

## Processo - COVID-19

Em atendimento ao Comunicado SDG nº 18/2020, do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, e ao Ofício Circular CGCSS/GC nº 08/2020, da Secretaria de Estado da Saúde.

Unidade		Processo	Data		
Complexo Hospitalar Municipal de São Bernardo do Campo		Aquisição e/ou Contratação PROC nº: 52157/2020	30/03/2020		
Item	Roteiro		C	NC	NA
1	nº do Processo	52157	X		
2	*Fundamento Legal	Regulamento Interno de Compras e Contratações da FUABC e Mantidas	X		
3	Nome do contratado	Comercial Cirúrgica Rioclarense Ltda	X		
4	CNPJ	67.729.178/0004-91	X		
5	Objeto com detalhamento	Aquisição de Clorexidina Degermante 4% - frasco 1000ml	X		
6	Valor	1.206,31(hum mil, duzentos e seis reais e trinta e um centavos)	X		
7	Data	30/03/2020	X		
8	Prazo Contratual				X
9	Termo de Referência ou Edital				X
10	Instrumento contratual	86120	X		
11	Nota de empenho				X
12	Nota de liquidação				X
13	Destinação dos bens adquiridos ou de prestação de serviços	CHMSBC	X		
14	Anexar extrato em pdf com todas as informações no site da FUABC - editais COVID-19	ANEXO	X		
		Comentários	Responsável (nome e assinatura)		
			MARCIO FARIA		

**LEGENDA:**

C ==> CONFORME

NC ==> NÃO CONFORME

NA ==> NÃO APLICÁVEL

Ord. Compra: 86120      Solicitação: 52157      Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA  
Nº Processo:      Situação:      ABERTA      Dt Ord. Compra: 30/03/2020  
Fornecedor: 14078 RIOCLARENSE      - FILIAL- COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA  
CNPJ/CPF: 67.729.178/0004-91      Insc Est.:  
Endereço: SAUDADE      Nr.: 45      Compl.:  
Bairro: CAMPO DA MOGIANA      Cep: 37701331  
Cidade: POCOS DE CALDAS      UF: MG      Conta: 700000 - 6 Agência: 5119 - 5 Banco: 1  
Contato(s):  
Telefone Comercial : (19)3522-5808  
E-Mail : RIOCLARENSE.TATIANA@IG.COM.BR  
Fax : 3644-3232

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.: ISENTO  
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.: 9      Desc. Condição de Pgto.: 60 DIAS  
Período p/ Entrega: 30/03/2020 à 30/09/2020      Moeda: R\$ -  
% Desc: 0,00      VI Desc: 0,00      VI ICMS: 0,00  
Observação: ID 101581828

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
18887 - CLOREXIDINA DEGERMANTE 4% FRASCO1000ML Especificação: CLOREXIDINA DEGERMANTE 4% FRASCO1000ML Detalhamento:				LITRO	60,0000	20,1051	0,0000	0,00	0,0000	1.206,31

Total dos Produtos(+):	1.206,31
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 (=):	1.206,31

GERENTE	COORDENADOR		
Data	Data	Data	Data