PREFEITURA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO CIDADE DO TRABALHO

Processo	Data Abertura	Data Emissão	Folha
53846/2020 - CHMSBC	09/06/2020	17/06/2020	1

SUMÁRIO

Descrição dos Produtos/Serviços
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Serviço	Não Padrão	Reposição de estoque
-	-	X

MV	BIONEXO
-	104472021

		Fls.
Orçamento Referência	R$ -	Fls. -
Pedido de Análise Técnica	Dt Planilha	Fls. 08
Retorno da Análise Técnica	Dt Planilha	Fls. 08
Documentação de Exclusividade		Fls. -

		Fls.
Mapa Comparativo		03 a 04
Valor Final	R$ 518,00	07
Negociação	- -	05 a 06
Variação Última Compra	2,74%	07

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
07	02	01	01	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
	-	-	-	-	-	X	-	-

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

Solicitado redução dos valores ofertados, sem sucesso (fls. 05 a 06)

Item 161 - Dexametasona : A embalagem do medicamento ofertado pelo fornecedor Crismed não atende ao descritivo proposto (fls. 03 a 04). Adequada a quantidade de acordo com a embalagem do fornecedor (fls. 11)

	Fornecedores	Valor Total	Cond. Pagto
1	Dupatri Hospitalar Comércio, Importação e Exportação Ltda - SP	R$ 410,00	60 dias
2	Soma/SP Produtos Hospitalares Ltda	R$ 108,00	45 dias
3			
4			
5			
6			
7			

Justificativa de Urgência	Sim	Não	Folhas
	-	-	-

Aprovação

Supervisão de Compras e Contratos	Gerência de Compras e Contratos	Dep. Jurídico	Comissão de Análise e Julgamento
Henrique Madureira Coordenador de Compras e Contratos CHMSBC 17.06.20		Nathalia B. Ferreira Advogada CHMSBC	

Reserva Financeira Realizada no Montante Supracitado	Observações	Emissão
José Ramde Uchoa Jardim Diretor Administrativo Financeiro CHMSBC		
Gerência de Finanças		Ordem de Compra: 22.06/2020

Autorização - Diretoria Geral do CHMSBC

AUTORIZO		NÃO 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.	a despesa pretendida/Solicito o cancelamento do processo
Dra. Agnes M. F. Ferrari Diretora Geral CHMSBC		

Solicitação: 53846
Solicitante: FABIO.GODOY
Setor: 561 CENTRO DE DISTRIBUICAO
Motivo: 8 COMPRA PARA REPOSICAO ESTOQUE

Data Solic.: 09/06/2020
Data Máxima: 07/07/2020
Data da Impressão: 17/06/2020
Situação: ABERTA

Obs: solicitação de compras quadrimestral

ID 10644/2021.

Dados da Solicitação								Dados da Última compra			
Seq	Produto		Clas.ABC	Unidade	Quantidade	Cons. Méd Mensal	Est.Atual	Quantidade	Data	Vlr Unitário	Fornecedor
1	161	DEXAmetasona 0,5MG/5ML ELIXIR ORAL FRASCO 120ML		FRASC C/120ML	60,00	10,00	0,00	60,00	23/12/2019	1,4520	SOMA/SP
		Especificação: ELIXIR, FRASCO CONTENDO 120ML									
2	292	LEVOMEPROMAZINA 4% GOTAS FR 20ML		FRASC C/20ML	50,00	11,00	1,00	20,00	02/06/2020	8,2000	DUPATRI

Nº Entregas	Período p/ Entrega	Quantidade
1	08/07/2020 à 08/07/2020	25
2	04/08/2020 à 04/08/2020	25

Especificação: SOLUCAO ORAL EM FRASCO GOTEJADOR CONTENDO 20 ML DE SOLUCAO DE LEVOMEPROMAZINA 40MG/ML.

Data	Valor Total	Emissor
17 de Junho de 2020	497,12 Somatório(Vl.Ult.Real * Qtd Solicitada)	

Observação: O consumo é baseado nos últimos seis meses consolidados

PROC. Nº 53846
FLS 02
VISTO

5 - COMPLEXO HOSP SÃO BERNARDO DO CAMPO
SOULMV - Sistema de Compras
Relatório de Ordem de Compra

Emitido por: CAIQUE.SILVA
Em: 22/06/2020 11:44

Ord. Compra: 88510 Solicitação: 53846 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 Nº 1001 CNPJ: 57.571.275/0017-60
Endereço: DOS ALVARENGAS Insc. Est.: ISENTO
Cidade: SAO BERNARDO DO CAMPO Fone/Fax: -
Bairro: ASSUNÇÃO CEP: 09850550 UF: SP
Responsável: DANIEL AUGUSTO BORDON

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: 22/06/2020 à 28/12/2020 Moeda: R$ -
% Desc: 0,00 Vl Desc: 0,00 Vl ICMS: 0,00
Observação: ID: 104472021

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	Vl.Unit.	Vl Desc.	%Des	Vl IMP	Vl Total
292 - LEVOMEPROMAZINA 4% GOTAS FR 20ML	CRISTALIA			FRASC C/20ML	50,0000	8,2000	0,0000	0,00	0,0000	410,00

Especificação: SOLUCAO ORAL EM FRASCO GOTEJADOR CONTENDO 20 ML DE SOLUCAO DE LEVOMEPROMAZINA 40MG/ML.
Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	410,00
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 (=):	410,00

GERENTE	COORDENADOR		
Data	Data	Data	Data

5 - COMPLEXO HOSP SÃO BERNARDO DO CAMPO
SOULMV - Sistema de Compras
Relatório de Ordem de Compra

Emitido por: CAIQUE.SILVA
Em: 22/06/2020 11:46

Ord. Compra: 88511 Solicitação: 53846 Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA

Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 22/06/2020

Fornecedor: 3110 SOMA/SP - SOMA/SP PRODUTOS HOSPITALARES LTDA
CNPJ/CPF: 05.847.630/0001-10 Insc Est.: Nr.: 869 Compl.:
Endereço: FLAQUER DE 691 A 99998 Cep: 09725443
Bairro: VILA EUCLIDES UF: SP Conta: 105047 - 8 Agência: 3415 - 0 Banco: 1
Cidade: SAO BERNARDO DO CAMP
Contato(s): CARLOS EDUARDO
E-Mail : TELEVENDAS1.SP@DIMACISP.COM.B
Telefone Comercial : 4122-9800

Comprador: COMPLEXO HOSPITALAR MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMP-MATRIZ Nº 1001 CNPJ: 57.571.275/0017-60
Endereço: DOS ALVARENGAS Insc. Est.: ISENTO
Cidade: SAO BERNARDO DO CAMPO Fone/Fax: -
Bairro: ASSUNÇÃO CEP: 09850550 UF: SP
Responsável: DANIEL AUGUSTO BORDON

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: 22/06/2020 à 28/12/2020 Moeda: R$ -
% Desc: 0,00 Vl Desc: 0,00 Vl ICMS: 0,00
Observação: ID: 104472021

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	Vl.Unit.	Vl Desc.	%Des	Vl IMP	Vl Total
161 - DEXAmetasona 0,5MG/5ML ELIXIR ORAL FRASCO 120ML	FARMACE			FRASC C/120ML	60,0000	1,8000	0,0000	0,00	0,0000	108,00

Especificação: ELIXIR, FRASCO CONTENDO 120ML
Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	108,00
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 (=):	108,00

GERENTE	COORDENADOR		
Data	Data	Data	Data