



SUMÁRIO

Descrição dos Produtos/Serviços

MEDICAMENTOS

Serviço	Não Padrão	Reposição de estoque
-	-	X

R\$ Fls.

Orçamento Referência	Dt	Fls.
1º Pedido de Análise Técnica	NILHA/ 15/06/2	10 A 12
1º Retorno de Análise Técnica	NILHA 16/06/2	10 A 12
2º Pedido da Análise Técnica	-	-
2º Retorno da Análise Técnica	-	-

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Processo	Data Abertura	Data Emissão	Folha
53839/2020 CHMSBC	09/06/2020	17/06/2020	1

MV	BIONEXO
-	104478299

Fls.

Mapa Comparativo	Fls.
	03 A 05

Valor Final	R\$	Fls.
	21.498,00	08 e 09

Negociação	Fls.
0,00%	06 E 07

Varição Última Compra	Fls.
0,41%	08 E 09

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
13	04	04	-	-	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
-	-	-	-	-	-	-	-	-

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

Relatório das propostas comerciais encaminhadas pelas empresas do ramo em fls.03/05.

Aberta negociação para melhora dos valores ofertados, fls. 06/07.

Relatório em fls.13 demonstrando que 172 fornecedores visualizaram a pesquisa de mercado, porém somente 13 responderam a cotação.

Para o item MV 328 consta variação de -39,00% referente a última compra devido ao desconto concedido.

Fornecedores		Valor Total	Cond. Pagto
1	Soma/SP Produtos Hospitalares Ltda	R\$ 14.560,00	30 DIAS
2	Medicamental Hospitalar Ltda	R\$ 618,00	60 DIAS
3	Cristalia Produtos Químicos e Farmaceuticos Ltda	R\$ 5.100,00	60 DIAS
4	Soquímica Laboratorios Ltda - EPP	R\$ 1.220,00	28 DIAS
5			
6			
7			

Justificativa de Urgência	Sim	Não	Folhas
	-	X	-

Aprovação			
<p>Henrique Madureira Coordenador de Compras e Contratos CHMSBC 17.06.20</p> <p>Coordenador de Compras e Contratos</p>	<p>Gerência de Compras e Contratos</p>	<p>Nathalia B. Ferreira Advogada CHMSBC</p> <p>Dep. Jurídico</p>	<p>Bruna de Almeida Assistente Administrativo Diretoria Médica CHMSBC</p> <p>Comissão de Análise e Julgamento</p>

Reserva Financeira Realizada no Montante Supracitado	Observações	Emissão
<p>José Ramon Lichten Jardim Gerência de Finanças CHMSBC</p>		<p>Melhora Além de Almeida</p> <p>Ordem de Compra: 25104/20</p>

Autorização - Diretoria Geral do CHMSBC		NÃO AUTORIZO
<p>AUTORIZO a emissão da Ordem de Compra no valor supracitado</p> <p>Dra. Agnes M. F. Ferrari, Diretora Geral CHMSBC</p>	<p>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.</p>	<p>a despesa pretendida/Solicitado o cancelamento do processo</p>

Solicitação: 53839
 Solicitante: FABIO.GODOY
 Setor: 561 CENTRO DE DISTRIBUICAO
 Motivo: 8 COMPRA PARA REPOSICAO ESTOQUE

Data Solicitud: 09/06/2020
 Data da Impressão:
 Situação: SOLICITADA

Data Máxima: 08/07/2020

104 438299 15/06 900

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
1445 FUROSEMIDA 20MG AMPOLA 2ML	AMP	C/2ML	28.000,00	5.633,00	4.900,00	6.000,00	28/05/2020	0,4900	MEDILAR
regas		Período p/ Entrega		Quantidade					
1		22/07/2020 à 22/07/2020		7000					
2		19/08/2020 à 19/08/2020		7000					
3		22/09/2020 à 22/09/2020		7000					
4		20/10/2020 à 20/10/2020		7000					
Especificação: SOLUCAO INJETAVEL, AMPOLA CONTENDO 2ML DE SOLUCAO DE FUROSEMIDA 10MG/ML.									
241 NITROGLICERINA 50MG AMPOLA 10ML	AMP	C/10ML	200,00	90,00	1,00	100,00	08/05/2020		25,4000 ASTRA FARMA
regas		Período p/ Entrega		Quantidade					
1		21/07/2020 à 21/07/2020		100					
2		25/08/2020 à 25/08/2020		100					
Especificação: SOLUCAO INJETAVEL, AMPOLA CONTENDO 10ML DE SOLUCAO DE NITROGLICERINA 5MG/ML.									
328 ONDANSETRONA 8MG (2MG/ML) AMPOLA 4ML	AMP	C/4ML	1.000,00	666,00	400,00	400,00	08/06/2020		2,0000 DUPATRI
regas		Período p/ Entrega		Quantidade					
1		08/07/2020 à 08/07/2020		500					
2		04/08/2020 à 04/08/2020		500					
Especificação: SOLUCAO INJETAVEL, AMPOLA CONTENDO 4ML DE SOLUCAO DE CLORIDRATO DE ONDANSETRONA 2MG/ML.									
159 haloperidol 5MG AMPOLA 1ML	AMP	C/1ML	600,00	264,00	225,00	300,00	01/06/2020		1,0171 MEDICAMENTAL HOSPITA
regas		Período p/ Entrega		Quantidade					
1		14/07/2020 à 14/07/2020		300					
2		18/08/2020 à 18/08/2020		300					
Especificação: SOLUCAO INJETAVEL, AMPOLA CONTENDO 1 ML DE SOLUCAO DE HALOPERIDOL 5MG/ML.									

09 de Junho de 2020

21.410,26

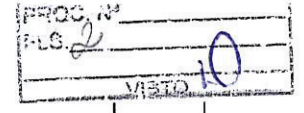
Somatório(Vi.Ult.Real * Qtd Solicitada)

Emissor

Valor Total

Data

Observação: O consumo é baseado nos últimos seis meses consolidados



Ord. Compra: 88703 Solicitação: 53839 Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA

Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 25/06/2020

Fornecedor: 93889 MEDICAMENTAL HOSPIT - MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA

CNPJ/CPF: 31.378.288/0001-66 Insc Est.: 797409146110

Endereço: ANHANGUERA DE 0000307,001 A 0000312,200 Nr.: Compl.:

Bairro: PARQUE RESIDENCIAL CAN Cep: 14093500

Cidade: RIBEIRAO PRETO UF: SP Conta: 6158 - 1 Agência: 3370 - 7 Banco: 1

Contato(s):

Telefone Comercial : 5081-3536 RAMAL 3759

E-Mail : VENDASCAP3@MEDICAMENTAL.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. 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: 14/07/2020 à 18/08/2020 Moeda: R\$ -
% Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00
Observação: ID 104478299

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
159 - haloperidol 5MG 1ML	AMPOLA HYPOFARM A HOSP			AMP C/1ML	600,0000	1,0300	0,0000	0,00	0,0000	618,00
Especificação: SOLUCAO INJETAVEL, AMPOLA CONTENDO 1 ML DE SOLUCAO DE HALOPERIDOL 5MG/ML.										

Nº	Período p/ Entrega	Quantidade
1	14/07/2020 à 14/07/2020	300
2	18/08/2020 à 18/08/2020	300

Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	618,00
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 (=):	618,00

GERENTE	COORDENADOR		
Data	Data	Data	Data

SUPER: 253

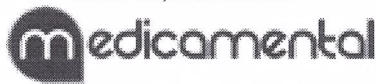
RECEBEMOS DE MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA ABAIXO. EMISSÃO: 06/07/2020 VALOR TOTAL: R\$ 14.536,73 DESTINATÁRIO: FUNDAÇÃO DO ABC - ESTRADA DOS ALVARENGAS NO, 1001 BAIRRO ALVARENGA SAO BERNARDO DO CAMPO-SP

NFe N° 000.028.271
Série 001

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE



MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA

VIA ANHANGUERA, 307 - 950M GP2
CANDIDO PORTINARI - 14093-500
RIBEIRAO PRETO - SP Fone/Fax: 1635054900
www.medicamental.com.br

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

N° 000.028.271
Série 001
Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO

3520 0731 3782 8800 0166 5500 1000 0282 7111 0659 9050

Consulta de autenticidade no portal nacional de NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA DE MERCADORIA

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135200557076211 - 06/07/2020 21:19:37

INSCRIÇÃO ESTADUAL

797409146110

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ / CPF

31.378.288/0001-66

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

FUNDAÇÃO DO ABC

CNPJ / CPF

57.571.275/0017-60

DATA DA EMISSÃO

06/07/2020

ENDEREÇO

ESTRADA DOS ALVARENGAS NO, 1001

BAIRRO / DISTRITO

BAIRRO ALVARENGA

CEP

09850-550

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

06/07/2020

MUNICÍPIO

SAO BERNARDO DO CAMPO

UF

FONE / FAX

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

22:15:00

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL

FUNDAÇÃO DO ABC

CNPJ / CPF

57.571.275/0017-60

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ENDEREÇO

RUA PAULO COPPINI, 035 - PORTAO 2/ ALMOXARIFA

BAIRRO / DISTRITO

DOS CASA

CEP

09850-655

MUNICÍPIO

SAO BERNARDO DO CAMPO

UF

FONE / FAX

SP

1143531500

FATURA / DUPLICATA

Num. 001
Venc. 04/09/2020
Valor R\$ 14.536,73

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CÁLC.ICMS	VALOR DO ICMS	VALOR DO ICMS-FCP	BASE CÁLC.ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T-FCP	TOTAL PRODUTOS
14.536,73	2.579,53	0,00	0,00	0,00	0,00	14.536,73
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL IPI	VALOR IMPORTAÇÃO	TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	14.536,73

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

NIKKEY RIO PRETO LOGISTICA E TRANSPORTE LTDA

FRETE POR CONTA

0-Remetente

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

15.066.184/0001-60

ENDEREÇO

RUA IZOLINA PAGANUCCI DA COSTA,895

MUNICÍPIO

SAO JOSE DO RIO PRETO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

647598751114

QUANTIDADE

4

ESPÉCIE

Volumes

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
28748 7189	BERIPLEX 500UI FR+DIL 20ML G/CSL BEHRING HOSP Lote: P100101513 Qtd: 2 Val: 30/03/2022 86358	30021239	700	5102	UN	2	1.170,0000	2.340,00	2.340,00	421,20		18,00	
30376	HALOPERIDOL 5MG/ML C/50 AMP C/IML**/HYPOFARMA HOSP/CI G+ Lote: 20030387 Qtd: 12 Val: 30/03/2022 88703	30049069	000	5102	UN	12	51,5000	618,00	618,00	74,16		12,00	
34366 21399	IMUNOGLOBULIN SOL INJ 2,5G FR 50ML/BLAU HOSP Lote: 352A19500 Qtd: 15 Val: 30/11/2021 86740	30021235	000	5102	CX	15	767,1047	11.506,57	11.506,57	2.071,18		18,00	
33779 1874	SONDA NASOGASTRICA LONGA 16/MEDSONDA Lote: 54946 Qtd: 100 Val: 30/06/2024 88722	90183929	000	5102	UN	100	0,7216	72,16	72,16	12,99		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Contribuinte: ocs:

88722
88703
86358
86270

*DESPESA REALIZADA COM BASE NO CONTRATO DE GESTAO SS No001/2018 COM A PMSBC.

entregar amanha 07/07/20 COM URGENCIA, por favor

hr. 08h as 11h30 e das 13h30 as 16h30

ATENDIMENTO 16 3505-4900 R: 1660 e 1661 hospitalar@medicamental.com.br

AFE: AUTORIZ/MS: 1.18507.0

AE: AUTORIZ/MS: 1.18508.3

AFE 1.18.507-0- AE 1.18.508-3

Inf. fisco: Valor Aprox Tributos Federal: R\$ 2.041,17 Estadual: R\$ 814,12 Municipal: R\$ 0,00 Fonte: IBPT

MERCADORIA ENTREGUE CONFORME ARTIGO 125, o 7o DO RICMS-SP/2000 - ENTREGA DE MERCADORIA DE NAO

CONTRIBUINTE DE IMPOSTO A OUTRA PESSOA NAO CONTRIBUINTE DE IMPOSTO.

MERCADORIA ENTREGUE CONFORME ARTIGO 125, o 7o DO RICMS-SP/2000 - ENTREGA DE MERCADORIA DE NAO

CONTRIBUINTE DE IMPOSTO A OUTRA PESSOA NAO CONTRIBUINTE DE IMPOSTO.

Regime Especial - 035738/2018 - Portaria CAT no 116/2017

ROTA: CD SAO PAULO - R 140 - GDE SP

RESERVADO AO FISCO

CHMSBC:
TERMO DE RECEBIMENTO
Recebi em ordem o(s) material(is)
discriminados na presente nota

Data: 07 JUL 2020

Assinatura: [Assinatura]
Unidade: [Assinatura]
Visto: [Assinatura]



Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900112759No. compromisso cliente
0000000000000813616Data do Crédito
08/09/2020Valor
14.536,73

Dados do Remetente

Nome
FUNDAÇÃO DO ABCCNPJ/CPF
57.571.275/0017-60Convênio
0033-0110-004901356489Data da Solicitação
08/09/2020Agência/Conta Corrente
0110 / 000130356088

Dados do Destinatário

Nome
MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDACNPJ/CPF
31.378.288/0001-66Tipo Conta
Conta CorrenteBanco/ISPB
0001/Agência
03370Conta Corrente
000000000000061581Valor
14.536,73Finalidade
Pagamento de FornecedoresTipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária
CBD9B7C157CC7E16CE4D64F**Central de Atendimento Santander
Empresarial**4004-2125 (Regiões Metropolitanas)
0800-726-2125 (Demais Localidades)
0800 723 5007 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)**SAC** - Atendimento 24h por dia, todos os dias.0800 762 7777
0800 771 0401 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)**Ouvidoria** - Das 9h às 18h, de segunda a sexta-feira, exceto feriado.0800 726 0322
0800 771 0301 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)