

**SUMÁRIO****Descrição dos Produtos/Serviços**

AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS.

Processo	Data Abertura	Data Emissão	Folha
53965/2020 - CHMSBC	16/06/2020	24/06/2020	1

Serviço	Não Padrão	Reposição de estoque
-	-	X

MV	BIONEXO
-	104674313

Orçamento Referência	R\$	Fls.
-	-	-

Mapa Comparativo	Fls.
-	03 A 05

Pedido de Análise Técnica	PLANILHA	10
-	Dt	Fls.

Valor Final	R\$	130.152,00	08 A 09
-------------	-----	------------	---------

Retorno da Análise Técnica	PLANILHA	10
-	Dt	Fls.

Negociação	-	-	06 A 07
------------	---	---	---------

Documentação de Exclusividade	-	-
-------------------------------	---	---

Variação Última Compra	5,82%	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
21	05	05	00	00	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
-	-	-	-	-	-	-	-	-

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 11) demonstrando que 181 fornecedores visualizaram a pesquisa de mercado, porém somente 21 responderam a cotação.

MV 207 Variação 16,33% devido ao aumento do dólar e reajuste da CMED. Consultamos o Banco de Preço em Saúde e constatamos que o valor ofertado está dentro do estabelecido (fls 12 a 13).

MV 2887 Variação 88,31% em decorrência da última compra 14/08/2019 e aumento da matéria prima. Consultamos o Banco de Preço em Saúde e constatamos que o valor ofertado está dentro do estabelecido (fls 14 a 15).

Fornecedores		Valor Total	Cond. Pagto
1	ANBIOTON IMPORTADORA LTDA	R\$ 32.832,00	60 DDL
2	CRISTÁLIA PRODUTOS QUIMICOS E FARMACEUTICOS LTDA	R\$ 6.920,00	60 DDL
3	FRESENIUS KABI DO BRASIL LTDA	R\$ 76.800,00	30 DDL
4	NEUPHARMA DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAL MEDICO HOSPITALAR LTDA - EPP	R\$ 13.600,00	30 DDL
5			
6			
7			

Justificativa de Urgência	Sim	Não	Folhas
-	-	-	-

Aprovação

Henrique Madureira Coordenador de Compras e Contratos CHMSBC 24.06.20	Gerência de Compras e Contratos	Ana Paula Ribeiro Advogada CHMSBC	Dep. Jurídico	Eduardo Rodrigues da S Coordenador Contábil CHMSBC 26/06/20	Comissão de Análise e Julgamento
--	---------------------------------	---	---------------	--	----------------------------------

Reserva Financeira Realizada no Montante Supracitado	Observações	Emissão
José Ramde Uchoa Jardim Diretor Administrativo Financeiro CHMSBC		
Gerência de Finanças		Ordem de Compra: 117/20

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. F. Ferrari Diretora Geral CHMSBC		

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

Página: 1 / 2
 Emitido por: DANIEL BORDON
 Em: 16/06/2020 13:33

Solicitação: 53965
 Solicitante: FABIO.GODOY
 Setor: 561
 Motivo: 8

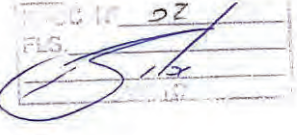
CENTRO DE DISTRIBUICAO
 COMPRA PARA REPOSICAO ESTOQUE

Data Solicitud: 16/06/2020
 Data Máxima: 14/07/2020

Data da Impressão:
 Situação: SOLICITADA

Obs: solicitação de compras quadrimestral

Produto	Dados da Solicitação				Dados da Última compra				
	Clas.ABC	Unidade	Quantidade	Cons. Méd Mensal	Est.Atual	Quantidade	Data	Vlr Unitário	Fornecedor
4207 DOBUTamina 250MG (12,5MG/ML) AMPOLA 20ML	AMP	C/20ML	4.800,00	545,00	360,00	600,00	04/06/2020	5,8800	MEDICAMENTAL HOSPITA
regas			Quantidade						
1		Período p/ Entrega							
2		14/07/2020 à 14/07/2020	1200						
3		11/08/2020 à 11/08/2020	1200						
4		16/09/2020 à 16/09/2020	1200						
		13/10/2020 à 13/10/2020	1200						
4627 METARAMINOL BITARTARATO 10ivG AMP 1ML	AMP	C/1ML	800,00	292,00	175,00	400,00	05/05/2020	4,3000	CRISTALIA
regas			Quantidade						
1		Período p/ Entrega							
2		14/07/2020 à 14/07/2020	400						
		11/08/2020 à 11/08/2020	400						
470 METILPREDNISOLONA SUCCINATO 125MG FA	FA	C/125MG	12.000,00	721,00	0,00	1.000,00	12/06/2020	€	4000FRESENIUS KABI
regas			Quantidade						
1		Período p/ Entrega							
2		14/07/2020 à 14/07/2020	3000						
3		11/08/2020 à 11/08/2020	3000						
4		15/09/2020 à 15/09/2020	3000						
		13/10/2020 à 13/10/2020	3000						
474 METILPREDNISOLONA SUCCINATO 500MG FA	FA	C/500MG	1.000,00	113,00	0,00	125,00	15/06/2020	12,7000	MEDICAMENTAL HOSPITA
regas			Quantidade						
1		Período p/ Entrega							
		16/12/2020 à 16/12/2020	1000						
42887 MIDAZOLAM 5MG AMPOLA 5vL	AMP	C/5vL	1.200,00	567,00	395,00	1.000,00	18/05/2020	U	9400MEDICAMENTAL HOSPITA
regas			Quantidade						
1		Período p/ Entrega							
2		14/07/2020 à 14/07/2020	600						
		11/08/2020 à 11/08/2020	600						



* 10/06/2020
 * 10/06/2020
 * 10/06/2020

Quantidade 1000
 Quantidade 600
 Quantidade 600

Data	Valor Total	Emissor
------	-------------	---------

16 de Junho de 2020

122.292,00

Somatório(Vl.Ult.Real * Qtd Solicitada)

Observação: O consumo é baseado nos últimos seis meses consolidados

Ord. Compra: 88896 Solicitação: 53965

Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA

Nº Processo: Situação:

ABERTA Dt Ord. Compra: 01/07/2020

Fornecedor: 16 CRISTALIA
 CNPJ/CPF: 44.734.671/0001-51
 Endereço: RODOVIA ITAPIRA
 Bairro: LINDOIA
 Cidade: QUARTO CENTENARIO
 Contato(s):

- CRISTALIA PROD.QUIM.FARMA.LTDA
 Insc Est.: 374007758117 Nr.: S/N Compl.: KM 14
 Cep: 13974900
 UF: PR Conta: 2014 - 1 Agência: 5115 - 2 Banco: 1

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.: 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 11/08/2020 Moeda: R\$ -
 % Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00
 Observação: ID: 104674313

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
4627 - METARAMINOL BITARTARATO 10MG AMP 1ML	CRISTALIA			AMP C/1ML	800,0000	4,3000	0,0000	0,00	0,0000	3,440,00
Especificação: METARAMINOL BITARTARATO 10MG AMP 1ML										

Nº	Período p/ Entrega	Quantidade
1	14/07/2020 à 14/07/2020	400
2	11/08/2020 à 11/08/2020	400

Detalhamento:

Produto	Fabricante	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
2887 - MIDAZOLAM 5MG AMPOLA 5ML	CRISTALIA	AMP C/5ML	1,200,0000	2,9000	0,0000	0,00	0,0000	3,480,00
Especificação: MIDAZOLAM 5MG AMPOLA 5ML								
Quantidade								
Nº	Período p/ Entrega	Quantidade						
1	14/07/2020 à 14/07/2020	600						

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

Página: 2 / 2
 Emitido por: SILAS.DIAS
 Em: 01/07/2020 15:23

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
Nº	Período p/ Entrega		Quantidade							
2	11/08/2020	à 11/08/2020	600							

Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	6.920,00
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>6.920,00</u>

GERENTE	COORDENADOR		
Data	Data	Data	Data

Ord. Compra: 88898 Solicitação: 53965 Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA
Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 01/07/2020
Fornecedor: 100176 FRESENIUS KABI - FRESENIUS KABI BRASIL LTDA
CNPJ/CPF: 49.324.221/0020-77 Insc Est.: 10.779.033-5 Nr.: 1255 Compl.:
Endereço: BRASIL Cep: 75080240
Bairro: CIDADE JARDIM UF: GO Conta: - Agência: - Banco:
Cidade: ANAPOLIS
Contato(s):
E-Mail: SABRINA.SIQUEIRA@FRESENIUS-KAB
Telefone Comercial: (11) 2504-1658

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.: 7 Desc. Condição de Pgto.: 30 DIAS
Período p/ Entrega: 14/07/2020 à 13/10/2020 Moeda: R\$ -
% Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00
Observação: ID: 104674313

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
470 - METILPREDNISOLONA SUCCINATO 125MG FA	NOVAFARM A			FA C/125MG	12.000,0000	6,4000	0,0000	0,00	0,0000	76.800,00
Especificação: PO LIOFILO INJETAVEL PARA USO ENDOVENOSO E INTRAMUSCULAR, FRASCO AMPOLA ACOMPANHANTE DE UMA AMPOLA CONTENDO SOLUCAO DILUENTE.										

Nº	Período p/ Entrega	Quantidade
1	14/07/2020 à 14/07/2020	3000
2	11/08/2020 à 11/08/2020	3000
3	15/09/2020 à 15/09/2020	3000
4	13/10/2020 à 13/10/2020	3000

Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	76.800,00
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 (=):

76.800,00

GERENTE	COORDENADOR		
Data	Data	Data	Data

Ord. Compra: 88897 Solicitação: 53965

Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA

Nº Processo:

Situação:

ABERTA Dt Ord. Compra: 01/07/2020

Fornecedor: 18087 NEUPHARMA

CNPJ/CPF: 21.487.927/0001-78

Endereço: INES DE 701 A 1400

Bairro: PARQUE MANDAQUI

Cidade: SAO PAULO

Contato(s):

E-Mail: COMERCIAL1@NEUPHARMA.COM.BR

Telefone Comercial: 2206-1132

Insc Est.: 144091439111
Nr.: 909 Compl.:
Cep: 02415001
UF: SP Conta: 10900 - 6 Agência: 6646 - Banco: 341

Comprador: COMPLEXO HOSPITALAR MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMP-MATRIZ
Endereço: DOS ALVARENGAS Nº 1001

CNPJ: 57.571.275/0017-60

Insc. Est.: ISENTO

Fone/Fax: -

CEP: 09850550

UF: SP

Cidade: SAO BERNARDO DO CAMPO
Bairro: ASSUNÇÃO
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 Pcto.: 7 Desc. Condição de Pcto.: 30 DIAS
Período p/ Entrega: 16/12/2020 à 16/12/2020 Moeda: R\$ -
% Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00
Observação: ID: 104674313

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
474 - METILPREDNISOLONA SUCCINATO 500MG FA	NOVAFARM A			FA500MG	1.000,0000	13,6000	0,0000	0,00	0,0000	13.600,00
Especificação: PO LIOFILO INJETAVEL PARA USO ENDOVENOSO E INTRAMUSCULAR, FRASCO AMPOLA ACOMPANHADO DE UMA AMPOLA CONTENDO SOLUCAO DILUENTE.										

Nº	Período p/ Entrega	Quantidade
1	16/12/2020 à 16/12/2020	1000

Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	13.600,00
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 (=):	13.600,00

GERENTE	COORDENADOR		
Data	Data	Data	Data

RECEBEMOS DE NEUPHARMA DIST MATL MED HOSPITALAR LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		VALOR NOTA RS 3.400,00	NF-e Nº: 000.008.434 SÉRIE: 1
DATA DE RECEBIMENTO / /	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	DESTINATÁRIO FUNDAÇÃO DO ABC	

NEUPHARMA DIST MATL MED HOSPITALAR LTDA  AV SANTA INES, 909 TERREO PQ MANDAQUI SAO PAULO SP TEL/FAX: 1122061132 CEP: 02415001	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 - Saída 1 Nº 000.008.434 SÉRIE: 1 FOLHA: 1 de 1	 CHAVE DE ACESSO 3520 0821 4879 2700 0178 5500 1000 0084 3410 5653 0019 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora	
	NATUREZA DA OPERAÇÃO 5102 VENDAS		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135200700768146 - 14/08/2020 16:31:10
INSCRIÇÃO ESTADUAL 144091439111	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	CNPJ 21.487.927/0001-78	

DESTINATÁRIO/REMETENTE		CNPJ/CPF		DATA DA EMISSÃO	
NOME/RAZÃO SOCIAL FUNDAÇÃO DO ABC		57.571.275/0017-60		14/08/2020	
ENDEREÇO EST. DOS ALVARENGAS, 1001		BAIRRO/DISTRITO ALVARENGA		CEP 09850-550	
MUNICÍPIO SAO BERNARDO DO CAMPO		FONE/FAX (11) 4353-1500		UF SP	
		INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA DE SAÍDA	

FATURA		
Número	Data Vcto	Valor
001	13/10/2020	3.400,00

CÁLCULO DO IMPOSTO	
BASE DE CÁLCULO DE ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00
BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00
VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 3.400,00	
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00
DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00
VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00
VALOR TOTAL DA NOTA 3.400,00	

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS	
RAZÃO SOCIAL OUTROS	FRETE POR CONTA 3 - Rem.
ENDEREÇO	MUNICÍPIO
QUANTIDADE	ESPÉCIE
MARCA	NUMERAÇÃO
PESO BRUTO	PESO LIQUIDO

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO														
COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS		VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
												ICMS	IPI	
000140	SUCC SOD METILPRED 500MG PO LIOF SOL INJ Lote 78PB0815 10,000 CXA Validade: 20/02/2022	30043210	0-40	5102	CXA	10,0000	340,00000	3.400,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

434

250

46008

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

Data: 17 AGO 2020
Nome: *Dilci*
RE: *He. Alves*
Unidade: *He. Alves*
Visto:

DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES ENTREGA: ENDEREÇO: RUA PAULO COPPINI, 35 PORTAO 2 - DOS CASA - SAO BERNARDO DO CAMPO/SP - CNPJ: 57.571.275/0017-60 Fone: 1143531500 E-mail: FINANCEIRO.PROCESSOS@CHMSBC.ORG.BR Numero do Pedido: OC 88897 BANCO ITAU AG: 6646 C/C: FUNDAÇÃO DO ABC - SOLICITAÇÃO: 53965 - ID: 104674313 - DESPESA REALIZADA COM BASE NO CONTRATO DE GESTAO SS N 001.2018 COM A PMSBC /	RESERVADO AO FISCO
---	--------------------



Emissão 2ª Via

No. compromisso banco 900115109	No. compromisso cliente 0000000000000820181	Data do Crédito 07/10/2020	Valor 3.400,00
------------------------------------	--	-------------------------------	-------------------

Dados do Remetente

Nome FUNDAÇÃO DO ABC	CNPJ/CPF
-------------------------	----------

Convênio 0033-0110-004901356489	Data da Solicitação 07/10/2020	Agência/Conta Corrente 0110 / 000130356088
------------------------------------	-----------------------------------	---

Dados do Destinatário

Nome NEUPHARMA DISTRIBUI O DE MATE	CNPJ/CPF 21.487.927/0001-78
---------------------------------------	--------------------------------

Tipo Conta
Conta Corrente

Banco/ISPB 0341/	Agência 06646	Conta Corrente 000000000000109006	Valor 3.400,00
---------------------	------------------	--------------------------------------	-------------------

Finalidade
Pagamento de Fornecedores

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária
CBD9B7CA99604B2C37F6DCD

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)

RECEBEMOS DE NEUPHARMA DIST MATL MED HOSPITALAR LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		VALOR NOTA RS 3.400,00	NF-e Nº: 000.008.651 SÉRIE : 1
DATA DE RECEBIMENTO / /	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	DESTINATÁRIO FUNDAÇÃO DO ABC	

NEUPHARMA DIST MATL MED HOSPITALAR LTDA  AV SANTA INES, 909 TERREO PQ MANDAQUI SAO PAULO SP TEL/FAX: 1122061132 CEP: 02415001	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 - Saída 1 Nº 000.008.651 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1	 CHAVE DE ACESSO 3520-0821 4879 2700 0178 5500 1000 0086 5110 6068 7980 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora	
	NATUREZA DA OPERAÇÃO 5102 VENDAS		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135200746400720 - 27/08/2020 11:38:38
	INSCRIÇÃO ESTADUAL 144091439111	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	CNPJ 21.487.927/0001-78

DESTINATÁRIO/REMETENTE		CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
NOME/RAZÃO SOCIAL FUNDAÇÃO DO ABC		57.571.275/0017-60	27/08/2020
ENDEREÇO EST. DOS ALVARENGAS, 1001	BAIRRO/DISTRITO ALVARENGA	CEP 09850-550	DATA DE SAÍDA/ENTRADA
MUNICÍPIO SAO BERNARDO DO CAMPO	FONE/FAX (11) 4353-1500	UF SP	HORA DE SAÍDA

FATURA
Número 001 Data Vcto 26/10/2020 Valor 3.400,00

CÁLCULO DO IMPOSTO						
BASE DE CÁLCULO DE ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00	BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 3.400,00		
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 3.400,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS						
RAZÃO SOCIAL OUTROS	FRETE POR CONTA 3 - Rem.	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍC	UF	CNPJ/CPF	
ENDEREÇO			MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO	

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS		VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
												ICMS	IPI	
000140 424	SUCC SOD METILPRED 500MG PO LIOF SOL INJ Lote 78PB0815 10,000 CXA Validade: 20/02/2022	30043210	0.40	5102	CXA	10,0000	340,00000	3.400,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

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

Data: 08 SET 2021

Nome: N. Chaves
 RE: 030
 cidade: Itaboraí
 estado: RJ

46436

DADOS ADICIONAIS	RESERVADO AO FISCO
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES ENTREGA: ENDEREÇO: RUA PAULO COPPINI, 35 PORTAO 2 - DOS CASA - SAO BERNARDO DO CAMPO/SP - CNPJ: 57.571.275/0017-60 Fone: 1143531500 E-mail: FINANCEIRO.PROCESSOS@CHMSBC.ORG.BR Numero do Pedido: OC 88897 BANCO ITAU AG: 6646 C/C: 10900-6; FUNDAÇÃO DO ABC - SOLICITACAO: 53965 - ID: 104674313 - DESPESA REALIZADA COM BASE NO CONTRATO DE GESTAO SS N 001.2018 COM A PMSBC	



Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900117095No. compromisso cliente
0000000000000823798Data do Crédito
04/11/2020Valor
3.400,00

Dados do Remetente

Nome
FUNDAÇÃO DO ABC

CNPJ/CPF

Convênio
0033-0110-004901356489Data da Solicitação
04/11/2020Agência/Conta Corrente
0110 / 000130356088

Dados do Destinatário

Nome
NEUPHARMA DISTRIBUI O DE MATECNPJ/CPF
21.487.927/0001-78Tipo Conta
Conta CorrenteBanco/ISPB
0341/Agência
06646Conta Corrente
000000000000109006Valor
3.400,00Finalidade
Pagamento de FornecedoresTipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária
CBD9B7C18D303F0DD667E51**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)



**FRESINIUS
KABI**

FRESINIUS KABI BRASIL LTDA
Avenida Brasil 1255
Cidade Jardim, Anapolis-GO
FONE: 6233108200, CEP: 75080-240

DANFE
Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletronica

SAIDA: 1
ENTRADA: 2 **1**

Nº 000010778
SERIE: 1

PAG. 1 DE 1



CHAVE DE ACESSO
5220.1249.3242.2100.2077.5500.1000.0107.7811.6868.2098

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO Venda produção estab.destinada a não contribuinte		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 152203644812775 09/12/2020 17:05:33
INSCRIÇÃO ESTADUAL 10.779.033-5	INSCR. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT. 809.011.660.112	CNPJ 49.324.221/0020-77

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL FUNDAÇÃO DO ABC		CNPJ / CPF 57.571.275/0017-60	DATA DA EMISSÃO 09.12.2020
ENDEREÇO EST DOS ALVARENGAS 1001	BAIRRO / DISTRITO ALVARENGA	CEP 09850-550	DATA DE SAÍDA / ENTRADA
MUNICÍPIO SAO BERNARDO DO CAMPO	FONE / FAX 4365-1490	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL ISENTO
LOCAL DE ENTREGA / RETIRADA			HORA DE SAÍDA

NOME / RAZÃO SOCIAL		CNPJ / CPF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ENDEREÇO		BAIRRO / DISTRITO	CEP
MUNICÍPIO		UF	FONE / FAX

FATURA / DUPLICATA

Condição: B004 Pagamentos: 19.200,00 - 08.01.2021	0,00 - 0,00 - 0,00 - 0,00 -
Pedido: 6651791 Cliente: 0055116412 Filial: 0020 Area: TP33	Forn: 89735285 Parc: 55116412 DocRef: 5501959865 Dep: W030

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DE ICMS 15.999,36	VALOR DO ICMS 1.919,92	BASE DE CALCULO DE ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBSTITUICAO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 19.200,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSORIAS	VALOR DO IPI
				VALOR DA NOTA 19.200,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL UNIDOCKS ASSESSORIA E LOGISTICA DE		FRETE POR CONTA 0 = EMITENTE	CODIGO ANTT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ / CPF 00.233.065/0046-89
ENDEREÇO ROD BR-153 GALPAO 8 MOD S/N, KM 5.5		MUNICÍPIO GOIANIA	UF GO	INSCRIÇÃO ESTADUAL 107412519		
QUANTIDADE 00012	ESPECIE CAIXA	MARCA	NUMERACAO	PESO BRUTO 81,000 KG	PESO LIQUIDO 75,000 KG	

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

CODIGO PROD / SERVIÇO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UNID	QTDE	VLR. UNIT	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
000130	SUCC SOD METILPRED 125MG PO LI OF SOL INJ	30043210	020	6107	CXA	120,00	160,000000	19.200,00	15.999,36	1.919,92	0,00	12	0,0
*L: 78PK4004 Q: 120,00 CA V: 13.09.2022 MS: 1140200630025 Total de tributos = 5.375,92 Total lista Positiva 19.200,00 420													

DADOS ADICIONAIS

INFORMACOES COMPLEMENTARES
Total de tributos = 5.375,92
Valores totais do ICMS Interestadual: DIFAL da UF destino R\$ 1.152,00 + FCP R\$ 0,00 ; DIFAL da UF Origem R\$ 0,00
As mercadorias sairão ou serão retiradas do Depósito Fechado situado na Rodovia BR 153, Jardim Guanabara - Goiânia - GO - Insc. Estadual 107.797.909 - CNPJ 49.324.221/0019-33
Base de Cálculo Reduzida, conf. Art. 8º, VIII do Anexo IX, RCTE - GO e Art. 43-A, CTE - GO
Inscrição Suframa n. OC. 88898 - R. PAULO COPPINI, 35 PORTAO 2 Assunção S.B.do.Campo-Despesa realizada com base no C.Gestão SS nº 001/18 com a PMSBC - SOLICITAÇÃO DE ANTECIPAÇÃO DEVIDO SURTO DE COVID
Pgto. dep. bancário: BANCO DO BRASIL - Ag: 3360 - CC: 03682-X

RESERVADO AO FISCO

Nome: _____
RE: _____
Unidade: _____
Visto: _____
Data: 14 DEZ 2020

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



Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900122636No. compromisso cliente
0000000000000841274Data do Crédito
14/01/2021Valor
19.200,00

Dados do Remetente

Nome
FUNDAÇÃO DO ABC

CNPJ/CPF

Convênio
0033-0110-004901356489Data da Solicitação
14/01/2021Agência/Conta Corrente
0110 / 000130356088

Dados do Destinatário

Nome
FRESENIUS KABI BRASIL LTDACNPJ/CPF
49.324.221/0020-77Tipo Conta
Conta CorrenteBanco/ISPB
0001/Agência
03360Conta Corrente
0000000000000036820Valor
19.200,00Finalidade
Pagamento de FornecedoresTipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária
CBD9B7C9904A7901F1D5271**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)

RECEBEMOS DE NEUPHARMA DIST MATL MED HOSPITALAR LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO		VALOR NOTA R\$ 3.400,00	NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	DESTINATÁRIO FUNDAÇÃO DO ABC	Nº: 000.010.800 SÉRIE: 1

NEUPHARMA DIST MATL MED HOSPITALAR LTDA AV SANTA INES, 909 TERREO PQ MANDAQUI SAO PAULO SP TEL/FAX: 1122061132 CEP: 02415001	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 1 - Saída 1 Nº 000.010.800 SÉRIE: 1 FOLHA: 1 de 1	
		CHAVE DE ACESSO 3521 0121 4879 2700 0178 5500 1000 0108 0010 0685 5892
NATUREZA DA OPERAÇÃO 5102 VENDAS		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135210016565550 - 06/01/2021 22:22:56
INSCRIÇÃO ESTADUAL 144091439111	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	CNPJ 21.487.927/0001-78

DESTINATÁRIO/REMETENTE		CNPJ/CPF		DATA DA EMISSÃO	
NOME/RAZÃO SOCIAL FUNDAÇÃO DO ABC		57.571.275/0017-60		06/01/2021	
ENDEREÇO EST. DOS ALVARENGAS, 1001		BAIRRO/DISTRITO ALVARENGA		CEP 09850-550	
MUNICÍPIO SAO BERNARDO DO CAMPO		FONE/FAX (11) 4353-1500		UF SP	
		INSCRIÇÃO ESTADUAL		HORA DE SAÍDA	

FATURA		
Número	Data Vcto	Valor
001	07/03/2021	3.400,00

CÁLCULO DO IMPOSTO									
BASE DE CÁLCULO DE ICMS		VALOR DO ICMS		BASE DE CÁLCULO ICMS ST		VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
0,00		0,00		0,00		0,00		3.400,00	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	VALOR TOTAL DA NOTA			
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3.400,00			

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA		CÓDIGO ANTT		PLACA DO VEÍC		UF		CNPJ/CPF	
RAZÃO SOCIAL OUTROS		3 - Rem.									
ENDEREÇO		MUNICÍPIO		UF		INSCRIÇÃO ESTADUAL					
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA		NUMERAÇÃO		PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO			

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO														
COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS		VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
												ICMS	IPI	
000140	SUCC SOD METILPRED 500MG PO LIOF SOL INJ Lote 78PK4007 10,000 CXA Validade: 06/09/2022	30043210	0 40	5102	CXA	10,0000	340,00000	3.400,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

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

Data: **08 JAN 2021**
 Nome: Nicholas
 RE: 2361
 Unidade: Almeida
 Visto: Niles

DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES ENTREGA: ENDEREÇO: RUA PAULO COPPINI, 35 PORTAO 2 - DOS CASA - SAO BERNARDO DO CAMPO/SP - CNPJ: 57.571.275/0017-60 Fone: 1143531500 E-mail: FINANCIERO.PROCESSOS@CHMSBC.ORG.BR Numero do Pedido: OC 88897/ BANCO ITAU AG: 6646 C/C: 10900-6; COMPLEXO HOSP MUNC SBC - SOLICITACAO 53965/ ID 104674313 - DESPESA REALIZADA COM BASE NO CONTRATO DE GESTAO SS N 001.2018 COM A PMSBC.	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------

9008



Emissão 2ª Via

No. compromisso banco 900126501	No. compromisso cliente 0000000000000843466	Data do Crédito 08/03/2021	Valor 3.400,00
------------------------------------	--	-------------------------------	-------------------

Dados do Remetente

Nome
FUNDAÇÃO DO ABC

CNPJ/CPF

Convênio
0033-0110-004901356489

Data da Solicitação
08/03/2021

Agência/Conta Corrente
0110 / 000130356088

Dados do Destinatário

Nome
NEUPHARMA DISTRIBUI O DE MATE

CNPJ/CPF
21.487.927/0001-78

Tipo Conta
Conta Corrente

Banco/ISPB
0341/

Agência
06646

Conta Corrente
0000000000000109006

Valor
3.400,00

Finalidade
Pagamento de Fornecedores

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária
CBD9B7C3303AE600BA6BD85

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)

CRISTÁLIA
PRODUTOS QUÍMICOS FARMACÊUTICOS LTDA.

CRISTALIA PROD. QUIM. FARMACEUTICOS LTDA

ROD ITAPIRA LINDOIA S/N KM 14
Itapira - SP - CEP 13974-900
(19)38439500 - www.cristalia.com.br

- FAZ E CRISTALIA

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

1

Nº.2666935 FL 1 / 1
SÉRIE 10



CHAVE DE ACESSO

3520 0744 7346 7100 0151 5501 0002 6669 3516 2330 9130

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e

www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135200582061548 13/07/2020 21:54:21

NATUREZA DA OPERAÇÃO

5.101 VENDA DE PRODUTO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

374007758117

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO

CNPJ

44.734.671/0001-51

NOME / RAZÃO

COMP HOSPIT MUN SAO BERNARDO DO CAMPO (649 - 4611177E)

CNPJ / CPF

57.571.275/0017-60

DATA DA EMISSÃO

13/07/2020

ENDEREÇO

EST DOS ALVARENGAS,1001

BAIRRO / DISTRITO

ALVARENGA

CEP

09850-550

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

14/07/2020

MUNICÍPIO

SÃO BERNARDO DO CAMPO

FONE / FAX

0151143531500

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ISENTO

HORA DE SAÍDA

18:00:00

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
2666935/01	18/09/2020	1.740,00						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
1.740,00	313,20	0,00	0,00	1.740,00	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	1.740,00

BLOCO TRANSPORTADOR / VOLUMES

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
QUALITY TRANSPORTES E ENTREGAS RÁPIDAS LTDA.	0 - Emitente				06.321.409/0007-81
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
ESTRADA MUNICIPAL JOSÉ SEDANO 854	CAMPINAS	SP	795549474111		
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2	CAIXA(S)			7,500	7,500

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SI	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTA ICMS	ALÍQUOTA IPI
40.2272	DORMIRE 1mg/mL Sol. Inj. - 10amp. X 5mL - (B1) - Lis:POS - T rib aprox R\$: 234,03 Federal Fonte: IBPT/empresometro.co D26078. Lote: 20060616 - Qtd: 60,0000	3004.90.69	000	5101	CX	60,0000	29,0000	1.740,00	1.740,00	313,20	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
256-2	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

LOCAL DE ENTREGA	RESERVADO AO FISCO
<p>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</p> <p>Ped: 4611177E - Rep: 12208 - Prod: Lista Positiva: 1.740,00 - NE: 526183 - OC 88896 - DESPESA REALIZADA COM BASE NO C GESTAO SS NR01/2018 COM A PMSBC - "CREDITO PRESUMIDO - LEI NR. 10147/00" - Resp.: DANIEL GOMES MO NTEIRO BELTRAMMI - CRM 120147-SP - Trib aprox R\$: 234,03 Federal Fonte: IBPT/empresometro.com.br D26078. Transp. Redespa Quality Transportes e Entregas Rápidas Ltda. CPF/CNPJ:06.321.409/0007-81 INS. ESTADUAL:795549474111 - BOLET. O DISPONIVEL NO DDA do seu banco. OU INSTR. DEPOS.: Banco Itaú S/A (341)-AG: 000011- C/C 000010069-0 COD.IDENT.: NR. CNPJ (SEM PONTUAÇÃO) OU INSTR. DEPOS.: Banco do Brasil S/A (001)-AG: 005115-2 C/C 000002014-1 COD.IDE.NT.: 000649-1. Se preferir, solicitar o boleto pelo e-mail: layout@oficr0527-carta.0011</p>	<p>CHIMBSC</p> <p>TARIFA DE RECEBIMENTO</p> <p>Téc. em ordem e (os) materiais (is)</p> <p>Por favor, ler a última página na presente nota</p> <p>Data: 15 JUL 2020</p> <p>Nome: D. LQUIO</p> <p>2754</p>



Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900113987No. compromisso cliente
0000000000000814366Data do Crédito
21/09/2020Valor
1.740,00

Dados do Remetente

Nome
FUNDAÇÃO DO ABC

CNPJ/CPF

Convênio
0033-0110-004901356489Data da Solicitação
21/09/2020Agência/Conta Corrente
0110 / 000130356088

Dados do Destinatário

Nome
CRISTALIA PROD.QUIM.FARMA.LTDACNPJ/CPF
44.734.671/0001-51Tipo Conta
Conta CorrenteBanco/ISPB
0001/Agência
05115Conta Corrente
000000000000020141Valor
1.740,00Finalidade
Pagamento de FornecedoresTipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária
CBD9B7CEC604CEEA9645482**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)

CRISTÁLIA

PRODUTOS QUÍMICOS FARMACÊUTICOS LTDA.

CRISTÁLIA PROD. QUIM. FARMACEUTICOS LTDA

ROD ITAPIRA LINDOIA S/N KM 14
Itapira - SP - CEP 13974-900
(19)38439500 - www.cristalia.com.br

- FAZ E CRISTALIA

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

Nº.2672581 FL 1 / 1

SÉRIE 10



CHAVE DE ACESSO

3520 0744 7346 7100 0151 5501 0002 6725 8111 2466 5468

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e

www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135200598324200 17/07/2020 13:56:17

NATUREZA DA OPERAÇÃO

5.101 VENDA DE PRODUTO

INSCRIÇÃO ESTADUAL

374007758117

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO

CNPJ

44.734.671/0001-51

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO

COMP HOSPIT MUN SAO BERNARDO DO CAMPO (649 - 461177E-50)

CNPJ / CPF

57.571.275/0017-60

DATA DA EMISSÃO

17/07/2020

ENDEREÇO

EST DOS ALVARENGAS,1001

BAIRRO / DISTRITO

ALVARENGA

CEP

09850-550

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

17/07/2020

MUNICÍPIO

SÃO BERNARDO DO CAMPO

FONE / FAX

01511143531500

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ISENTO

HORA DE SAÍDA

18:00:00

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
2672581/01	22/09/2020	870,00						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
870,00	156,60	0,00	0,00	870,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VALOR TOTAL DA NOTA				VALOR
				870,00

BLOCO TRANSPORTADOR / VOLUMES

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
QUALITY TRANSPORTES E ENTREGAS RÁPIDAS LTDA.	0 - Emitente				06.321.409/0007-81
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
ESTRADA MUNICIPAL JOSÉ SEDANO 854	CAMPINAS	SP	795549474111		
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2	CAIXA(S)			3,750	3,750

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTA ICMS	ALÍQUOTA IPI
40.2272	DORMIRE 1mg/mL Sol. Inj. - 10amp. X 5mL - (B1) - Lis:POS - T rib aprox R\$: 117,02 Federal Fonte: IBPT/empresometro.co D26078. Lote: 20060616 - Qtd: 30,0000	3004.90.69	000	5101	CX	30,0000	29,0000	870,00	870,00	156,60	0,00	18,00	0,00
						Val: 06/2022							

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
256-2	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

LOCAL DE ENTREGA	RESERVADO AO FISCO
<p>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</p> <p>Ped: 461177E-50 - Rep: 12208 - Prod. Lista Positiva: 870,00 - NE: 526183 - OC 88896 - DESPESA REALIZADA COM BASE NO C GESTAO SS NRO 001/2018 COM A PMSBC - "CREDITO PRESUMIDO - LEI NR. 10147/00" - Resp.: DANIEL GOMES M ONTEIRO BELTRAMMI - CRM 120147-SP - Trib aprox R\$: 117,02 Federal Fonte: IBPT/empresometro.com.br D26078.Transp. Redespa: Quality Transportes e Entregas Rápidas Ltda. CPF/CNPJ:06.321.409/0007-81 INS. ESTADUAL:795549474111 - BOLETO DISPONIVEL NO DDA do seu banco. OU INSTR. DEPOS.: Banco Itau S/A (341)-AG: 000011- C/C 000010069-0 COD.IDEN T.: NR. CNPJ (SEM PONTUACAO) OU INSTR. DEPOS.: Banco do Brasil S/A (001)-AG: 005115-2 C/C 000002014-1 COD.ID ENT.: 000649-1. Se preferir, solicitar o boleto pelo e-mail: layout@ofcr0527-carta.0011</p>	<p>CHMSBC</p> <p>TERMO DE RECEBIMENTO</p> <p>Recêbi em ordem o(s) material(is) discriminados na presente nota</p> <p>Data: 21 JUL 2020</p> <p>Nome: _____</p> <p>RE: _____</p> <p>Unidade: _____</p> <p>Visto: _____</p>



Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900113986No. compromisso cliente
0000000000000815417Data do Crédito
21/09/2020Valor
870,00

Dados do Remetente

Nome
FUNDAÇÃO DO ABC

CNPJ/CPF

Convênio
0033-0110-004901356489Data da Solicitação
21/09/2020Agência/Conta Corrente
0110 / 000130356088

Dados do Destinatário

Nome
CRISTALIA PROD.QUIM.FARMA.LTDACNPJ/CPF
44.734.671/0001-51Tipo Conta
Conta CorrenteBanco/ISPB
0001/Agência
05115Conta Corrente
000000000000020141Valor
870,00Finalidade
Pagamento de FornecedoresTipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária
CBD9B7C616B96F8D20BFEFB**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)

CRISTÁLIA

PRODUTOS QUÍMICOS FARMACÉUTICOS LTDA.

CRISTÁLIA PROD. QUIM. FARMACEUTICOS LTDA

ROD ILIÁZARA LINDOIA S/N KM 14
Itapira - SP - CEP 13974-900
(19)38439500 - www.cristalia.com.br

- FAZ E CRISTALIA

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA
NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

1

Nº.2674090 FL 1 / 1

SÉRIE 10



CHAVE DE ACESSO

3520 0744 7346 7100 0151 5501 0002 6740 9018 8237 3990

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e

www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO

5.101 VENDA DE PRODUTO

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135200605257489 20/07/2020 13:54:14

INSCRIÇÃO ESTADUAL

374007758117

INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO

CNPJ

44.734.671/0001-51

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO

COMP HOSPIT MUN SAO BERNARDO DO CAMPO (649 - 4611177E-51)

CNPJ / CPF

57.571.275/0017-60

DATA DA EMISSÃO

20/07/2020

ENDEREÇO

EST DOS ALVARENGAS,1001

BAIRRO / DISTRITO

ALVARENGA

CEP

09850-550

DATA DA ENTRADA/SAÍDA

20/07/2020

MUNICÍPIO

SÃO BERNARDO DO CAMPO

FONE / FAX

0151143531500

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ISENTO

HORA DE SAÍDA

18:00:00

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
2674090/01	25/09/2020	870,00						

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUTO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
870,00	156,60	0,00	0,00	870,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
VALOR TOTAL DA NOTA				
870,00				

BLOCO TRANSPORTADOR / VOLUMES

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
QUALITY TRANSPORTES E ENTREGAS RÁPIDAS LTDA.	0 - Emitente				06.321.409/0007-81
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
ESTRADA MUNICIPAL JOSÉ SEDANO 854	CAMPINAS	SP	795549474111		
QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO
1	CAIXA(S)			3,750	3,750

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTA ICMS	ALIQUOTA IPI
40.2272	DORMIRE 1mg/mL Sol. Inj. - 10amp. X 5mL - (B1) - Lis:POS - Trib aprox R\$: 117,02 Federal Fonte: IBPT/empresometro.co D26078. Lote: 20060616 - Qtd: 30,0000	3004.90.69	000	5101	CX	30,0000	29,0000	870,00	870,00	156,60	0,00	18,00	0,00
						300							

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
256-2	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

LOCAL DE ENTREGA	RESERVADO AO FISCO
<p>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</p> <p>Ped: 4611177E-51 - Rep: 12208 - Prod. Lista Positiva: 870,00 - NE: 526183 - OC 88896 - DESPESA REALIZADA COM BASE NO C GESTAO SS NRO 001/2018 COM A PMSBC - "CREDITO PRESUMIDO - LEI NR. 10147/00" - Resp.: DANIEL GOMES M ONTEIRO BELTRAMMI - CRM 120147-SP - Trib aprox R\$: 117,02 Federal Fonte: IBPT/empresometro.com.br D26078 Transp - Redespa: Quality Transportes e Entregas Rápidas Ltda. CPF/CNPJ: 06.321.409/0007-81 INS. ESTADUAL: 795549474111 - BOLETO DISPONÍVEL NO DDA do seu banco. OU INSTR. DEPOS.: Banco Itau S/A (341)-AG: 000011- C/C 000010069-0 COD IDEN T.: NR CNPJ (SEM PONTUACAO) OU INSTR. DEPOS.: Banco do Brasil S/A (001)-AG: 005115-2 C/C 000002014-1 COD ID ENT.: 000649-1 - Se preferir, solicitar o boleto pelo e-mail: layout@oficr0527-carta.0011</p>	<p>CHMSBC</p> <p>TERMO DE RECEBIMENTO</p> <p>Recebi em ordem a(s) material(is) discriminados na presente nota</p> <p>Data: 21 JUL 2020</p> <p>Nome: _____</p> <p>RE: _____</p> <p>Unidade: _____</p> <p>Visto: _____</p>



Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900113986No. compromisso cliente
0000000000000815417Data do Crédito
21/09/2020Valor
870,00

Dados do Remetente

Nome
FUNDAÇÃO DO ABC

CNPJ/CPF

Convênio
0033-0110-004901356489Data da Solicitação
21/09/2020Agência/Conta Corrente
0110 / 000130356088

Dados do Destinatário

Nome
CRISTALIA PROD.QUIM.FARMA.LTDACNPJ/CPF
44.734.671/0001-51Tipo Conta
Conta CorrenteBanco/ISPB
0001/Agência
05115Conta Corrente
000000000000020141Valor
870,00Finalidade
Pagamento de FornecedoresTipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária
CBD9B7C616B96F8D20BFEFB**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)



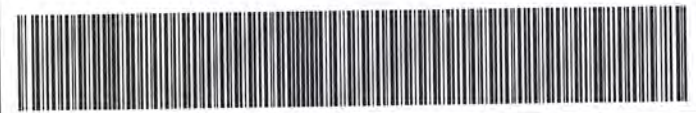
**FRESENIUS
KABI**

FRESENIUS KABI BRASIL LTDA
Avenida Brasil 1255
Cidade Jardim, Anapolis-GO
FONE: 6233108200, CEP: 75080-240

DANFE
Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletronica

SAIDA: 1
ENTRADA: 2 **1**

Nº 000002902
SERIE: 1
PAG. 1 DE 1



CHAVE DE ACESSO
5220.0749.3242.2100.2077.5500.1000.0029.0216.0904.8224

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO: Venda produção estab.destinada a não contribuinte
PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO: 152203254964967 10/07/2020 10:41:05

INSCRIÇÃO ESTADUAL: 10.779.033-5
INSCR. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.:
CNPJ: 49.324.221/0020-77

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL: FUNDAÇÃO DO ABC
CNPJ / CPF: 57.571.275/0017-60
DATA DA EMISSÃO: 10.07.2020

ENDEREÇO: EST DOS ALVARENGAS 1001
BAIRRO / DISTRITO: ALVARENGA
CEP: 09850-550
DATA DE SAÍDA / ENTRADA:

MUNICÍPIO: SAO BERNARDO DO CAMPO
FONE / FAX: 4365-1490
UF: SP
INSCRIÇÃO ESTADUAL: ISENTO
HORA DE SAÍDA:

LOCAL DE ENTREGA / RETIRADA

NOME / RAZÃO SOCIAL: CNPJ / CPF: INSCRIÇÃO ESTADUAL:

ENDEREÇO: BAIRRO / DISTRITO: CEP:

MUNICÍPIO: UF: FONE / FAX:

FATURA / DUPLICATA

Condição: B004 Pagamentos: 19.200,00 - 09.08.2020 0,00 - 0,00 - 0,00 -
Pedido: 6651781 Cliente: 0055116412 Filial: 0020 Area: TP33 Forn: 89442861 Parc: 55116412 DocRef: 5501911540 Dep: W030

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DE ICMS: 15.999,36
VALOR DO ICMS: 1.919,92
BASE DE CALCULO DE ICMS SUBST.: VALOR DO ICMS SUBSTITUICAO: VALOR TOTAL DOS PRODUTOS: 19.200,00

VALOR DO FRETE: VALOR DO SEGURO: DESCONTO: OUTRAS DESPESAS ACESSORIAS: VALOR DO IPI: VALOR DA NOTA: 19.200,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL: TSV TRANSPORTES RAPIDOS LTDA.
FRETE POR CONTA: 0 = EMITENTE
CODIGO ANTT: PLACA DO VEICULO: UF: GO
CNPJ / CPF: 00.634.453/0007-65

ENDEREÇO: AV SERRA DOURADA 400
MUNICÍPIO: GOIANIA
UF: GO
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 103123075

QUANTIDADE: 00012
ESPECIE CAIXA: MARCA: NUMERACAO: PESO BRUTO: 81,000 KG
PESO LIQUIDO: 75,000 KG

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

CODIGO PROD / SERVICIO	DESCRICAO DO PRODUTO / SERVICIO	NCM / SH	CST	CFOP	UNID	QTDE	VLR. UNIT	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
000130	SUCC SOD METILPRED 125MG PO LI OF SOL INJ L: 78PE1861 Q: 120,00 CXA V: 24.04.2022 MS: 1140200630025 Total de tributos = 5.375,92 Total lista Positiva 19.200,00	30043210	020	6107	CXA	120,00	160,000000	19.200,00	15.999,36	1.919,92	0,00	12	0,0

DADOS ADICIONAIS

INFORMACOES COMPLEMENTARES
Total de tributos = 5.375,92
Valores totais do ICMS Interestadual: DIFAL da UF destino R\$ 1.152,00 + FCP R\$ 0,00 ; DIFAL da UF Origem R\$ 0,00
Transportadora com TARE nº 68829 - SEFAZ/GO Ref. substituição tributaria
As mercadorias sairão ou serão retiradas do Depósito Fechado situado na Rodovia BR 153, Jardim Guanabara - Goiânia - GO
- Insc. Estadual 107.797.909 - CNPJ 49.324.221/0019-33
Base de Cálculo Reduzida, conf. Art. 8º, VIII do Anexo IX, RCTE - GO e Art. 43-A, CTE - GO
Alíquota de IPI Red. a zero conf. dec. 7660 de 23/12/11
Inscrição Suframa n. OC. 88898 Entrega : 14-07 R. PAULO COPPINI, 35 PORTAO 2 Assunção S.B.do.Campo- Despesa realizada com base no C.Gestão SS nº 001/18 com a PMSBC
Conteúdo de Importação Inferior ou igual a 40% (quarenta por cento) Credito Presumido-Lei 10.147 de 2000. Produto de uso restrito hospitalar.Autoriz.funcionamento MS nº 1.01402.4

RESERVADO AO FISCO
CHMSBC
TERMO DE RECEBIMENTO
Recebido em ordem o(s) material(is) discriminados na presente nota
Data: 15 JUL 2020
Assinatura: [assinatura]
Valor: 2754



Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900110807No. compromisso cliente
0000000000000814425Data do Crédito
17/08/2020Valor
19.200,00

Dados do Remetente

Nome
FUNDAÇÃO DO ABC

CNPJ/CPF

Convênio
0033-0110-004901356489Data da Solicitação
17/08/2020Agência/Conta Corrente
0110 / 000130356088

Dados do Destinatário

Nome
FRESENIUS KABI BRASIL LTDACNPJ/CPF
49.324.221/0020-77Tipo Conta
Conta CorrenteBanco/ISPB
0001/Agência
03360Conta Corrente
0000000000000036820Valor
19.200,00Finalidade
Pagamento de FornecedoresTipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária
CBD9B7CEB8C5DAFA81559C7**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)

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICACAO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

Nº 000004521
SERIE: 1



**FRESENIUS
KABI**

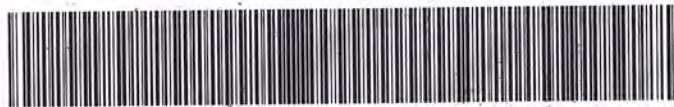
FRESENIUS KABI BRASIL LTDA
Avenida Brasil 1255
Cidade Jardim, Anapolis-GO
FONE: 6233108200, CEP: 75080-240

DANFE
Documento Auxiliar da
Nota Fiscal Eletronica

SAIDA: 1
ENTRADA: 2 **1**

Nº 000004521
SERIE: 1

PAG. 1 DE 1



CHAVE DE ACESSO

5220.0849.3242.2100.2077.5500.1000.0045.2113.4873.5459

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

NATUREZA DA OPERACAO
Venda produção estab.destinada a não contribuinte

PROTOCOLO DE AUTORIZACAO DE USO
152203351670706 19/08/2020 16:26:35

INSCRICAO ESTADUAL
10.779.033-5

INSCR. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ
49.324.221/0020-77

DESTINATARIO / REMETENTE

NOME / RAZAO SOCIAL
FUNDACAO DO ABC

CNPJ / CPF
57.571.275/0017-60

DATA DA EMISSAO
19.08.2020

ENDERECO
EST DOS ALVARENGAS 1001

BAIRRO / DISTRITO
ALVARENGA

CEP
09850-550

DATA DE SAIDA / ENTRADA

MUNICIPIO
SAO BERNARDO DO CAMPO

FONE / FAX
4365-1490

UF
SP

INSCRICAO ESTADUAL
ISENTO

HORA DE SAIDA

LOCAL DE ENTREGA / RETIRADA

NOME / RAZAO SOCIAL

CNPJ / CPF

INSCRICAO ESTADUAL

ENDERECO

BAIRRO / DISTRITO

CEP

MUNICIPIO

UF

FONE / FAX

FATURA / DUPLICATA

Condição: B004Pagamentos: 19.200,00 - 18.09.2020 0,00 - 0,00 - 0,00 -
Pedido:6651787 Cliente:0055116412 Filial:0020 Area:TP33 Forn:89519461 Parc:55116412 DocRef:5501923511 Dep:W030

CALCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALCULO DE ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALCULO DE ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBSTITUICAO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
15.999,36	1.919,92			19.200,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSORIAS	VALOR DO IPI
				VALOR DA NOTA 19.200,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZAO SOCIAL FL BRASIL HOLDING, LOGISTICA E	FRETE POR CONTA 0 = EMITENTE	CODIGO ANTI	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ / CPF 18.233.211/0012-92
ENDERECO ROD BR-153 S/N	MUNICIPIO GOIANIA	UF GO	INSCRICAO ESTADUAL 107036690		
QUANTIDADE 00012	ESPECIE CAIXA	MARCA	NUMERACAO	PESO BRUTO 81,000 KG	PESO LIQUIDO 75,000 KG

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO

CODIGO PROD / SERVICO	DESCRICAO DO PRODUTO / SERVICO	NCM / SH	CST	CFOP	UNID	QTDE	VLR. UNIT	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
000130 470	SUCC SOD METILPRED 125MG PO LI OF SOL INJ L:78PG2665 Q: 20,00CXA V:28.06.2022 E:78PG2666 Q: 100,00CXA V:28.06.2022 MS:1140200630025 Total de tributos = 5.375,92 Total lista Positiva 19.200,00	30043210	020	6107	CXA	120,00 3000	160,000000	19.200,00	15.999,36	1.919,92	0,00	12	0,0

DADOS ADICIONAIS

INFORMACOES COMPLEMENTARES
Total de tributos = 5.375,92
Valores totais do ICMS Interestadual: DIFAL da UF destino R\$ 1.152,00 + FCP R\$ 0,00 ; DIFAL da UF Origem R\$ 0,00
As mercadorias sairao ou serao retiradas do Deposito Fechado situado na Rodovia BR 153, Jardim Guanabara - Goiania - GO - Insc. Estadual 107.797.909 - CNPJ 49.324.221/0019-33
Base de Calculo Reduzida, conf. Art. 8º, VIII do Anexo IX, RCTE - GO e Art. 43-A, CTE - GO
Aliquota de IPI Red. a zero conf. dec. 7660 de 23/12/11
Inscrição Suframa n. OC.88898 Entrega : 24-08 R. PAULO COPPINI, 35 PORTAO 2 Assunção S.B.do.Campo- Despesa realizada com base no C.Gestao SS nº 001/18 com a PMSBC

RESERVADO AO FISCO

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

Data: 27 AGO 2020
Nome: D. Lio
RE: HU
Unidade: HU
Visto: Almoz



Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900114643No. compromisso cliente
0000000000000822604Data do Crédito
30/09/2020Valor
19.200,00

Dados do Remetente

Nome
FUNDAÇÃO DO ABC

CNPJ/CPF

Convênio
0033-0110-004901356489Data da Solicitação
30/09/2020Agência/Conta Corrente
0110 / 000130356088

Dados do Destinatário

Nome
FRESENIUS KABI BRASIL LTDACNPJ/CPF
49.324.221/0020-77Tipo Conta
Conta CorrenteBanco/ISPB
0001/Agência
03360Conta Corrente
0000000000000036820Valor
19.200,00Finalidade
Pagamento de FornecedoresTipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária
CBD9B7C6D6EE4C45AA44128**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)



**FRESENIUS
KABI**

**LAUDO
CERTIFICADO DE ANALISE
Produto acabado**

 <p>FRESENIUS KABI</p> <p>FRESENIUS KABI BRASIL LTDA Avenida Brasil 1255 Cidade Jardim, Anapolis-GO FONE: 6233108200, CEP: 75080-240</p>	<p>DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletronica</p> <p>SAIDA: 1 ENTRADA: 2 1</p> <p>Nº 000005450 SERIE: 1</p> <p>PAG. 1 DE 1</p>	
	<p>CHAVE DE ACESSO 5220.0949.3242.2100.2077.5500.1000.0054.5015.5506.5720</p> <p>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e - www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora</p>	

NATUREZA DA OPERACAO Venda produção estab.destinada a não contribuinte	PROTOCOLO DE AUTORIZACAO DE USO 152203408569406 11/09/2020 11:13:04
INSCRICAO ESTADUAL 10.779.033-5	INSCR. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT. CNPJ 49.324.221/0020-77

DESTINATÁRIO / REMETENTE		CNPJ / CPF 57.571.275/0017-60	DATA DA EMISSAO 11.09.2020
NOME / RAZAO SOCIAL FUNDAÇÃO DO ABC		BAIRRO / DISTRITO ALVARENGA	CEP 09850-550
ENDERECO EST DOS ALVARENGAS 1001		UF SP	INSCRICAO ESTADUAL ISENTO
MUNICIPIO SAO BERNARDO DO CAMPO	FONE / FAX 4365-1490		

LOCAL DE ENTREGA / RETIRADA		CNPJ / CPF	INSCRICAO ESTADUAL
NOME / RAZAO SOCIAL		BAIRRO / DISTRITO	CEP
ENDERECO		UF	FONE / FAX
MUNICIPIO			

FATURA / DUPLICATA

Condição: B004 Pagamentos: 19.200,00 - 11.10.2020 0,00 - 0,00 - 0,00 - 0,00 -

Pedido:6651788 Cliente:0055116412 Filial:0020 Area:TP33 Forn:89564011 Parc:55116412 DocRef:5501930241 Dep:W030

BASE DE CALCULO DE ICMS 15.999,36	VALOR DO ICMS 1.919,92	BASE DE CALCULO DE ICMS SUBST.	VALOR DO ICMS SUBSTITUICAO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 19.200,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSORIAS	VALOR DO IPI
				VALOR DA NOTA 19.200,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA 0 = EMITENTE	CODIGO ANT	PLACA DO VEICULO	UF	CNPJ / CPF 18.233.211/0012-92
RAZAO SOCIAL FL BRASIL HOLDING, LOGISTICA E		MUNICIPIO GOIANIA	UF GO	INSCRICAO ESTADUAL 107036690		
ENDERECO ROD BR-153 S/N	QUANTIDADE 00012	ESPECIE CAIXA	MARCA	NUMERACAO	PESO BRUTO 81,000 KG	PESO LIQUIDO 75,000 KG

CODIGO PROD / SERVICO	DESCRICAO DO PRODUTO / SERVICO	NCM / SH	CST	CFOP	UNID	QTDE	VLR. UNIT	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
000130	SUCC SOD METILPRED 125MG PO LI OF SOL INI	30043210	020	6107	CXA	120,00	160,000000	19.200,00	15.999,36	1.919,92	0,00	12	0,0
<p>L:78PG2669 Q: 120,00 CA V:24.06.2022 MS:1140200630025</p> <p>Total de tributos = 5.375,92</p> <p>Total lista Positiva 19.200,00</p> <p>470</p>													

<p>DADOS ADICIONAIS</p> <p>INFORMACOES COMPLEMENTARES</p> <p>Total de tributos = 5.375,92</p> <p>Valores totais do ICMS Interestadual: DIFAL da UF destino R\$ 1.152,00 + FCP R\$ 0,00 ; DIFAL da UF Origem R\$ 0,00</p> <p>As mercadorias sairao ou serao retiradas do Deposito Fechado situado na Rodovia BR 153, Jardim Guanabara - Goiania - GO</p> <p>- Insc. Estadual 107.797.909 - CNPJ 49.324.221/0019-33</p> <p>Base de Calculo Reduzida, conf. Art. 8º, VIII do Anexo IX, RCTE - GO e Art. 43-A, CTE - GO</p> <p>Alíquota de IPI Red. a zero conf. dec. 7660 de 23/12/11</p> <p>Inscrição Suframa n. OC.88898 Entrega : 21-09 R.PAULO COPPINI, 35 PORTAO 2 Assunção S.B.do.Campo- Despesa realizada com base no C.Gestao SS n° 001/18 com a PMSBC</p> <p>Pgto. dep. bancário: BANCO DO BRASIL - Ag: 3360 - CC: 03682-X</p> <p>46284</p>	<p>RESERVADO AO FISCO</p> <p>CHMSBC</p> <p>TERMO DE RECEBIMENTO</p> <p>Recebi em ordem o(os) material(is) discriminados na presente nota</p> <p>Data: 17 SET 2020</p> <p>Nome: <i>Ni Chollo</i></p> <p>RE: <i>D361</i></p> <p>Unidade: <i>Almet</i></p> <p>Visto: <i>Ni Chollo</i></p>
--	---



Emissão 2ª Via

No. compromisso banco 900115891	No. compromisso cliente 0000000000000825137	Data do Crédito 21/10/2020	Valor 19.200,00
------------------------------------	--	-------------------------------	--------------------

Dados do Remetente

Nome FUNDAÇÃO DO ABC	CNPJ/CPF
-------------------------	----------

Convênio 0033-0110-004901356489	Data da Solicitação 21/10/2020	Agência/Conta Corrente 0110 / 000130356088
------------------------------------	-----------------------------------	---

Dados do Destinatário

Nome FRESENIUS KABI BRASIL LTDA	CNPJ/CPF 49.324.221/0020-77
------------------------------------	--------------------------------

Tipo Conta
Conta Corrente

Banco/ISPB 0001/	Agência 03360	Conta Corrente 000000000000036820	Valor 19.200,00
---------------------	------------------	--------------------------------------	--------------------

Finalidade
Pagamento de Fornecedores

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária
CBD9B7C3DF95EBC5C5D95C7

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)

RECEBEMOS DE NEUPHARMA DIST MATL MED HOSPITALAR LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		VALOR NOTA R\$ 3.400,00	NF-e Nº: 000.007.751 SÉRIE : 1
DATA DE RECEBIMENTO 1/1	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	DESTINATÁRIO COMPLEXO HOSPITALAR MUNICIPAL DE SAO BERNARDO DO CAMPO	

NEUPHARMA DIST MATL MED HOSPITALAR LTDA  AV SANTA INES, 909 TERREO PQ MANDAQUI SAO PAULO SP TEL/FAX: 1122061132 CEP: 02415001	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 - Saída 1 Nº 000.007.751 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1		
		CHAVE DE ACESSO 3520 0721 4879 2700 0178 5500 1000 0077 5110 4966 6619	
		Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora	
NATUREZA DA OPERAÇÃO 5102 VENDAS		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135200540911775 - 01/07/2020 16:34:00	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 144091439111	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	CNPJ 21.487.927/0001-78	

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL COMPLEXO HOSPITALAR MUNICIPAL DE SAO BERNARDO DO CAMPO		CNPJ/CPF 57.571.275/0017-60	DATA DA EMISSÃO 01/07/2020
ENDEREÇO EST. DOS ALVARENGAS, 1001	BAIRRO/DISTRITO ALVARENGA	CEP 09850-550	DATA DE SAÍDA/ENTRADA
MUNICÍPIO SAO BERNARDO DO CAMPO	FONE/FAX (11) 4353-1500	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL HORA DE SAÍDA

FATURA

Número	Data Vcto	Valor
001	30/08/2020	3.400,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DE ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00	BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 3.400,00
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00
			VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 3.400,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL OUTROS	FRETE POR CONTA 3 - Rem.	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍC	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO	MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO

COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS		VALOR APROX. DOS TRIBUTOS	
												ICMS	IPI		
000140 474	SUCC SOD METILPRED 500MG PO LIOF SOL INJ Lote 78PB0815 10,000 CXA Validade: 20/02/2022	30043210	0	40	5102	CXA	10,0000	340,00000	3.400,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
							250								

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

Data: 02 JUL 2020

Nome: _____
 RE: _____
 Unidade: _____
 Visto: _____

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES ENTREGA: ENDEREÇO: RUA PAULO COPPINI, 35 PORTAO 2 - DOS CASA - SAO BERNARDO DO CAMPO/SP - CNPJ: 57.571.275/0017-60 Fone: 1143531500 E-mail: FINANCIERO.PROCESSOS@CHMSBC.ORG.BR Numero do Pedido: OC 88897/ BANCO ITAU AG: 6646 C/C: 10900-6; FUNDACAO DO ABC - SOLICITACAO: 53965 - ID: 104674313 - DESPESA REALIZADA COM BASE NO CONTRATO DE GESTAO SS N 001.2018 COM A PMSBC	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------



Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900112234No. compromisso cliente
0000000000000812620Data do Crédito
28/08/2020Valor
3.400,00

Dados do Remetente

Nome
FUNDAÇÃO DO ABC

CNPJ/CPF

Convênio
0033-0110-004901356489Data da Solicitação
28/08/2020Agência/Conta Corrente
0110 / 000130356088

Dados do Destinatário

Nome
NEUPHARMA DISTRIBUI O DE MATECNPJ/CPF
21.487.927/0001-78Tipo Conta
Conta CorrenteBanco/ISPB
0341/Agência
06646Conta Corrente
000000000000109006Valor
3.400,00Finalidade
Pagamento de FornecedoresTipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária
CBD9B7C35622B7DB7514E35**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)