



CRITICO

Processo	Data Abertura	Data Emissão	Folha
53843/2020 - CHMSBC	09/06/2020	16/06/2020	1

SUMÁRIO

Descrição dos Produtos/Serviços

AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS.

Serviço	Não Padrão	Reposição de estoque
-	-	X

MV	BIONEXO
-	104459598

Orçamento Referência

Mapa Comparativo Fls. 03 A 05

Pedido de Análise Técnica

Valor Final R\$ 54.125,20 08 A 09

Retorno da Análise Técnica

Negociação 06 A 07

Documentação de Exclusividade

Variação Última Compra 10,78% 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
18	05	05	00	00	SIM

*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
-	-	-	-	-	-	-	-	-

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

Solicitado aos fornecedores a redução dos valores ofertados e sugerido o prazo de pagamento para 60 dias. Após o encerramento do período não houve alteração de valores, permanecendo o prazo de pagamento nas datas inicialmente ofertadas (fls 06 a 07).

Relatório em (fls 12) demonstrando que 176 fornecedores visualizaram a pesquisa de mercado, porém somente 18 responderam a cotação.

MV 156 - Adequação de embalagem (fls 11).

Fornecedores		Valor Total	Cond. Pagto
1	COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA	R\$ 598,00	60 DDL
2	DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO, IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇÃO LTDA	R\$ 148,00	60 DDL
3	HOSPFAR INDUSTRIA E COMERCIO DE PROTUDOS HOSPITALARES AS	R\$ 9.759,20	60 DDL
4	PROMEFARMA REPRESENTAÇÕES COMERCIAIS LTDA	R\$ 43.620,00	60 DDL
5			
6			
7			

Justificativa de Urgência	Sim	Não	Folhas
-	-	-	-

Aprovação

Henrique Madureira Coordenador de Compras e Contratos CHMSBC 16.06.20	Gerência de Compras e Contratos	Ana Paula Ribeiro Advogada CHMSBC	Dep. Jurídico	Dr. João Eduardo Charles Assessor II / CRM 40282 Diretoria Geral CHMSBC	Comissão de Análise e Julgamento
--	---------------------------------	---	---------------	---	----------------------------------

Reserva Financeira Realizada no Montante Supracitado	Observações	Emissão
Jose Raul de Uchoa Jardim Diretor Administrativo Financeiro CHMSBC		11/05/2020
		Ordem de Compra: 22/5/20

Autorização - Diretoria Geral do CHMSBC

AUTORIZO a emissão da Ordem de Compra no valor supracitado	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.	NÃO AUTORIZO a despesa pretendida/Solicito o cancelamento do processo
Dra. Agnes M. E. Ferraz Diretora Geral CHMSBC		

COMPLEXO HOSP SÃO BERNARDO DO CAMPO
 -MV - Sistema de Gerenciamento de Compras
 tório de Solicitação de Compras

Página: 1 / 2
 Emitido por: DANIEL BORDON
 Em: 09/06/2020 13:50

Solicitação: 53843

Solicitante: FABIO.GODOY

Setor: 561

Motivo: 8 COMPRA PARA REPOSICAO ESTOQUE

** CARTÃO **

Data Máxima: 07/07/2020

Data Solic.: 09/06/2020

Data da Impressão:

Situação: SOLICITADA

** 106159598 **

Obs: solicitação de compras quadrimestral

Produto	Dados da Solicitação				Dados da Última compra			
	Clas.ABC	Unidade	Quantidade	Cons. Méd Mensal	Est.Atual	Data	Vir Unitário	Fornecedor
156 DESLANOSIDEO 0,4MG AMPOLA 2ML	AMP	C/2ML	60,00	13,00	0,00	08/05/2020	50,00	1,1200 UNIAO QUIMICA
regas		Período p/ Entrega	Quantidade					
1		07/07/2020 à 07/07/2020	30					
2		04/08/2020 à 04/08/2020	30					
Especificação: SOLUCAO INJETAVEL, AMPOLA CONTENDO 2ML DE SOLUCAO DE DESLANOSIDEO 0,2MG/ML								
190 DIMENI30MG+PIRID 50MG+GLICO1000MG+FRUTO1000MG EV AMPOLA 10ML	AMP	C/10ML	4.000,00	1.606,00	1.051,00	14/04/2020	2.000,00	2.3900 CIRURGICA MAFRA
regas		Período p/ Entrega	Quantidade					
1		22/07/2020 à 22/07/2020	1000					
2		19/08/2020 à 19/08/2020	1000					
3		22/09/2020 à 22/09/2020	1000					
4		20/10/2020 à 20/10/2020	1000					
Especificação: SOLUCAO INJETAVEL PARA USO ENDOVENOSO, AMPOLA DE 10 ML DE SOLUCAO								
701 HIDROXIDO DE ALUMINIO 61,5MG/ML SUSP FR 100ML	FRASC	C/100ML	200,00	72,00	5,00	09/04/2020	150,00	2.0300 RIOCLARENSE
regas		Período p/ Entrega	Quantidade					
1		21/07/2020 à 21/07/2020	100					
2		18/08/2020 à 18/08/2020	100					
Especificação: SUSPENSAO ORAL, FRASCO CONTENDO 100ML DE SUSPENSAO DE HIDROXIDO DE ALUMINIO 61,5MG/ML.								
698 MORFINA 10 MG AMPOLA 1ML	AMP	C/1ML	16.000,00	2.167,00	401,00	22/05/2020	2.500,00	2.3069 RIOCLARENSE
regas		Período p/ Entrega	Quantidade					
1		22/07/2020 à 22/07/2020	4000					
2		25/08/2020 à 25/08/2020	4000					
3		22/09/2020 à 22/09/2020	4000					
4		20/10/2020 à 20/10/2020	4000					
Especificação: SOLUCAO INJETAVEL, AMPOLA CONTENDO 1ML DE SOLUCAO 10MG/ML								
1185 TERBUTALINA 0,5MG AMPOLA 1ML	AMP	C/1ML	2.000,00	533,00	399,00	18/05/2020	1.000,00	0.9360 MCW
regas		Período p/ Entrega	Quantidade					
1		08/07/2020 à 08/07/2020	1000					

PROC. Nº 02
 FLS.
 VISTO

** Hied.n*
** Dubon*
** 1138101*
** 1138101*

** ACP*

2 04/08/2020 à 04/08/2020 1000

Especificação: SOLUCAO INJETAVEL, AMPOLA CONTENDO 1ML DE SOLUCAO DE TEBUTALINA 0,5MG/ML.

Data	Valor Total	Emissor
09 de Junho de 2020	48.815,60	
Somatório(Vl. Ult. Real * Qtd Solicitada)		

Observação: O consumo é baseado nos últimos seis meses consolidados

Ord. Compra: 88538 Solicitação: 53843 Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA
Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 22/06/2020
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 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: 21/07/2020 à 18/08/2020 Moeda: R\$ -
% Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00
Observação: ID: 104459598

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
701 - HIDROXIDO DE ALUMINIO 61,5MG/ML SUSP FR 100ML	ALUMINEC			FRASC C/100ML	200,0000	2,9900	0,0000	0,00	0,0000	598,00

Especificação: SUSPENSAO ORAL, FRASCO CONTENDO 100ML DE SUSPENSAO DE HIDROXIDO DE ALUMINIO 61,5MG/ML.

Nº	Período p/ Entrega	Quantidade
1	21/07/2020 à 21/07/2020	100
2	18/08/2020 à 18/08/2020	100

Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	598,00
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 (=):

598,00

GERENTE	COORDENADOR		
Data	Data	Data	Data

SUPRI 01 20

Ord. Compra: 88537 Solicitação: 53843 Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA
Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 22/06/2020
Fornecedor: 93340 DUPATRI - DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO, IMPORTACAO E EXPORTACA
CNPJ/CPF: 04.027.894/0007-50 Insc Est.:
Endereço: PEDRO PASCOAL DOS SANTOS Nr.: 410 Compl.:
Bairro: RESIDENCIAL REAL PARQU Cep: 13178561
Cidade: SUMARE UF: SP Conta: 2034 - 6 Agência: 3359 - 6 Banco: 1
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: 07/07/2020 à 04/08/2020 Moeda: R\$ -
% Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00
Observação: ID: 104459598

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
156 - DESLANOSIDEO 0,4MG AMPOLA 2ML	UNIÃO QUIMICA			AMP C/2ML	100,0000	1,4800	0,0000	0,00	0,0000	148,00

Especificação: SOLUCAO INJETAVEL, AMPOLA CONTENDO 2ML DE SOLUCAO DE DESLANOSIDEO 0,2MG/ML

Nº	Período p/ Entrega	Quantidade
1	07/07/2020 à 07/07/2020	50
2	04/08/2020 à 04/08/2020	50

Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	148,00
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 (=):	148,00

GERENTE	COORDENADOR		
Data	Data	Data	Data

SBC-01-000000

Ord. Compra: 88539 Solicitação: 53843 Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA
Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 22/06/2020
Fornecedor: 28825 HOSPFAR - HOSPFAR IND. E COM. DE PRODUTOS HOSPITALARES S/A
CNPJ/CPF: 26.921.908/0002-02 Insc Est.: 102321086 Nr.: 1700 Compl.:
Endereço: SIA TRECHO
Bairro: ZONA INDUSTRIAL (GUARA) Cep: 71200030
Cidade: BRASILIA UF: DF Conta: 313073 - 8 Agência: 3307 - 3 Banco: 1
Contato(s): NILSON
Telefone Comercial : 11 2185-3500
E-Mail : TELEVENDASSP@HOSPFAR.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.: 9 Desc. Condição de Pgto.: 60 DIAS
Período p/ Entrega: 22/07/2020 à 20/10/2020 Moeda: R\$ -
% Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00
Observação: ID: 104459598

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
190 - DIMENI30MG+PIRID 50MG+GLICO1000MG+FRUTO PHARMA 1000MG EV AMPOLA 10ML	TAKEDA			AMP C/10ML	4.000,0000	2,4398	0,0000	0,00	0,0000	9.759,20
Especificação: SOLUCAO INJFETAVEL PARA USO ENDOVENOSO, AMPOLA DE 10 ML DE SOLUÇÃO										

Nº	Período p/ Entrega	Quantidade
1	22/07/2020 à 22/07/2020	1000
2	19/08/2020 à 19/08/2020	1000
3	22/09/2020 à 22/09/2020	1000
4	20/10/2020 à 20/10/2020	1000

Detalhamento:

Total dos Produtos(+): 9.759,20
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 (=): 9.759,20

GERENTE	COORDENADOR		
Data	Data	Data	Data

SUPRIMIDO

Ord. Compra: 88540 Solicitação: 53843 Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA
 Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 22/06/2020
 Fornecedor: 37141 PROMEFARMA - PROMEFARMA REPRESENTACOES COMERCIAIS LTDA
 CNPJ/CPF: 81.706.251/0001-98 Insc Est.: 1017604640
 Endereço: LEONIDAS FERREIRA DA COSTA Nr.: 847 Compl.:
 Bairro: PAROLIN Cep: 80220410
 Cidade: CURITIBA UF: PR Conta: 101260 - 6 Agência: 3007 - 4 Banco: 1
 Contato(s):
 E-Mail : COMERCIAL2@PROMEFARMA.COM.B
 Telefone Comercial : (041) 30527929

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: 08/07/2020 à 20/10/2020 Moeda: R\$ -
 % Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00
 Observação: ID: 104459598

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
698 - MORFINA 10 MG AMPOLA 1ML	HIPOLABO R			AMP C/1ML	16.000,0000	2,5900	0,0000	0,00	0,0000	41.440,00
Especificação: SOLUCAO INJETAVEL, AMPOLA CONTENDO 1ML DE SOLUCAO 10MG/ML										

Nº	Período p/ Entrega	Quantidade
1	22/07/2020 à 22/07/2020	4000
2	25/08/2020 à 25/08/2020	4000
3	22/09/2020 à 22/09/2020	4000
4	20/10/2020 à 20/10/2020	4000

Detalhamento:

1185 - TERBUTALINA 0,5MG AMPOLA 1ML	UNIÃO QUIMICA			AMP C/1ML	2.000,0000	1,0900	0,0000	0,00	0,0000	2.180,00
Especificação: SOLUCAO INJETAVEL, AMPOLA CONTENDO 1ML DE SOLUCAO DE TEBUTALINA 0,5MG/ML.										

Nº	Período p/ Entrega	Quantidade
----	--------------------	------------

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
Nº	Período p/ Entrega		Quantidade							
1	08/07/2020	à 08/07/2020	1000							
2	04/08/2020	à 04/08/2020	1000							

Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	43.620,00
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>43.620,00</u>

GERENTE	COORDENADOR		
Data	Data	Data	Data

S:\FR-01-2020