



# CRÍTICO

## SUMÁRIO

### Descrição dos Produtos/Serviços

AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Processo	Data Abertura	Data Emissão	Folha
53690/2020 - CHMSBC	02/06/2020	22/06/2020	1

Serviço	Não Padrão	Reposição de estoque
-	-	X

MV	BIONEXO
-	104124758

R\$ Fls.

Fls.

Orçamento Referência	Dt	Fls.
-	-	-

Mapa Comparativo	Fls.
-	03 a 05

Pedido de Análise Técnica	Dt	Fls.
16/06/2020	10	10

Valor Final	R\$	Fls.
1.173,64	08 a 09	08 a 09

Retorno da Análise Técnica	Dt	Fls.
17/06/2020	10	10

Negociação	Fls.
-	06 a 07

Documentação de Exclusividade	Fls.
-	-

Varição Última Compra	Fls.
54,71%	08 a 09

Total de Fornecedores Participantes	Total de Itens	Itens fechados com o 1º colocado	Itens fechados a partir do colocado	2º	Itens retirados do processo	Adequação de embalagem
13	05	04	01		00	NÃO

*Justificativa (Itens fechados a partir do 2º colocado)	Não fatura para o CHMSBC	Não atinge faturamento mínimo	Não tem o produto disponível	Somente pagto 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

Solicitado redução dos valores ofertados, sem sucesso (fls. 06 a 07)

Após realizar consulta a farmácia, fomos informados não haver a possibilidade de substituição dos medicamentos Metformina (MV-435) e Rebecadotril (MV - 12589), sendo necessário efetivar a compra de ambos (fls. 18 a 19)

**Item 435 - Metformina:** Medicamento apresentando variação atual de preço em 208,19% (fls. 08). O Valor cotado não atingiu o mínimo estipulado pelo fornecedor Volpi (fls. 15). Os fornecedores Servimed e Soma/SP não possuem o medicamento em estoque (fls. 16 a 17). De acordo com o fornecedor Global Hospitalar, houve reajuste recente de diversos medicamentos (fls. 20) e, com demonstrado nos relatórios de preços regulados da CMED e BPS, os valores cotados atualmente estão próximos aos valores apresentados nos relatórios (fls. 23 a 24)

**Item 12589 - Racecadotril:** Última compra realizada em 18/04/2019 (fls. 03 a 05). Medicamento apresentando variação atual de preço em 121,21% (fls. 08). O fornecedor Farmácia Nova Gerty informou não haver interesse em participar atualmente de nossas cotações (fls. 22). Em consulta aos relatórios de preços regulados da CMED e BPS, os valores cotados atualmente estão próximos aos valores apresentados nos relatórios (fls. 25 a 26)

### Fornecedores

	Valor Total	Cond. Pagto
1 Comercial Cirúrgica Rioclarense Ltda - SP	R\$ 240,36	60 dias
2 Drogeria Soares Ltda	R\$ 558,45	60 dias
3 Global Hospitalar Importação e Comércio Ltda - ME	R\$ 325,33	28 dias
4 Soma/MG Produtos Hospitalares Ltda	R\$ 49,50	30 dias
5		
6		
7		

### Justificativa de Urgência

Sim	Não	Folhas
-	-	-

### Aprovação

Henrique Madureira  
Coordenador de Compras e Contratos  
CHMSBC  
22.06.20

Coordenador de Compras e Contratos

Tiago Ferraz Nascimento  
Gerente de Compras e Contratos  
CHMSBC

Gerência de Compras e Contratos

Ana Paula Ribeiro  
Advogada  
CHMSBC

Dep. Jurídico

Comissão de Análise e Julgamento

### Reserva Financeira Realizada no Montante Supracitado

### Observações

### Emissão

Gerência de Finanças

Ordem de Compra: 01/01/2020

### Autorização - Diretoria Geral do CHMSBC

#### AUTORIZO

a emissão da Ordem de Compra no valor supracitado

#### NÃO AUTORIZO

a despesa pretendida/Solicito o cancelamento do processo

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.

Dra. Agnes M. F. Ferrari  
Diretora Geral

5 - COMPLEXO HOSP SÃO BERNARDO DO CAMPO  
 SOULMV - Sistema de Gerenciamento de Compras  
 Relatório de Solicitação de Compras

Página: 1 / 2  
 Emitido por: MARCIO SFARIA  
 Em: 22/06/2020 15:45

Solicitação: 53690  
 Solicitante: FABIO.GODOY  
 Setor: 561 CENTRO DE DISTRIBUICAO  
 Motivo: 8 COMPRA PARA REPOSICAO ESTOQUE

Data Solic.: 02/06/2020  
 Data da Impressão: 22/06/2020  
 Situação: ABERTA

Data Máxima: 16/06/2020

Obs: solicitação de compras quadrimestral

Seq	Produto	Dados da Solicitação			Dados da Última compra				
		Clas.ABC	Unidade	Quantidade	Cons. Méd Mensal	Est.Atual	Data	Vlr Unitário	Fornecedor
3	1226 ACIDO VALPROICO 250MG CAP	CAPSULA C/250MG		300,00	158,00	150,00	200,00	11/05/2020	0,1750 SOMA/SP
Nº Entregas		Período p/ Entrega		Quantidade					
1		07/07/2020 à 07/07/2020		100					
2		04/08/2020 à 04/08/2020		100					
3		08/09/2020 à 08/09/2020		100					
Especificação: CAPSULA GELATINOSA EM FRASCO CONTENDO 25 CAPSULAS. EMBALAGEM CONTENDO 1 FRASCO.									
1	100 CLONAZepam 2MG COMPRIMIDO	COMP C/ 2MG		1.020,00	390,00	240,00	480,00	16/06/2020	0,0680 SOMA/SP
Nº Entregas		Período p/ Entrega		Quantidade					
1		07/07/2020 à 07/07/2020		510					
2		04/08/2020 à 04/08/2020		510					
Especificação: COMPRIMIDO EM BLISTER. CADA COMPRIMIDO CONTÉM CLONAZEPAM 2MG.									
2	435 METFORMINA 850MG COMP	COMP C/ 850MG		1.200,00	273,00	0,00	400,00	03/06/2020	0,0850 SOMA/SP
Nº Entregas		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					
Especificação: COMPRIMIDO EM BLISTER, CONTENDO 850 MG DE CLORIDRATO DE METFORMINA.									
5	12589 RACECADOTRILA 100MG - CAPSULA	CAPSULA		150,00	8,00	0,00	0,00		0,0000
Nº Entregas		Período p/ Entrega		Quantidade					
1		16/06/2020 à 16/06/2020		50					
2		14/07/2020 à 14/07/2020		50					
3		11/08/2020 à 11/08/2020		50					
Especificação: COMPRIMIDOS CONTENDO 100MG DE RACECADOTRILA, APRESENTAÇÃO EM BLISTER.									
4	1882 RISPERIDONA 1MG COMP	COMP C/1MG		1.200,00	294,00	228,00	300,00	05/06/2020	0,1250 PROMEFARMA
Nº Entregas		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 53690  
 FLS 02  
 Visto

Especificação: COMPRIMIDO EM BLISTER.

Data	Valor Total	Emissor
22 de Junho de 2020	373,86	
Somatório(Vl.Ult.Real * Qtd Solicitada)		

Observação: O consumo é baseado nos últimos seis meses consolidados

Ord. Compra: 88876      Solicitação: 53690      Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA  
 Nº Processo:      Situação: ABERTA      Dt Ord. Compra: 01/07/2020  
 Fornecedor: 14078 RIOCLARENSE  
 CNPJ/CPF: 67.729.178/0004-91      - FILIAL- COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA  
 Endereço: SAUDADE      Insc Est.:  
 Bairro: CAMPO DA MOGIANA      Nr.: 45      Compl.:  
 Cidade: POCOS DE CALDAS      Cep: 37701331  
 Contato(s):      UF: MG      Conta: 700000 - 6 Agência: 5119 - 5 Banco: 1  
 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.: 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: 07/07/2020 à 01/01/2021      Moeda: R\$ -  
 % Desc: 0,00      VI Desc: 0,00      VI ICMS: 0,00  
 Observação: ID 104124758

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
1882 - RISPERIDONA 1MG COMP	CRISTALIA			COMP C/1MG	1.200,0000	0,2003	0,0000	0,00	0,0000	240,36

Especificação: COMPRIMIDO EM BLISTER.

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(+):	240,36
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 (=):

240,36

GERENTE	COORDENADOR		
Data	Data	Data	Data

SUPRI-01-2020

Ord. Compra: 88873      Solicitação: 53690      Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA  
 Nº Processo:      Situação:      ABERTA      Dt Ord. Compra: 01/07/2020  
 Fornecedor: 23048 GLOBAL      - GLOBAL HOSPITALAR IMPORTAÇÃO E COMERCIO LTDA ME  
 CNPJ/CPF: 12.047.164/0001-53      Insc Est.: 0016089870030  
 Endereço: PETUNIA      Nr.: 138      Compl.:  
 Bairro: CHACARA BOA VISTA      Cep: 32150200  
 Cidade: CONTAGEM      UF: MG      Conta: 818608 - 1 Agência: 3398 - 7 Banco: 1  
 Contato(s):  
 Telefone Comercial : (31)2516-6198  
 E-Mail : TELEVENDAS11@GLOBALHOSPITALA

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: 07/07/2020 à 01/01/2021      Moeda: R\$ -  
 % Desc: 0,00      VI Desc: 0,00      VI ICMS: 0,00  
 Observação: ID 104124758

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
100 - CLONAZepam 2MG COMPRIMIDO	EMS			COMP C/ 2MG	1.020,0000	0,0579	0,0000	0,00	0,0000	59,06
Especificação: COMPRIMIDO EM BLISTER. CADA COMPRIMIDO CONTÉM CLONAZEPAM 2MG.										

Nº	Período p/ Entrega	Quantidade
1	07/07/2020 à 07/07/2020	510
2	04/08/2020 à 04/08/2020	510

Detalhamento:

435 - METFORMINA 850MG COMP	EMS			COMP C/ 2MG	1.200,0000	0,2219	0,0000	0,00	0,0000	266,28
Especificação: COMPRIMIDO EM BLISTER, CONTENDO 850 MG DE CLORIDRATO DE METFORMINA.										

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

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
Nº	Período p/ Entrega		Quantidade							
3	08/09/2020	à 08/09/2020	400							

Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	325,34
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>325,34</u>

GERENTE	COORDENADOR		
_____ Data	_____ Data	_____ Data	_____ Data

01/07/2020 11:50

Ord. Compra: 88875 Solicitação: 53690 Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA

Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 01/07/2020

Fornecedor: 12302 SOMA/MG - SOMA/MG PRODUTOS HOSPITALARES LTDA

CNPJ/CPF: 12.927.876/0001-67 Insc Est.:

Endereço: EST PEDRO ROSA DA SILVA Nr.: 515 Compl.:

Bairro: RESIDENCIAL PARK Cep: 37640000

Cidade: EXTREMA UF: MG Conta: 5240 - X Agência: 3415 - 0 Banco: 1

Contato(s):

E-Mail: TELEVENDAS1.SP@DIMACISP.COM.B

Telefone Comercial: (11)4122-9800

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.: 7 Desc. Condição de Pgto.: 30 DIAS

Período p/ Entrega: 07/07/2020 à 01/01/2021 Moeda: R\$ -

% Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00

Observação: | OC gerada pela integracao com a Bionexo. PDC numero: 104120313

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
1226 - ACIDO VALPROICO 250MG CAP	BIOLAB			CAPSULA C/250MG	300,0000	0,1650	0,0000	0,00	0,0000	49,50
Especificação: CAPSULA GELATINOSA EM FRASCO CONTENDO 25 CAPSULAS. EMBALGEM CONTENDO 1 FRASCO.										

Nº	Período p/ Entrega	Quantidade
1	07/07/2020 à 07/07/2020	100
2	04/08/2020 à 04/08/2020	100
3	08/09/2020 à 08/09/2020	100

Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	49,50
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 (=): 49,50

GERENTE	COORDENADOR		
Data	Data	Data	Data

SUPRI DE 2014