00                      VI Desc:0,00                      VI ICMS:0,00  
Observação: PC 53209 2020

ID 103369909

| Produto             | Fabricante | Lote | Qt. Cons. | Unidade | Qtd Compr. | VI.Unit. | VI Desc. | %Des | VI IMP | VI Total |
|---------------------|------------|------|-----------|---------|------------|----------|----------|------|--------|----------|
| 20065 - CANULA VAMA | AJL        |      |           | UNIDADE | 4,0000     | 220,0000 | 0,0000   | 0,00 | 0,0000 | 880,00   |

Detalhamento:

|                    |     |  |  |         |        |            |        |      |        |          |
|--------------------|-----|--|--|---------|--------|------------|--------|------|--------|----------|
| 11119 - CUFFOMETRO | VBM |  |  | UNIDADE | 1,0000 | 2.100,0000 | 0,0000 | 0,00 | 0,0000 | 2.100,00 |
|--------------------|-----|--|--|---------|--------|------------|--------|------|--------|----------|

Especificação: MEDIDOR DE PRESSÃO DO BALONETE (CUFF) DO TUDO ENDOTRAQUEAL. DESCRITIVO: MANÔMETRO EM CAIXA DE AÇO, VISOR DE DECLAQUE, ESCALA CM/H2O (CENTÍMETROS DE ÁGUA), PONTEIRO DE AÇO DE 0 A 120, PROTEGIDO POR PLÁSTICO RESISTENTE NA FORMA DO VISOR, PERA OVAL EM BORRACHA COM 7,0 CM DE COMPRIMENTO E 3 CM DE DIÂMETRO, PERMITINDO FÁCIL E SEGURA EMPUNHADURA E OPERAÇÃO DO DISPOSITIVO. PRESILHA PARA FIXAÇÃO DO DISPOSITIVO NO CINTO OU BOLSO DO USUÁRIO, ACOMPANHA 2 TUBOS DE CONEXÃO PACIENTE, DISPOSITIVO EM PVC COM ENGATE LUER. MARCA VBM.

Detalhamento:

|                                     |        |  |  |         |        |          |        |      |        |        |
|-------------------------------------|--------|--|--|---------|--------|----------|--------|------|--------|--------|
| 21797 - INTRODUTOR BOUGIE OXIGENADO | CELMAT |  |  | UNIDADE | 2,0000 | 220,0000 | 0,0000 | 0,00 | 0,0000 | 440,00 |
|-------------------------------------|--------|--|--|---------|--------|----------|--------|------|--------|--------|

Especificação: INTRODUTOR BOUGIE OXIGENADO

Detalhamento:

| Produto   | Fabricante      | Lote | Qt. Cons. | Unidade | Qtd Compr. | VI.Unit.   | VI Desc. | %Des | VI IMP | VI Total |
|---|-----------------|------|-----------|---------|------------|------------|----------|------|--------|----------|
| 21791 - MALETA VIA AEREA DIFICIL N°6 ADULTO   | APENAS A MALETA |      |           | UNIDADE | 1,0000     | 1.650,0000 | 0,0000   | 0,00 | 0,0000 | 1.650,00 |
| Especificação: MALETA VIA AEREA DIFICIL N°6 ADULTO (450MM X 340MM X 220MM) 6KG<br>CONTENDO OS SEGUINTE ITENS: |                 |      |           |         |            |            |          |      |        |          |

- QTDE / ITEM  
 2 - MASCARA DE ENDOSCOPIA ADULTO  
 2 - MASCARA FACIAL DE SILICONE N°5  
 1 - REANIMADOR MANUAL DE SILICONE ADULTO  
 2 - INTRODUTOR BOUGIE OXIGENADO  
 2 - CUFFOMETRO  
 4 - CANULA VAMA  
 1 - QUICKTRACH 2 ADULTO 4.0MM  
 1 - TUBO LARINGEO COM ASPIRAÇÃO GASTRICA ADULTO  
 4 - INTRODUTOR BOUGIE ADULTO 15FR VENTILADO  
 1 - LAMINA MCCOY FIBRA OPTICA EMBUTIDA N°05  
 2 - LAMINA MCCOY FIBRA OPTICA EMBUTIDA N°04  
 1 - CABO DE LARINGOSCOPIO COM FIBRA OPTICA  
 2 - LAMINA MCCOY FIBRA OPTICA EMBUTIDA N°03

Detalhamento:

|   |     |  |  |         |        |          |        |      |        |        |
|---|-----|--|--|---------|--------|----------|--------|------|--------|--------|
| 3828 - MASCARA DE ENDOSCOPIA ADULTO         | VBM |  |  | UNIDADE | 2,0000 | 150,0000 | 0,0000 | 0,00 | 0,0000 | 300,00 |
| Especificação: MASCARA DE ENDOSCOPIA ADULTO |     |  |  |         |        |          |        |      |        |        |
| Detalhamento:                               |     |  |  |         |        |          |        |      |        |        |

|   |     |  |  |         |        |            |        |      |        |          |
|---|-----|--|--|---------|--------|------------|--------|------|--------|----------|
| 17628 - QUICKTRACH 2 ADULTO 4.0MM   | VBM |  |  | UNIDADE | 1,0000 | 2.190,0000 | 0,0000 | 0,00 | 0,0000 | 2.190,00 |
| Especificação: QUICKTRACH 2 ADULTO 4.0MM I.DM ESTERIL, USO UNICO, TUBO PLASTICO COM BALAÇÃO |     |  |  |         |        |            |        |      |        |          |
| Detalhamento:   |     |  |  |         |        |            |        |      |        |          |

|  |        |  |  |         |        |          |        |      |        |        |
|--|--------|--|--|---------|--------|----------|--------|------|--------|--------|
| 21796 - TUBO LARINGEO COM ASPIRAÇÃO GASTRICA ADULTO        | CELMAT |  |  | UNIDADE | 1,0000 | 320,0000 | 0,0000 | 0,00 | 0,0000 | 320,00 |
| Especificação: TUBO LARINGEO COM ASPIRAÇÃO GASTRICA ADULTO |        |  |  |         |        |          |        |      |        |        |
| Detalhamento:  |        |  |  |         |        |          |        |      |        |        |

|  |                 |
|--|-----------------|
| Total dos Produtos(+):                               | 7.880,00        |
| 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 (=):                                     | <u>7.880,00</u> |

|         |             |      |      |
|---------|-------------|------|------|
| GERENTE | COORDENADOR |      |      |
| Data    | Data        | Data | Data |

Ord. Compra: 88006      Solicitação:      Solic:  
Nº Processo:      Situação:      ABERTA      Dt Ord. Compra: 02/06/2020  
Fornecedor: 3099 CNPH      - CNPH - COMERCIAL NACIONAL DE PRODUTOS HOSPITALARES L  
CNPJ/CPF: 00.142.916/0001-86      Insc Est.:  
Endereço: RUA      Nr.:      Compl.:  
Bairro:      Cep:  
Cidade: SAO BERNARDO DO CAMP      UF: SP      Conta: 41339 - 9 Agência: 497 - Banco: 237  
Contato(s):  
E-Mail : JANAINA@CNPH.COM.BR  
Telefone Comercial : (11)3385-9339

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.: 8      Desc. Condição de Pgto.: 45 DIAS  
Período p/ Entrega: 02/06/2020 à 09/06/2020      Moeda: R\$ -  
% Desc: 0,00      VI Desc: 0,00      VI ICMS: 0,00  
Observação: PC 53201 2020

ID 103369909

| Produto  | Fabricante | Lote | Qt. Cons. | Unidade | Qtd Compr. | VI.Unit. | VI Desc. | %Des | VI IMP | VI Total |
|--|------------|------|-----------|---------|------------|----------|----------|------|--------|----------|
| 18948 - INTRODUTOR BOUGIE ADULTO 15FR VENTILADO  | NINGBO     |      |           | UNIDADE | 4,0000     | 13,8300  | 0,0000   | 0,00 | 0,0000 | 55,32    |
| Especificação: INTRODUTOR BOUGIE ADULTO 15FR- PONTA ANGULADA PRE-FORMATADA, MARCAS DE GRADUAÇÃO, ESTERIL, USO UNICO, VENTILADO |            |      |           |         |            |          |          |      |        |          |
| Detalhamento:  |            |      |           |         |            |          |          |      |        |          |

Total dos Produtos(+): 55,32  
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 (=): 55,32

|         |             |      |      |
|---------|-------------|------|------|
| GERENTE | COORDENADOR |      |      |
| Data    | Data        | Data | Data |

SUPRI-01-283



Ord. Compra: 88008                      Solicitação:    Solic:  
Nº Processo:                                      Situação:                                      ABERTA    Dt Ord. Compra: 02/06/2020  
Fornecedor:                      36904 BIO INFINITY    - BIO INFINITY TECNOLOGIA HOSPITALAR EIRELI - ME  
CNPJ/CPF: 23.586.413/0001-03    Insc Est.: 140203604118  
Endereço: BAIRI    Nr.: 217                      Compl.:  
Bairro: ALTO DA LAPA    Cep: 05059000  
Cidade: SAO PAULO    UF: SP    Conta: 13004194 - 1 Agência: 4263 - Banco: 33  
Contato(s):  
E-Mail : FINANCEIRO@BIOINFINITY.COM.BR  
Telefone Comercial : 3647-9575

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.: 7                      Desc. Condição de Pgto.: 30 DIAS  
Período p/ Entrega: 02/06/2020 à 09/06/2020                      Moeda: R\$ -  
% Desc:0,00                      VI Desc:0,00                      VI ICMS:0,00  
Observação: PC 53201 2020

ID 103369909

| Produto  | Fabricante | Lote | Qt. Cons. | Unidade | Qtd Compr. | VI.Unit. | VI Desc. | %Des | VI IMP | VI Total |
|--|------------|------|-----------|---------|------------|----------|----------|------|--------|----------|
| 18938 - CABO DE LARINGOSCOPIO COM FIBRA OPTICA   | MD         |      |           | UNIDADE | 1,0000     | 385,0000 | 0,0000   | 0,00 | 0,0000 | 385,00   |
| Especificação: CABO DE LARINGOSCOPIO FIBRA OPTICA COM LUZ DE LED COMPATIVEL GOLD STAR ADULTO , FABRICADOS COM MECANISMOS DE COMUTAÇÃO, PARA FACIL SUBSTITUIÇÃO E LIMPEZA DO PUNHO. COM LAMPADA DE LED, LUZ BRANCA, FRIA, COM DURAÇÃO DE 50.000 HORAS. LAMPADA (REMOVIVEL), COMPATIVELIS COM A NORMA ISO 7376 |            |      |           |         |            |          |          |      |        |          |
| Detalhamento:  |            |      |           |         |            |          |          |      |        |          |
| 21793 - LAMINA MCCOY FIBRA OPTICA EMBUTIDA Nº03  | MD         |      |           | UNIDADE | 1,0000     | 220,0000 | 0,0000   | 0,00 | 0,0000 | 220,00   |
| Especificação: LAMINA MCCOY FIBRA OTICA EMBUTIDA Nº03 COMPATIVEL COM CABO GOLD   |            |      |           |         |            |          |          |      |        |          |
| Detalhamento:  |            |      |           |         |            |          |          |      |        |          |
| 21794 - LAMINA MCCOY FIBRA OPTICA EMBUTIDA Nº04  | MD         |      |           | UNIDADE | 1,0000     | 220,0000 | 0,0000   | 0,00 | 0,0000 | 220,00   |
| Especificação: LAMINA MCCOY FIBRA OTICA EMBUTIDA Nº04 COMPATIVEL COM CABO GOLD   |            |      |           |         |            |          |          |      |        |          |

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

Detalhamento:

|   |    |  |  |         |        |          |        |      |        |        |
|---|----|--|--|---------|--------|----------|--------|------|--------|--------|
| 21795 - LAMINA MCCOY<br>FIBRA OPTICA EMBUTIDA<br>Nº05 | MD |  |  | UNIDADE | 1,0000 | 220,0000 | 0,0000 | 0,00 | 0,0000 | 220,00 |
|---|----|--|--|---------|--------|----------|--------|------|--------|--------|

Especificação: LAMINA MCCOY FIBRA OTICA EMBUTIDA Nº02 COMPATIVEL COM CABO GOLD

Detalhamento:

|  |  |  |  |         |        |         |        |      |        |       |
|--|--|--|--|---------|--------|---------|--------|------|--------|-------|
| 21799 - MASCARA FACIAL DE VENTCARE<br>SILICONE Nº5 |  |  |  | UNIDADE | 2,0000 | 43,0000 | 0,0000 | 0,00 | 0,0000 | 86,00 |
|--|--|--|--|---------|--------|---------|--------|------|--------|-------|

Especificação: MASCARA FACIAL DE SILICONE Nº5

Detalhamento:

|  |        |  |  |         |        |          |        |      |        |        |
|--|--------|--|--|---------|--------|----------|--------|------|--------|--------|
| 21798 - REANIMADOR<br>MANUAL DE SILICONE<br>ADULTO | PROTEC |  |  | UNIDADE | 1,0000 | 181,0000 | 0,0000 | 0,00 | 0,0000 | 181,00 |
|--|--------|--|--|---------|--------|----------|--------|------|--------|--------|

Especificação: REANIMADOR MANUAL DE SILICONE ADULTO

Detalhamento:

|  |                 |
|--|-----------------|
| Total dos Produtos(+):                               | 1.312,00        |
| 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 (=):                                     | <u>1.312,00</u> |

|         |             |      |      |
|---------|-------------|------|------|
| GERENTE | COORDENADOR |      |      |
| Data    | Data        | Data | Data |

SUPRI-01-283

Ord. Compra: 88009                      Solicitação:    Solic:  
Nº Processo:                                      Situação:                                      ABERTA    Dt Ord. Compra: 02/06/2020  
Fornecedor:                      5346 CELMAT    - CELSO LOPES MARTINS EPP  
CNPJ/CPF: 96.260.369/0001-02    Insc Est.:  
Endereço: CURUPIAS    Nr.: 160                      Compl.:  
Bairro: JABAQUARA    Cep: 04344050  
Cidade: SAO PAULO    UF: SP    Conta: 83984 - 1 Agência: 287 - 9 Banco: 237  
Contato(s):  
E-Mail : VENDAS@CELMAT.COM.BR

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.: 7    Desc. Condição de Pgto.: 30 DIAS  
Período p/ Entrega: 02/06/2020 à 02/07/2020                      Moeda: R\$ -  
% Desc:0,00                      VI Desc:0,00                      VI ICMS:0,00  
Observação: PC 53201 2020

ID 103369909

| Produto             | Fabricante | Lote | Qt. Cons. | Unidade | Qtd Compr. | VI.Unit. | VI Desc. | %Des | VI IMP | VI Total |
|---------------------|------------|------|-----------|---------|------------|----------|----------|------|--------|----------|
| 20065 - CANULA VAMA | AJL        |      |           | UNIDADE | 4,0000     | 220,0000 | 0,0000   | 0,00 | 0,0000 | 880,00   |

Detalhamento:

|                    |     |  |  |         |        |            |        |      |        |          |
|--------------------|-----|--|--|---------|--------|------------|--------|------|--------|----------|
| 11119 - CUFFOMETRO | VBM |  |  | UNIDADE | 1,0000 | 2.100,0000 | 0,0000 | 0,00 | 0,0000 | 2.100,00 |
|--------------------|-----|--|--|---------|--------|------------|--------|------|--------|----------|

Especificação: MEDIDOR DE PRESSÃO DO BALONETE (CUFF) DO TUDO ENDOTRAQUEAL. DESCRITIVO: MANÔMETRO EM CAIXA DE AÇO, VISOR DE DECLAQUE, ESCALA CM/H2O (CENTÍMETROS DE ÁGUA), PONTEIRO DE AÇO DE 0 A 120, PROTEGIDO POR PLÁSTICO RESISTENTE NA FORMA DO VISOR, PERA OVAL EM BORRACHA COM 7,0 CM DE COMPRIMENTO E 3 CM DE DIÂMETRO, PERMITINDO FÁCIL E SEGURA EMPUNHADURA E OPERAÇÃO DO DISPOSITIVO. PRESILHA PARA FIXAÇÃO DO DISPOSITIVO NO CINTO OU BOLSO DO USUÁRIO, ACOMPANHA 2 TUBOS DE CONEXÃO PACIENTE, DISPOSITIVO EM PVC COM ENGATE LUER. MARCA VBM.

Detalhamento:

|                                     |        |  |  |         |        |          |        |      |        |        |
|-------------------------------------|--------|--|--|---------|--------|----------|--------|------|--------|--------|
| 21797 - INTRODUTOR BOUGIE OXIGENADO | CELMAT |  |  | UNIDADE | 2,0000 | 220,0000 | 0,0000 | 0,00 | 0,0000 | 440,00 |
|-------------------------------------|--------|--|--|---------|--------|----------|--------|------|--------|--------|

Especificação: INTRODUTOR BOUGIE OXIGENADO

Detalhamento:

| Produto   | Fabricante      | Lote | Qt. Cons. | Unidade | Qtd Compr. | VI.Unit.   | VI Desc. | %Des | VI IMP | VI Total |
|---|-----------------|------|-----------|---------|------------|------------|----------|------|--------|----------|
| 21791 - MALETA VIA AEREA DIFICIL N°6 ADULTO   | APENAS A MALETA |      |           | UNIDADE | 1,0000     | 1.650,0000 | 0,0000   | 0,00 | 0,0000 | 1.650,00 |
| Especificação: MALETA VIA AEREA DIFICIL N°6 ADULTO (450MM X 340MM X 220MM) 6KG<br>CONTENDO OS SEGUINTE ITENS: |                 |      |           |         |            |            |          |      |        |          |

- QTDE / ITEM  
 2 - MASCARA DE ENDOSCOPIA ADULTO  
 2 - MASCARA FACIAL DE SILICONE N°5  
 1 - REANIMADOR MANUAL DE SILICONE ADULTO  
 2 - INTRODUTOR BOUGIE OXIGENADO  
 2 - CUFFOMETRO  
 4 - CANULA VAMA  
 1 - QUICKTRACH 2 ADULTO 4.0MM  
 1 - TUBO LARINGEO COM ASPIRAÇÃO GASTRICA ADULTO  
 4 - INTRODUTOR BOUGIE ADULTO 15FR VENTILADO  
 1 - LAMINA MCCOY FIBRA OPTICA EMBUTIDA N°05  
 2 - LAMINA MCCOY FIBRA OPTICA EMBUTIDA N°04  
 1 - CABO DE LARINGOSCOPIO COM FIBRA OPTICA  
 2 - LAMINA MCCOY FIBRA OPTICA EMBUTIDA N°03

Detalhamento:

|   |     |  |  |         |        |          |        |      |        |        |
|---|-----|--|--|---------|--------|----------|--------|------|--------|--------|
| 3828 - MASCARA DE ENDOSCOPIA ADULTO         | VBM |  |  | UNIDADE | 2,0000 | 150,0000 | 0,0000 | 0,00 | 0,0000 | 300,00 |
| Especificação: MASCARA DE ENDOSCOPIA ADULTO |     |  |  |         |        |          |        |      |        |        |
| Detalhamento:                               |     |  |  |         |        |          |        |      |        |        |

|   |     |  |  |         |        |            |        |      |        |          |
|---|-----|--|--|---------|--------|------------|--------|------|--------|----------|
| 17628 - QUICKTRACH 2 ADULTO 4.0MM   | VBM |  |  | UNIDADE | 1,0000 | 2.190,0000 | 0,0000 | 0,00 | 0,0000 | 2.190,00 |
| Especificação: QUICKTRACH 2 ADULTO 4.0MM I.DM ESTERIL, USO UNICO, TUBO PLASTICO COM BALAÇÃO |     |  |  |         |        |            |        |      |        |          |
| Detalhamento:   |     |  |  |         |        |            |        |      |        |          |

|  |        |  |  |         |        |          |        |      |        |        |
|--|--------|--|--|---------|--------|----------|--------|------|--------|--------|
| 21796 - TUBO LARINGEO COM ASPIRAÇÃO GASTRICA ADULTO        | CELMAT |  |  | UNIDADE | 1,0000 | 320,0000 | 0,0000 | 0,00 | 0,0000 | 320,00 |
| Especificação: TUBO LARINGEO COM ASPIRAÇÃO GASTRICA ADULTO |        |  |  |         |        |          |        |      |        |        |
| Detalhamento:  |        |  |  |         |        |          |        |      |        |        |

|  |                 |
|--|-----------------|
| Total dos Produtos(+):                               | 7.880,00        |
| 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 (=):                                     | <u>7.880,00</u> |

|         |             |      |      |
|---------|-------------|------|------|
| GERENTE | COORDENADOR |      |      |
| Data    | Data        | Data | Data |

Ord. Compra: 88010 Solicitação: Solic:  
 Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 02/06/2020  
 Fornecedor: 3099 CNPH - CNPH - COMERCIAL NACIONAL DE PRODUTOS HOSPITALARES L  
 CNPJ/CPF: 00.142.916/0001-86 Insc Est.:  
 Endereço: RUA Nr.: Compl.:  
 Bairro: Cep:  
 Cidade: SAO BERNARDO DO CAMP UF: SP Conta: 41339 - 9 Agência: 497 - Banco: 237  
 Contato(s):  
 E-Mail : JANAINA@CNPH.COM.BR  
 Telefone Comercial : (11)3385-9339

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: -  
 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.: 8 Desc. Condição de Pgto.: 45 DIAS  
 Período p/ Entrega: 02/06/2020 à 09/06/2020 Moeda: R\$ -  
 % Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00  
 Observação: PC 53205 2020

ID 103369909

| Produto  | Fabricante | Lote | Qt. Cons. | Unidade | Qtd Compr. | VI.Unit. | VI Desc. | %Des | VI IMP | VI Total |
|--|------------|------|-----------|---------|------------|----------|----------|------|--------|----------|
| 18948 - INTRODUTOR BOUGIE ADULTO 15FR VENTILADO  | NINGBO     |      |           | UNIDADE | 4,0000     | 13,8300  | 0,0000   | 0,00 | 0,0000 | 55,32    |
| Especificação: INTRODUTOR BOUGIE ADULTO 15FR- PONTA ANGULADA PRE-FORMATADA, MARCAS DE GRADUAÇÃO, ESTERIL, USO UNICO, VENTILADO |            |      |           |         |            |          |          |      |        |          |
| Detalhamento:  |            |      |           |         |            |          |          |      |        |          |
| 20067 - INTRODUTOR BOUGIE DOBRAVEL NEONATAL  | NINGBO     |      |           | UNIDADE | 2,0000     | 13,8300  | 0,0000   | 0,00 | 0,0000 | 27,66    |
| Detalhamento:  |            |      |           |         |            |          |          |      |        |          |
| 18730 - INTRODUTOR BOUGIE INFANTIL   | NINGBO     |      |           | UNIDADE | 4,0000     | 13,8300  | 0,0000   | 0,00 | 0,0000 | 55,32    |
| Especificação: INTRODUTOR BOUGIE INFANTIL - PONTA ANGULADA PRÉ-FORMADA, MARCAS DE GRADUAÇÃO, ESTERIL, USO UNICO                |            |      |           |         |            |          |          |      |        |          |
| Detalhamento:  |            |      |           |         |            |          |          |      |        |          |

Total dos Produtos(+): 138,30

|  |               |
|--|---------------|
| 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 (=):                                     | <u>138,30</u> |

|         |             |      |      |
|---------|-------------|------|------|
| GERENTE | COORDENADOR |      |      |
| Data    | Data        | Data | Data |

SUPRI-01-283

Ord. Compra: 88013      Solicitação: 53205      Solic: ALMOXARIFADO  
Nº Processo:      Situação:      ABERTA      Dt Ord. Compra: 03/06/2020  
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.: 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.: 9      Desc. Condição de Pgto.: 60 DIAS  
Período p/ Entrega: 03/06/2020 à 10/06/2020      Moeda: R\$ -  
% Desc: 0,00      VI Desc: 0,00      VI ICMS: 0,00  
Observação: PC 53205 2020

ID 103369909

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

|   |        |  |  |         |        |            |        |      |        |          |
|---|--------|--|--|---------|--------|------------|--------|------|--------|----------|
| 20066 - CONJUNTO DE CRICOTIROTOMIA (INFANTIL 2MM) | CELMAT |  |  | UNIDADE | 1,0000 | 1.147,5000 | 0,0000 | 0,00 | 0,0000 | 1.147,50 |
|---|--------|--|--|---------|--------|------------|--------|------|--------|----------|

Especificação: DISPOSITIVO ESTÉRIL (PREMONTADO, COM AGULHA, LIMITADOR PARA IMPEDIR A INTRODUÇÃO PROFUNDA DA AGULHA E FIXADOR) PARA CRICOTIROTOMIA POR PUNÇÃO. DI 2,0MM

Detalhamento:

|  |          |
|--|----------|
| Total dos Produtos(+):                               | 1.147,50 |
| 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 (=):                                     | 1.147,50 |

|         |             |      |      |
|---------|-------------|------|------|
| GERENTE | COORDENADOR |      |      |
| Data    | Data        | Data | Data |

SUPRI-01-283



Ord. Compra: 88016 Solicitação: Solic:  
Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 03/06/2020  
Fornecedor: 36904 BIO INFINITY - BIO INFINITY TECNOLOGIA HOSPITALAR EIRELI - ME  
CNPJ/CPF: 23.586.413/0001-03 Insc Est.: 140203604118  
Endereço: BAIRI Nr.: 217 Compl.:  
Bairro: ALTO DA LAPA Cep: 05059000  
Cidade: SAO PAULO UF: SP Conta: 13004194 - 1 Agência: 4263 - Banco: 33  
Contato(s):  
E-Mail : FINANCEIRO@BIOINFINITY.COM.BR  
Telefone Comercial : 3647-9575

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: -  
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: 03/06/2020 à 09/06/2020 Moeda: R\$ -  
% Desc:0,00 VI Desc:0,00 VI ICMS:0,00  
Observação: PC 53205 2020

ID 103369909

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

|   |        |  |  |         |        |          |        |      |        |        |
|---|--------|--|--|---------|--------|----------|--------|------|--------|--------|
| 5668 - AMBU PEDIATRICO REANIMADOR DE SILICONE | PROTEC |  |  | UNIDADE | 1,0000 | 177,0000 | 0,0000 | 0,00 | 0,0000 | 177,00 |
|---|--------|--|--|---------|--------|----------|--------|------|--------|--------|

Especificação: REANIMADOR MANUAL PEDIÁTRICO: REANIMADOR PULMONAR COMPLETO (BALÃO, MÁSCARA E RESERVATÓRIO), COM BALÃO EM SILICONE E BARREIRA DUPLA; VÁLVULA UNIDIRECIONAL EM POLICARBONATO E MEMBRANA DE SILICONE, COM ACOPLAMENTO EXTERNO PARA MÁSCARA DE ACORDO COM NORMA INTERNACIONAL, VÁLVULA DE ALÍVIO DE PRESSÃO EM POLICARBONATO COM MEMBRANA DE SILICONE (POP-OFF); CONECTOR PARA ALIMENTAÇÃO DE GÁS OXIGÊNIO, VÁLVULA DE ADMISSÃO EM POLICARBONATO COM MEMBRANA DE SILICONE PARA CONEXÃO DE BOLSA RESERVATÓRIA OU TRAQUEIA, MÁSCARA COM COXIM PARA TOTAL VEDAÇÃO, NO FORMATO OVAL, HERMÉTICA; AUTOCLAVÁVEL A 134° C; VOLUME MÁXIMO DE 635 ML DE OXIGÊNIO EM BALÃO.

Detalhamento:

|  |    |  |  |         |        |          |        |      |        |        |
|--|----|--|--|---------|--------|----------|--------|------|--------|--------|
| 18938 - CABO DE LARINGOSCOPIO COM FIBRA OPTICA | MD |  |  | UNIDADE | 1,0000 | 385,0000 | 0,0000 | 0,00 | 0,0000 | 385,00 |
|--|----|--|--|---------|--------|----------|--------|------|--------|--------|

Especificação: CABO DE LARINGOSCOPIO FIBRA OPTICA COM LUZ DE LED COMPATIVEL GOLD STAR ADULTO , FABRICADOS COM MECANISMOS DE COMUTAÇÃO, PARA FACIL SUBSTITUIÇÃO E LIMPEZA DO PUNHO. COM LAMPADA DE LED, LUZ BRANCA, FRIA, COM DURAÇÃO DE 50.000 HORAS. LAMPADA (REMOVIVEL), COMPATIVELIS COM A NORMA ISO 7376

| Produto   | Fabricante | Lote | Qt. Cons. | Unidade | Qtd Compr. | VI.Unit. | VI Desc. | %Des | VI IMP | VI Total |
|---|------------|------|-----------|---------|------------|----------|----------|------|--------|----------|
| Detalhamento:   |            |      |           |         |            |          |          |      |        |          |
| 20064 - CABO INFANTIL PARA MD LARINGOSCOPIO   |            |      |           | UNIDADE | 1,0000     | 385,0000 | 0,0000   | 0,00 | 0,0000 | 385,00   |
| Especificação: CABO INFANTIL PARA LARINGOSCOPIO COMPATÍVEL COM LAMINA Nº2 MCCOY (DE INTUBAÇÃO DIFÍCIL) DO TIPO FIBRA OPTICA COMPATÍVEL COM LAMINA GOLDSTAR.   |            |      |           |         |            |          |          |      |        |          |
| Detalhamento:   |            |      |           |         |            |          |          |      |        |          |
| 21792 - LAMINA MCCOY FIBRA OPTICA EMBUTIDA Nº02   | MD         |      |           | UNIDADE | 1,0000     | 220,0000 | 0,0000   | 0,00 | 0,0000 | 220,00   |
| Especificação: LAMINA MCCOY FIBRA OTICA EMBUTIDA Nº02 COMPATIVEL COM CABO GOLD  |            |      |           |         |            |          |          |      |        |          |
| Detalhamento:   |            |      |           |         |            |          |          |      |        |          |
| 21793 - LAMINA MCCOY FIBRA OPTICA EMBUTIDA Nº03   | MD         |      |           | UNIDADE | 2,0000     | 220,0000 | 0,0000   | 0,00 | 0,0000 | 440,00   |
| Especificação: LAMINA MCCOY FIBRA OTICA EMBUTIDA Nº03 COMPATIVEL COM CABO GOLD  |            |      |           |         |            |          |          |      |        |          |
| Detalhamento:   |            |      |           |         |            |          |          |      |        |          |
| 21794 - LAMINA MCCOY FIBRA OPTICA EMBUTIDA Nº04   | MD         |      |           | UNIDADE | 2,0000     | 220,0000 | 0,0000   | 0,00 | 0,0000 | 440,00   |
| Especificação: LAMINA MCCOY FIBRA OTICA EMBUTIDA Nº04 COMPATIVEL COM CABO GOLD  |            |      |           |         |            |          |          |      |        |          |
| Detalhamento:   |            |      |           |         |            |          |          |      |        |          |
| 21795 - LAMINA MCCOY FIBRA OPTICA EMBUTIDA Nº05   | MD         |      |           | UNIDADE | 1,0000     | 220,0000 | 0,0000   | 0,00 | 0,0000 | 220,00   |
| Especificação: LAMINA MCCOY FIBRA OTICA EMBUTIDA Nº02 COMPATIVEL COM CABO GOLD  |            |      |           |         |            |          |          |      |        |          |
| Detalhamento:   |            |      |           |         |            |          |          |      |        |          |
| 21800 - MASCARA FACIAL DE SILICONE Nº2  |            |      |           | UNIDADE | 2,0000     | 25,0000  | 0,0000   | 0,00 | 0,0000 | 50,00    |
| Especificação: MASCARA FACIAL DE SILICONE Nº2   |            |      |           |         |            |          |          |      |        |          |
| Detalhamento:   |            |      |           |         |            |          |          |      |        |          |
| 21799 - MASCARA FACIAL DE SILICONE Nº5  |            |      |           | UNIDADE | 2,0000     | 43,0000  | 0,0000   | 0,00 | 0,0000 | 86,00    |
| Especificação: MASCARA FACIAL DE SILICONE Nº5   |            |      |           |         |            |          |          |      |        |          |
| Detalhamento:   |            |      |           |         |            |          |          |      |        |          |
| 21798 - REANIMADOR MANUAL DE SILICONE ADULTO  | PROTEC     |      |           | UNIDADE | 1,0000     | 181,0000 | 0,0000   | 0,00 | 0,0000 | 181,00   |
| Especificação: REANIMADOR MANUAL DE SILICONE ADULTO   |            |      |           |         |            |          |          |      |        |          |
| Detalhamento:   |            |      |           |         |            |          |          |      |        |          |
| 13542 - REANIMADOR MANUAL NEONATAL  | PROTEC     |      |           | UNIDADE | 1,0000     | 173,0000 | 0,0000   | 0,00 | 0,0000 | 173,00   |
| Especificação: REANIMADOR MANUAL COMPLETAMENTE AUTOCLAVÁVEL ATÉ 310 Cº, 100% LIVRE DE LÁTEX, PAREDE DUPLA EM SILICONE, COM LIMITADORES DE PRESSÃO EMBUTIDOS QUE LIMITAM E IMPEDEM A COMPRESSÃO EXCESSIVA, VALVULA COM OBTURADOR UNICO, RESERVATORIO COM TIPO TRAQUEIA DE COMPRIMENTO 250MM E VOLUME DE 100ML, VOLUME MÁXIMO DE VENTILAÇÃO DE ATÉ 300ML - APROX., VOLUME MORTO MENOR QUE 6ML, CONECTOR DO PACIENTE 22/15MM, CONECTOR DE EXPIRAÇÃO COM APROX. 30MM (TIPO MACHO).<br>RESISTENCIA INSPIRATORIA A 50I/MIN; -0,37KPA (-3,7 CM H²O).<br>RESISTENCIA EXPIRATORIA S 50I/MIN: 0,45KPA (4-5CM H²O).<br>MASCARA TRANSPARENTE E SILICONADA PARA PACIENTE ATERMO E PRÉ TERMO.<br>DEVE SER DE FACIL MONTAGEM E REMONTAGEM PARA LIMPEZA E REPROCESSAMENTO. O MATERIAL DEVER TER A MELHOR VIDA ÚTIL E O MÁXIMO DE REPROCESSAMENTO PERMITIDO. |            |      |           |         |            |          |          |      |        |          |
| Detalhamento:   |            |      |           |         |            |          |          |      |        |          |

Total dos Produtos(+): 2.757,00

|  |                 |
|--|-----------------|
| 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 (=):                                     | <u>2.757,00</u> |

|         |             |      |      |
|---------|-------------|------|------|
| GERENTE | COORDENADOR |      |      |
| Data    | Data        | Data | Data |

SUPRI-01-283

Ord. Compra: 88023 Solicitação: Solic:  
Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 03/06/2020  
Fornecedor: 5346 CELMAT - CELSO LOPES MARTINS EPP  
CNPJ/CPF: 96.260.369/0001-02 Insc Est.:  
Endereço: CURUPIAS Nr.: 160 Compl.:  
Bairro: JABAQUARA Cep: 04344050  
Cidade: SAO PAULO UF: SP Conta: 83984 - 1 Agência: 287 - 9 Banco: 237  
Contato(s):  
E-Mail : VENDAS@CELMAT.COM.BR

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: -  
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: 03/06/2020 à 02/07/2020 Moeda: R\$ -  
% Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00  
Observação: PC 53205 2020

ID 103369909

| Produto             | Fabricante | Lote | Qt. Cons. | Unidade | Qtd Compr. | VI.Unit. | VI Desc. | %Des | VI IMP | VI Total |
|---------------------|------------|------|-----------|---------|------------|----------|----------|------|--------|----------|
| 20065 - CANULA VAMA | AJL        |      |           | UNIDADE | 4,0000     | 220,0000 | 0,0000   | 0,00 | 0,0000 | 880,00   |

Detalhamento:

|                    |     |  |  |         |        |            |        |      |        |          |
|--------------------|-----|--|--|---------|--------|------------|--------|------|--------|----------|
| 11119 - CUFFOMETRO | VBM |  |  | UNIDADE | 2,0000 | 2.100,0000 | 0,0000 | 0,00 | 0,0000 | 4.200,00 |
|--------------------|-----|--|--|---------|--------|------------|--------|------|--------|----------|

Especificação: MEDIDOR DE PRESSÃO DO BALONETE (CUFF) DO TUDO ENDOTRAQUEAL. DESCRITIVO: MANÔMETRO EM CAIXA DE AÇO, VISOR DE DECLIQUE, ESCALA CM/H2O (CENTÍMETROS DE ÁGUA), PONTEIRO DE AÇO DE 0 A 120, PROTEGIDO POR PLÁSTICO RESISTENTE NA FORMA DO VISOR, PERA OVAL EM BORRACHA COM 7,0 CM DE COMPRIMENTO E 3 CM DE DIÂMETRO, PERMITINDO FÁCIL E SEGURA EMPUNHADURA E OPERAÇÃO DO DISPOSITIVO. PRESILHA PARA FIXAÇÃO DO DISPOSITIVO NO CINTO OU BOLSO DO USUÁRIO, ACOMPANHA 2 TUBOS DE CONEXÃO PACIENTE, DISPOSITIVO EM PVC COM ENGATE LUER. MARCA VBM.

Detalhamento:

|                                     |        |  |  |         |        |          |        |      |        |        |
|-------------------------------------|--------|--|--|---------|--------|----------|--------|------|--------|--------|
| 21797 - INTRODUTOR BOUGIE OXIGENADO | CELMAT |  |  | UNIDADE | 2,0000 | 220,0000 | 0,0000 | 0,00 | 0,0000 | 440,00 |
|-------------------------------------|--------|--|--|---------|--------|----------|--------|------|--------|--------|

Especificação: INTRODUTOR BOUGIE OXIGENADO

Detalhamento:

| Produto   | Fabricante      | Lote | Qt. Cons. | Unidade | Qtd Compr. | VI.Unit.   | VI Desc. | %Des | VI IMP           | VI Total |
|---|-----------------|------|-----------|---------|------------|------------|----------|------|------------------|----------|
| 21791 - MALETA VIA AEREA DIFICIL N°6 ADULTO   | APENAS A MALETA |      |           | UNIDADE | 2,0000     | 1.650,0000 | 0,0000   | 0,00 | 0,0000           | 3.300,00 |
| Especificação: MALETA VIA AEREA DIFICIL N°6 ADULTO (450MM X 340MM X 220MM) 6KG<br>CONTENDO OS SEGUINTE ITENS: |                 |      |           |         |            |            |          |      |                  |          |
| QTDE / ITEM   |                 |      |           |         |            |            |          |      |                  |          |
| 2 - MASCARA DE ENDOSCOPIA ADULTO  |                 |      |           |         |            |            |          |      |                  |          |
| 2 - MASCARA FACIAL DE SILICONE N°5  |                 |      |           |         |            |            |          |      |                  |          |
| 1 - REANIMADOR MANUAL DE SILICONE ADULTO  |                 |      |           |         |            |            |          |      |                  |          |
| 2 - INTRODUTOR BOUGIE OXIGENADO   |                 |      |           |         |            |            |          |      |                  |          |
| 2 - CUFFOMETRO  |                 |      |           |         |            |            |          |      |                  |          |
| 4 - CANULA VAMA   |                 |      |           |         |            |            |          |      |                  |          |
| 1 - QUICKTRACH 2 ADULTO 4.0MM   |                 |      |           |         |            |            |          |      |                  |          |
| 1 - TUBO LARINGEO COM ASPIRAÇÃO GASTRICA ADULTO   |                 |      |           |         |            |            |          |      |                  |          |
| 4 - INTRODUTOR BOUGIE ADULTO 15FR VENTILADO   |                 |      |           |         |            |            |          |      |                  |          |
| 1 - LAMINA MCCOY FIBRA OPTICA EMBUTIDA N°05   |                 |      |           |         |            |            |          |      |                  |          |
| 2 - LAMINA MCCOY FIBRA OPTICA EMBUTIDA N°04   |                 |      |           |         |            |            |          |      |                  |          |
| 1 - CABO DE LARINGOSCOPIO COM FIBRA OPTICA  |                 |      |           |         |            |            |          |      |                  |          |
| 2 - LAMINA MCCOY FIBRA OPTICA EMBUTIDA N°03   |                 |      |           |         |            |            |          |      |                  |          |
| Detalhamento:   |                 |      |           |         |            |            |          |      |                  |          |
| 3828 - MASCARA DE ENDOSCOPIA ADULTO   | VBM             |      |           | UNIDADE | 2,0000     | 150,0000   | 0,0000   | 0,00 | 0,0000           | 300,00   |
| Especificação: MASCARA DE ENDOSCOPIA ADULTO   |                 |      |           |         |            |            |          |      |                  |          |
| Detalhamento:   |                 |      |           |         |            |            |          |      |                  |          |
| 21804 - MASCARA DE ENDOSCOPIA NEONATAL  | VBM             |      |           | UNIDADE | 2,0000     | 150,0000   | 0,0000   | 0,00 | 0,0000           | 300,00   |
| Especificação: MASCARA DE ENDOSCOPIA NEONATAL ORIFICIO DA MEMBRANA DE 2MM; MATERIAL PVC                       |                 |      |           |         |            |            |          |      |                  |          |
| Detalhamento:   |                 |      |           |         |            |            |          |      |                  |          |
| 21803 - MASCARA DE ENDOSCOPIA PEDIATRICO  | VBM             |      |           | UNIDADE | 2,0000     | 150,0000   | 0,0000   | 0,00 | 0,0000           | 300,00   |
| Especificação: MASCARA DE ENDOSCOPIA PEDIATRICO ORIFICIO DA MEMBRANA DE 2MM; MATERIAL PVC.                    |                 |      |           |         |            |            |          |      |                  |          |
| Detalhamento:   |                 |      |           |         |            |            |          |      |                  |          |
| 17628 - QUICKTRACH 2 ADULTO 4.0MM   | VBM             |      |           | UNIDADE | 1,0000     | 2.190,0000 | 0,0000   | 0,00 | 0,0000           | 2.190,00 |
| Especificação: QUICKTRACH 2 ADULTO 4.0MM I.DM ESTERIL, USO UNICO, TUBO PLASTICO COM BALAÇÃO                   |                 |      |           |         |            |            |          |      |                  |          |
| Detalhamento:   |                 |      |           |         |            |            |          |      |                  |          |
| 21796 - TUBO LARINGEO COM ASPIRAÇÃO GASTRICA ADULTO   | CELMAT          |      |           | UNIDADE | 1,0000     | 320,0000   | 0,0000   | 0,00 | 0,0000           | 320,00   |
| Especificação: TUBO LARINGEO COM ASPIRAÇÃO GASTRICA ADULTO  |                 |      |           |         |            |            |          |      |                  |          |
| Detalhamento:   |                 |      |           |         |            |            |          |      |                  |          |
| 21922 - TUBO LARINGEO COM ASPIRAÇÃO GASTRICA INFANTIL   | CELMAT          |      |           | UNIDADE | 1,0000     | 320,0000   | 0,0000   | 0,00 | 0,0000           | 320,00   |
| Detalhamento:   |                 |      |           |         |            |            |          |      |                  |          |
| Total dos Produtos(+):  |                 |      |           |         |            |            |          |      | 12.550,00        |          |
| 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 (=):  |                 |      |           |         |            |            |          |      | <u>12.550,00</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       |    |    |
|--|--|--|------------|----|----|
| COMPLEXO HOSPITALAR MUNICIPAL DE S.B.C |  | Aquisição e/ou Contratação PROC n°: 53505-53201-53209/2020   | 03/06/2020 |    |    |
| Item                                   | Roteiro  |  | C          | NC | NA |
| 1                                      | n° do Processo   | 53505-53201-53209  | X          |    |    |
| 2                                      | *Fundamento Legal  | REGULAMENTO INTERNO DE COMPRAS E CONTRATAÇÕES DA FUABC E MANTIDAS  | X          |    |    |
| 3                                      | Nome do contratado   | BIO INFINITY TECNOLOGIA HOSPITALAR EIRELI - ME / CELSO LOPES MARTINS EPP / CNPH - COMERCIAL NACIONAL DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA / CIRURGICA BONAPARTE LTDA ME | X          |    |    |
| 4                                      | CNPJ   | 23.586.413/0001-03 / 96.260.369/0001-02 / 00.142.916/0001-86 / 04.228.124/0001-80  | X          |    |    |
| 5                                      | Objeto com detalhamento  | MALETA DE VIAS AÉRIAS DIFÍCIL  | X          |    |    |
| 6                                      | Valor  | R\$ 35.087,44 (trinta e cinco mil e oitenta e sete reais e quarenta e quatro 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 87969, 87997, 87998, 88006, 88008, 88009, 88010, 88013, 88016, 88023   | 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          |    |    |
| <b>Comentários</b>                     |  | <b>Responsável</b><br>(nome e assinatura)  |            |    |    |
|  |  | UERTON ABILIO  |            |    |    |
|  |  |  |            |    |    |
|  |  |  |            |    |    |
|  |  |  |            |    |    |
|  |  |  |            |    |    |

**LEGENDA:**

C ==> CONFORME

NC => NÃO CONFORME

NA => NÃO APLICÁVEL