



SUMÁRIO

Processo	Data Abertura	Data Emissão	Folha
53615/2020 CHMSBC	28/05/2020	08/06/2020	1

Descrição dos Produtos/Serviços

AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Serviço	Não Padrão	Reposição de estoque
-	-	X

MV	BIONEXO
-	103960670

R\$ Fls.

Fls.

Orçamento Referência	-	-

Mapa Comparativo	03 A 06

Dt Fls.

R\$ Fls.

Pedido de Análise Técnica	PLANILHA	12 A 13

Valor Final	R\$	154.278,00	11

Dt Fls.

R\$ % Fls.

Retorno da Análise Técnica	PLANILHA	12 A 13

Negociação	R\$	4.984,00	-3,12%	08 A 09

Fls.

% Fls.

Documentação de Exclusividade	-

Varição Última Compra	-1,67%	11

Total de Fornecedores Participantes	Total de Itens	Itens fechados com o 1º colocado	Itens fechados a partir do 2º colocado	Itens retirados do processo	Adequação de embalagem
29	6	4	2	0	NÃO

*Justificativa (Itens fechados a partir do 2º colocado)	Não fatura para o CHMSBC	Não atinge faturamento mínimo	Não tem o produto disponível	Somente pago antecipado	Validade do produto menor do que a exigida	Não atende as especificações técnicas	Documentação Irregular ou Incompleta	Marca reprovada
	-	-	-	X	X	-	-	-

Justificativas Para Desclassificação de Fornecedores / Negociações / Critérios de Desempepe / Variação de preço

O ITEM DE CODIGO 1135 INDICOU VARIAÇÃO ACIMA DE 15% DEVIDO A TROCA DA MARCA E DO FORNECEDOR. O FORNECEDOR ANTERIOR COTOU PRODUTO COM VALIDADE INFERIOR A 01 ANO, AS FLS. 06.

OS ITENS DE CÓDIGOS 346 E 1135 FORAM REPASSADOS AOS SEGUNDOS COLOCADOS, DEVIDO OU NÃO FATURAR PARA O CHMSBC OU TER PRAZO DE VALIDADE INFERIOR A 01 ANO (AS FLS. 03 A 06).

Fornecedores		Valor Total	Cond. Pagto
1	CRISTALIA	R\$ 103.920,00	60 DIAS
2	DUPATRI	R\$ 6.732,00	60 DIAS
3	HALEX ISTAR	R\$ 1.200,00	35 DIAS
4	MEDILAR	R\$ 6.210,00	28 DIAS
5	NEUPHARMA	R\$ 17.760,00	60 DIAS
6	SODROGAS	R\$ 18.456,00	60 DIAS
7			

Justificativa de Urgência	Sim	Não	Folhas
	-	X	-

Aprovação

Henrique Madureira Coordenador de Compras e Contratos CHMSBC 10.06.20	Gerência de Compras e Contratos	Ana Paula Ribeiro Advogada CHMSBC	Dep. Jurídico	Amauri Fregonez Junior Assistente Adm. II - 3677 NIR - HMU	Comissão de Análise e Julgamento
--	---------------------------------	---	---------------	--	----------------------------------

Reserva Financeira Realizada no Montante Supracitado	Observações	Emissão
José Ramiro Louro Jardim Diretor Administrativo Financeiro Gerência de Finanças		Ordem de Compra: 16/06/20

Autorização - Diretoria Geral do CHMSBC

AUTORIZO a emissão da Ordem de Compra no valor supracitado	NAO AUTORIZO a despesa pretendida/Solicitio o cancelamento do processo
Dra. Agnes M. F. Ferraz Diretora Geral CHMSBC	Tendo em vista o disposto no Regulamento de Compras e Contratação de serviços de terceiros e obras da FUABC, declaro que a despesa pretendida tem adequação orçamentária, ficando, desta forma, autorizado o prosseguimento do processo de aquisição/contratação, bem como a devida reserva financeira.

COMPLEXO HOSP SÃO BERNARDO DO CAMPO
 _MV - Sistema de Gerenciamento de Compras
 ório de Solicitação de Compras

Página: 1 / 2
 Emitido por: DANIEL.BORDON
 Em: 28/05/2020 13:36

Solicitação: 53615
 Solicitante: FABIO.GODOY
 Setor: 561 CENTRO DE DISTRIBUICAO
 Motivo: 8 COMPRA PARA REPOSICAO ESTOQUE

Data Solic.: 28/05/2020 Data Máxima: 06/07/2020

Data da Impressão:

Situação: SOLICITADA ID: 103960670

Obs: solicitação de compras quadrimestral

Produto	Dados da Solicitação			Dados da Última compra					
	Clas.ABC	Unidade	Quantidade	Cons. Méd Mensal	Est. Atual	Quantidade	Data	Vir Unitário	Fornecedor
346 FENITOINA 250MG AMPOLA 5ML	AMP	C/5ML	3.000,00	950,00	748,00	1.000,00	20/05/2020	1,7500	ASTRA FARMA
regas	Período p/ Entrega	Quantidade							
1	07/07/2020 à 07/07/2020	1000							
2	04/08/2020 à 04/08/2020	1000							
3	08/09/2020 à 08/09/2020	1000							
Especificação: SOLUCAO INJETAVEL, AMPOLA CONTENDO 5ML DE SOLUCAO DE FENITOINA 50MG/ML.									
164 HEPARINA 5000UI SC AMPOLA 0,25ML	AMP	C/0,25ML	24.000,00	2.904,00	4.600,00	2.000,00	21/05/2020	4,3300	CRISTALIA
regas	Período p/ Entrega	Quantidade							
1	06/07/2020 à 06/07/2020	6000							
2	04/08/2020 à 04/08/2020	6000							
3	07/09/2020 à 07/09/2020	6000							
4	06/10/2020 à 06/10/2020	6000							
Especificação: SOLUCAO INJETAVEL PARA USO SUBCUTANEO, AMPOLA CONTENDO 0,25ML DE SOLUCAO 5000UI/0,25ML.									
183 HIDROCORTISONA 100MG FA	FA100MG		8.000,00	1.608,00	0,00	2.000,00	04/05/2020	2,7000	SOMA/SP
regas	Período p/ Entrega	Quantidade							
1	06/07/2020 à 06/07/2020	2000							
2	05/08/2020 à 05/08/2020	2000							
3	02/09/2020 à 02/09/2020	2000							
4	06/10/2020 à 06/10/2020	2000							
Especificação: SOLUCAO INJETAVEL PARA USO SUBCUTANEO, AMPOLA CONTENDO 0,25ML DE SOLUCAO 5000UI/0,25ML.									
222 INSULINA HUMANA REGULAR 100UI/ML	FA C/10ML		360,00	63,00	25,00	80,00	14/05/2020	19,2000	PROMEFARMA
regas	Período p/ Entrega	Quantidade							
1	07/07/2020 à 07/07/2020	120							
2	04/08/2020 à 04/08/2020	120							
3	08/09/2020 à 08/09/2020	120							
Especificação: SOLUCAO INJETAVEL PARA USO SUBCUTANEO, AMPOLA CONTENDO 0,25ML DE SOLUCAO 5000UI/0,25ML.									
1135 SULFATO DE MAGNESIO 10% AMPOLA 10ML	AMP	C/10ML	1.200,00	567,00	398,00	300,00	19/05/2020	0,3170	GLOBAL
regas	Período p/ Entrega	Quantidade							
1	07/07/2020 à 07/07/2020	400							
2	04/08/2020 à 04/08/2020	400							
3	08/09/2020 à 08/09/2020	400							

PROC. Nº: 02
 FLS.:
 Vista

Especificação: SOLUCAO INJETAVEL, AMPOLA DE PLASTICO CONTENDO 10ML. EMBALAGEM 200 AMPOLAS.

1207 cefalOTina 1G FA regas	FA1G	2.400,00	767,00	800,00	1.000,00	13/04/2020	7,9000 ABL LTDA
	Período p/ Entrega	Quantidade					
1	06/07/2020 à 06/07/2020	600					
2	03/08/2020 à 03/08/2020	600					
3	02/09/2020 à 02/09/2020	600					
4	06/10/2020 à 06/10/2020	600					

Especificação: PO LIOFILO INJETAVEL PARA ADMINISTRACAO INTRAMUSCULAR E INTRAVENOSA, FRASCO AMPOLA.

Data _____ Valor Total _____ Emissor _____
 28 de Maio de 2020 157.022,40
 Somatório(Vl.Ult.Real * Qtd Solicitada)

Observação: O consumo é baseado nos últimos seis meses consolidados

Ord. Compra: 88297 Solicitação: 53615 Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA
 Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 16/06/2020
 - HALEX ISTAR INDUSTRIA FARMACEUTICA LTDA
 Fornecedor: 41 HALEX ISTAR Insc Est.: 116438163113 Nr.: S/N Compl.: KM 03
 CNPJ/CPF: 01.571.702/0001-98
 Endereço: BR 153 Cep: 74675090
 Bairro: JARDIM GUANABARA UF: GO Conta: 3432 - 0 Agência: 3307 - 3 Banco: 1
 Cidade: GOIANIA
 Contato(s): MARCELO
 Celular: 11-99943-8001
 E-Mail: MARCELO.MEDCONE@GMAIL.COM

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.
 OBRIGATORIO 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: 16/06/2020 à 16/12/2020 Moeda: R\$ -
 % Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00
 Observação: PC 53615 2020
 CONFORME ID 103960670

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
1135 - SULFATO DE MAGNESIO 10% AMPOLA 10ML	ISOFARMA			AMP C/10ML	1.200,0000	1,0000	0,0000	0,00	0,0000	1.200,00
Especificação: SOLUCAO INJETAVEL, AMPOLA DE PLASTICO CONTENDO 10ML. EMBALAGEM 200 AMPOLAS.										

Nº	Período p/ Entrega	Quantidade
1	07/07/2020 à 07/07/2020	400
2	04/08/2020 à 04/08/2020	400
3	08/09/2020 à 08/09/2020	400

Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	1.200,00
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 (=): 1.200,00

GERENTE	COORDENADOR		
Data	Data	Data	Data

SUPRI-01-283

Ord. Compra: 88298 Solicitação: 53615 Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA
Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 16/06/2020
Fornecedor: 12737 MEDILAR - MEDILAR IMPORTAÇÃO E DISTRIBUIÇÃO DE PRODUTOS MEDIC
CNPJ/CPF: 07.752.236/0001-23 Insc Est.:
Endereço: BERTOLDO KLINGER DE 1 A 440 Nr.: Compl.:
Bairro: PAULICEIA Cep: 9688000
Cidade: SAO BERNARDO DO CAMP UF: SP Conta: 731932 - 2 Agência: 1 - 9 Banco: 707
Contato(s):
Telefone Comercial : (51)3718-7600
E-Mail : VENDAS30@MEDILARRS.COM.BR

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.: 6 Desc. Condição de Pgto.: 28 DIAS
Período p/ Entrega: 16/06/2020 à 16/12/2020 Moeda: R\$ -
% Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00
Observação: PC 53615 2020
CONFORME ID 103960670

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
346 - FENITOINA 250MG AMPOLA 5ML	HIPOLABO R			AMP C/5ML	3.000,0000	2,0700	0,0000	0,00	0,0000	6.210,00

Especificação: SOLUCAO INJETAVEL, AMPOLA CONTENDO 5ML DE SOLUÇÃO DE FENITOÍNA 50MG/ML.

Nº	Período p/ Entrega	Quantidade
1	07/07/2020 à 07/07/2020	1000
2	04/08/2020 à 04/08/2020	1000
3	08/09/2020 à 08/09/2020	1000

Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	6.210,00
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 (=):

6.210,00

GERENTE	COORDENADOR		
Data	Data	Data	Data

SUPRI-01-200

Valor Total do Imposto:	0,00
Valor dos Descontos (-):	0,00
Valor Outros (+):	0,00
Valor Total (=):	<u>103.920,00</u>

GERENTE	COORDENADOR		
Data	Data	Data	Data

SUPR-01-103

Ord. Compra: 88302 Solicitação: 53615 Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA
Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 16/06/2020
Fornecedor: 16 CRISTALIA - CRISTALIA PROD.QUIM.FARMA.LTDA
CNPJ/CPF: 44.734.671/0001-51 Insc Est.: 374007758117
Endereço: RODOVIA ITAPIRA Nr.: S/N Compl.: KM 14
Bairro: LINDOIA Cep: 13974900
Cidade: QUARTO CENTENARIO UF: PR Conta: 2014 - 1 Agência: 5115 - 2 Banco: 1
Contato(s):
Telefone Comercial : (11)7787-2105
E-Mail : MARCHINI66@UOL.COM.BR
Celular : 956100411

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: 16/06/2020 à 16/12/2020 Moeda: R\$ -
% Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00
Observação: PC 53615 2020
CONFORME ID 103960670

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
164 - HEPARINA 5000UI SC AMPOLA 0,25ML	CRISTALIA			AMP C/0,25ML	24.000,0000	4,3300	0,0000	0,00	0,0000	103.920,00
Especificação: SOLUCAO INJETAVEL PARA USO SUBCUTANEO, AMPOLA CONTENDO 0,25ML DE SOLUCAO 5000UI/0,25ML.										

Nº	Período p/ Entrega	Quantidade
1	06/07/2020 à 06/07/2020	6000
2	04/08/2020 à 04/08/2020	6000
3	07/09/2020 à 07/09/2020	6000
4	06/10/2020 à 06/10/2020	6000

Detalhamento:

Total dos Produtos(+): 103.920,00
Valor Total do Frete(C.I.F.), Não Incluso na Nota: 0,00

Valor Outros (+): 0,00
Valor Total (=): 18.456,00

GERENTE	COORDENADOR		
Data	Data	Data	Data

SUPRI-01.203

Ord. Compra: 88301 Solicitação: 53615 Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA
 Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 16/06/2020
 Fornecedor: 3199 SODROGAS - SODROGAS DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS
 CNPJ/CPF: 09.615.457/0001-85 Insc Est.:
 Endereço: RUA Nr.: Compl.:
 Bairro: Cep: UF: SP Conta: 51000 - 9 Agência: 811 - 7 Banco: 1
 Cidade: SAO BERNARDO DO CAMP
 Contato(s): LUAN
 E-Mail : VITOR.HUGO@GRUPOSOQUIMICA.CO
 Telefone Comercial : (017)2139-3090

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.: 9 Desc. Condição de Pgto.: 60 DIAS
 Período p/ Entrega: 16/06/2020 à 16/12/2020 Moeda: R\$ -
 % Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00
 Observação: PC 53615 2020
 CONFORME ID 103960670

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
1207 - cefaLOTina 1G FA	ABL			FA1G	2.400,0000	7,6900	0,0000	0,00	0,0000	18.456,00
Especificação: PO LIOFILO INJETAVEL PARA ADMINISTRACAO INTRAMUSCULAR E INTRAVENOSA, FRASCO AMPOLA.										

Nº	Período p/ Entrega	Quantidade
1	06/07/2020 à 06/07/2020	600
2	03/08/2020 à 03/08/2020	600
3	02/09/2020 à 02/09/2020	600
4	06/10/2020 à 06/10/2020	600

Detalhamento:

Total dos Produtos(+): 18.456,00
 Valor Total do Frete(C.I.F.), Não Incluso na Nota: 0,00
 Valor Total do Imposto: 0,00
 Valor dos Descontos(-): 0,00

Ord. Compra: 88299 Solicitação: 53615 Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA
Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 16/06/2020
Fornecedor: 93340 DUPATRI - DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO, IMPORTACAO E EXPORTACA
CNPJ/CPF: 04.027.894/0007-50 Insc Est.: Nr.: 410 Compl.:
Endereço: PEDRO PASCOAL DOS SANTOS Cep: 13178561 UF: SP Conta: 2034 - 6 Agência: 3359 - 6 Banco: 1
Bairro: RESIDENCIAL REAL PARQU Uf: SP Conta: 2034 - 6 Agência: 3359 - 6 Banco: 1
Cidade: SUMARE
Contato(s):
E-Mail : CONTABILIDADE1@DUPATRI.COM
Telefone Comercial : (13) 3228-8700 / (13) 3228-8

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.: 9 Desc. Condição de Pgto.: 60 DIAS
Período p/ Entrega: 16/06/2020 à 16/12/2020 Moeda: R\$ -
% Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00
Observação: PC 53615 2020
CONFORME ID 103960670

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
222 - INSULINA HUMANA REGULAR 100UI/ML FA 10ML	ASPEN			FA C/10ML	360,0000	18,7000	0,0000	0,00	0,0000	6.732,00

Nº	Período p/ Entrega	Quantidade
1	07/07/2020 à 07/07/2020	120
2	04/08/2020 à 04/08/2020	120
3	08/09/2020 à 08/09/2020	120

Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	6.732,00
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 (=):

6.732,00

GERENTE	COORDENADOR		
Data	Data	Data	Data

SUPRI-01-003

Ord. Compra: 88300 Solicitação: 53615 Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA
Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 16/06/2020
Fornecedor: 18087 NEUPHARMA - NEUPHARMA DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAL MEDICO HOSPITALAR
CNPJ/CPF: 21.487.927/0001-78 Insc Est.: 144091439111
Endereço: INES DE 701 A 1400 Nr.: 909 Compl.:
Bairro: PARQUE MANDAQUI Cep: 02415001
Cidade: SAO PAULO UF: SP Conta: 10900 - 6 Agência: 6646 - Banco: 341
Contato(s):
E-Mail : COMERCIAL1@NEUPHARMA.COM.BR
Telefone Comercial : 2206-1132

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.: 9 Desc. Condição de Pgto.: 60 DIAS
Período p/ Entrega: 16/06/2020 à 16/12/2020 Moeda: R\$ -
% Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00
Observação: PC 53615 2020
CONFORME ID 103960670

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
183 - HIDROCORTISONA 100MG FA	NOVAFARM A			FA100MG	8.000,0000	2,2200	0,0000	0,00	0,0000	17.760,00

Nº	Período p/ Entrega	Quantidade
1	06/07/2020 à 06/07/2020	2000
2	05/08/2020 à 05/08/2020	2000
3	02/09/2020 à 02/09/2020	2000
4	06/10/2020 à 06/10/2020	2000

Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	17.760,00
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 (=):

17.760,00

GERENTE	COORDENADOR		
Data	Data	Data	Data

SUPRI-01-2020