Processo	Data Abertura	Data Emissão	Folha
53974/2020 - CHMSBC	16/06/2020	22/06/2020	1

SUMÁRIO

Descrição dos Produtos/Serviços

AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Serviço	Não Padrão	Reposição de estoque
-	-	X

MV	BIONEXO
-	104665732

	R$	Fls.
Orçamento Referência	-	-
	Dt	Fls.
Pedido de Análise Técnica	19/06/2019	11 a 12
	Dt	Fls.
Retorno da Análise Técnica	19/06/2019	11 a 12
		Fls.
Documentação de Exclusividade		-

			Fls.
Mapa Comparativo			03 a 04
Valor Final	R$	7.387,19	09 a 10
Negociação	-	-	05 a 08
Variação Última Compra		0,88%	09 a 10

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
15	04	04	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

Item 747 - Sulfadiazina de Prata 1% : As entregas serão agregadas a outras OC's do fornecedor Futura Comércio (fls. 15). De acordo com o fornecedor, os medicamentos sofreram reajuste de preço, ficando inviável qualquer redução dos valores atuais (fls. 07). Em consulta aos relatórios de preços máximos da CMED e BPS e, foi verificado que os valores ofertados atualmente estão próximos aos valores apresentados em ambos os relatórios (fls. 16 a 17)

Item 749 - Sulfadiazina de Prata 1% +Nitrito Cério : Realizada busca para aquisição de orçamentos e ao final do prazo estipulado, não foram agregadas novas propostas comerciais ao processo (fls. 18 a 21)

	Fornecedores	Valor Total	Cond. Pagto
1	Cristália Produtos Químicos e Farmacêuticos Ltda	R$ 1.780,00	60 dias
2	Dupatri Hospitalar Comércio, Importação e Exportação Ltda - SP	R$ 278,20	60 dias
3	Dupatri Hospitalar Comércio, Importação e Exportação Ltda - GO	R$ 4.788,00	60 dias
4	Futura Comércio de Produtos Médicos e Hospitalares Ltda	R$ 540,99	60 dias
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 24.06.20		Nathalia B. Ferreira Advogada CHMSBC	

Reserva Financeira Realizada no Montante Supracitado	Observações	Emissão
José Ramde Lacerda Jardim Diretor Administrativo Financeiro CHMSBC Gerência de Finanças		Ordem de Compra: 30/06/2020

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

OMPLEXO HOSP SÃO BERNARDO DO CAMPO
_MV - Sistema de Gerenciamento de Compras
tório de Solicitação de Compras

Emitido por: DANIEL.BORDON
Em: 16/06/2020 13:33

Solicitação: 53974
Solicitante: FABIO.GODOY
Setor: 561 CENTRO DE DISTRIBUICAO
Motivo: 8 COMPRA PARA REPOSICAO ESTOQUE

Data Solic.: 16/06/2020
Data Máxima: 01/07/2020
Data da Impressão:
Situação: SOLICITADA

ID 104865732

Obs: solicitação de compras quadrimestral

Dados da Solicitação						Dados da Última compra			
Produto	Clas.ABC	Unidade	Quantidade	Cons. Méd Mensal	Est.Atual	Quantidade	Data	Vlr Unitário	Fornecedor
708 MUPIROCINA 2% POMADA TUBO 15G		TUBO	20,00	6,00	2,00	12,00	08/05/2020	12,1000	ASTRA FARMA

´egas	Período p/ Entrega	Quantidade
1	14/07/2020 à 14/07/2020	10
2	11/08/2020 à 11/08/2020	10

Especificação: TUBO CONTENDO 15G DE POMADA

686 RETINOL+AA+ASSOC.(10000UI/25MG/5MG/G)POM.OFTL 3,5G		TUBO	200,00	72,00	121,00	120,00	01/04/2020	8,5000	CRISTALIA

´egas	Período p/ Entrega	Quantidade
1	21/07/2020 à 21/07/2020	100
2	25/08/2020 à 25/08/2020	100

Especificação: POMADA OFTALMICA CONTENDO 3,5G. EMBALAGEM CONTENDO 1 BISNAGA. RETINOL 1000UI/G+AMIN25MG/G+MET5MG/G+CLORAN 5MG/G POM 3,5G

747 SULFADIAZINA DE PRATA 1% CREME TUBO 50G		TUBO	100,00	37,00	69,00	200,00	08/04/2020	4,6100	CRISMED COMERCIAL

´egas	Período p/ Entrega	Quantidade
1	14/07/2020 à 14/07/2020	50
2	11/08/2020 à 11/08/2020	50

Especificação: TUBO CONTENDO 50G DE CREME DE SULFADIAZINA DE PRATA 1%.

749 SULFADIAZINA PRATA 1%+NITRATO CERIO HEXA 0,4% POM TUBO 120G		TUBO	60,00	19,00	30,00	40,00	28/04/2020	97,0000	PROMEFARMA

´egas	Período p/ Entrega	Quantidade
1	01/07/2020 à 01/07/2020	30
2	04/08/2020 à 04/08/2020	30

Especificação: TUBO CONTENDO 120G DE CREME DE SULFADIAZINA 1%+NITRATO DE CERIO HEXAIDRATADO 0,4%.

Data	Valor Total	Emissor
16 de Junho de 2020	8.223,00 Somatório(Vl.Ult.Real * Qtd Solicitada)	

Observação: O consumo é baseado nos últimos seis meses consolidados

PROC. Nº 53974
FLS 02
VISTO

Ord. Compra: 88821 Solicitação: 53974 Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA

Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 30/06/2020

Fornecedor: 15146 DUPATRI HOSPITALAR - DUPATRI HOSPITALAR, COMÉRCIO, IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇ
CNPJ/CPF: 04.027.894/0003-26 Insc Est.: 10444304
Endereço: GERALDO GENTIL AIRES Nr.: 162 Compl.:
Bairro: LOTEAMENTO JARDIM PAU Cep: 75702461
Cidade: CATALAO UF: GO Conta: 2034 - 6 Agência: 3359 - 6 Banco: 1
Contato(s): LIVIA@DUPATRI.COM.BR

E-Mail : LIVIA@DUPATRI.COM.BR

Telefone Comercial : (13)3228-8700 /080077087

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: 01/07/2020 à 30/12/2020 Moeda: R$ -
% Desc: 0,00 Vl Desc: 0,00 Vl ICMS: 0,00
Observação: ID 104665732

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	Vl.Unit.	Vl Desc.	%Des	Vl IMP	Vl Total
749 - SULFADIAZINA PRATA 1%+NITRATO CERIO HEXA 0,4% POM TUBO 120G	SILVESTRE			TUBO	60,0000	79,8000	0,0000	0,00	0,0000	4.788,00

Especificação: TUBO CONTENDO 120G DE CREME DE SULFADIAZINA 1%+NITRATO DE CERIO HEXAIDRATADO 0,4%.

Nº	Período p/ Entrega			Quantidade
1	01/07/2020	à	01/07/2020	30
2	04/08/2020	à	04/08/2020	30

Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	4.788,00
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 (=): 4.788,00

GERENTE	COORDENADOR		
Data	Data	Data	Data

DUPATRI HOSPITALAR COM IMP EXT LTDA
AV. JOSÉ SEVERINO, Nº 3530
CATALÃO - GO
CEP: 75.709-616
TELEFONES
ESTOQUE CATALÃO: (64) 3442-8081
ADM. SANTOS : (13) 3228-8700

HOSPITALAR COM. IMP. EXP. LTDA.

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA
1

Nº 1111046
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
5220 0704 0278 9400 0326 5500 1001 1110 4610 0032 1284

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 N CONTRIB

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO: 152203281000656 21/07/2020 17:59:06

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
10.444.430-4	809.010.530.117	04.027.894/0003-26

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
FUNDACAO DO ABC (5730)	57.571.275/0017-60	21/07/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
EST DOS ALVARENGAS, 1001	BAIRRO ALVARENGA	09850-550	21/07/2020

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
SAO BERNARDO DO CAMPO	1143651490	SP		17:51

FATURA / DUPLICATA

001 28/09/2020 2.408,40

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
2.006,92	240,83	0,00	0,00	2.408,40

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	2.408,40

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
VEICULO PROPRIO (90)	0 - DO EMITENTE				04027894000326

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AV. JOSE SEVERINO, 3530	CATALAO	GO	104444304

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CAIXAS			4,40	4,40

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
36646 408	MEBENDAZOL SUSP 30ML GEN - GREENPHARMA (Lote: 219, Qtde: 8, Dt Val: 31/12/2022 ,Data Fab: 01/12/2019) 88535	30049063	020	6108	FR	8	1,8000	14,40	12,00	1,44		12,00	
20491 749	DERMACERIUM 1.0.4% 120G-SILVESTRE (Lote: 2001001, Qtde: 30, Dt Val: 31/01/2022 ,Data Fab: 01/01/2020) 88821	30049079	020	6108	TB	30	79,8000	2.394,00	1.994,92	239,39		12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A CONFERENCIA DO PEDIDO NO ATO
oc 88535 e oc 88821 Despesa realizada com base no C. Gestão SS n° 001/2018 com a PMSBC
ITEM 1 e 2 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8°, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - RICMS/GO
ITEM 1 e 2 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
ITEM 2 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15
ITEM 1 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITEM 2
ITEM 2
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 143,64
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 240,83, Federal, R$ 0,00, Estadual, R$ 240,83
Pedido: 1188338
Representante: REGIAO ABC - (BRUNO)
Redespacho...: O EMITENTE (43) - CIF - CNPJ.: - Inscrição Estadual.:ISENTO - Endereço.:RUA SAO PAULO SANTOS-SP

RESERVADO AO FISCO

CHECADO
TERMO DE RECEBIMENTO
Recebi em ordem o(s) material(is) discriminados na presente nota
Data: 22 JUL 2020
Nome: Nicholas
RE: 2361
Unid. Saúde: Almes
Visto: Nicholas

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Emissão DOC/TED

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900114624	00000000000000815371	30/09/2020	2.408,40

Dados do Remetente

Nome
FUNDACAO DO ABC

CNPJ/CPF
57.571.275/0017-60

Convênio
0033-0110-004901356489

Data da Solicitação
30/09/2020

Agência/Conta Corrente
0110 / 000130356088

Dados do Destinatário

Nome
DUPATRI HOSPITALAR, COM RCIO,

CNPJ/CPF
04.027.894/0003-26

Tipo Conta
Conta Corrente

Banco/ISPB	Agência	Conta Corrente	Valor
0001/	03359	00000000000000020346	2.408,40

Finalidade
Pagamento de Fornecedores

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária
CBD9B7C6B84A61F9C2F8DCD

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)

DUPATRI HOSPITALAR COM IMP EXT LTDA
AV. JOSÉ SEVERINO, Nº 3530
CATALÃO - GO
CEP: 75.709-616
TELEFONES
ESTOQUE CATALÃO: (64) 3442-8081
ADM. SANTOS : (13) 3228-8700

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA
1

N° 1106996
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
5220 0704 0278 9400 0326 5500 1001 1069 9610 0020 0568

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA N CONTRIB	152203237907739 02/07/2020 19:12:42

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
10.444.430-4	809.010.530.117	04.027.894/0003-26

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
FUNDACAO DO ABC (5730)	57.571.275/0017-60	02/07/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
EST DOS ALVARENGAS, 1001	BAIRRO ALVARENGA	09850-550	02/07/2020

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
SAO BERNARDO DO CAMPO	1143651490	SP		19:07

FATURA / DUPLICATA

001 07/09/2020 2.394,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.994,92	239,39	0,00	0,00	2.394,00

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	2.394,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
VEICULO PROPRIO (90)	0 - DO EMITENTE				04027894000326

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
AV. JOSE SEVERINO, 3530	CATALAO	GO	104444304

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2	CAIXAS			4,00	4,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
20491	DERMACERIUM 1.0.4% 120G-SILVESTRE (Lote: 2001001, Qtde: 30, Dt Val: 31/01/2022 ,Data Fab: 01/01/2020)	30049079	020	6108	TB	30	79,8000	2.394,00	1.994,92	239,39		12,00	

749

CHMSBC
TERMO DE RECEBIMENTO
Recebi em ordem o(os) material(is) discriminados na presente nota
Data: 03 JUL 2020
Nome:
RE:
Unidade:
Visto:

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A CONFERENCIA DO PEDIDO NO ATO
oc 88821 Despesa realizada com base no C. Gestão SS n° 001/18 com a PMSBC
ITEM 1 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8°, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - RICMS/GO
ITEM 1 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
ITEM 1 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15
ITEM 1
ITEM 1
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 143,64
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 239,39, Federal, R$ 0,00, Estadual, R$ 239,39
Pedido: 1183725
Representante: REGIAO ABC - (BRUNO)
Redespacho...: O EMITENTE (43) - CIF - CNPJ.: - Inscrição Estadual.:ISENTO - Endereço.:RUA SAO PAULO SANTOS-SP

RESERVADO AO FISCO

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Emissão DOC/TED

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900112982	00000000000000812533	08/09/2020	2.394,00

Dados do Remetente

Nome
FUNDACAO DO ABC

CNPJ/CPF
57.571.275/0017-60

Convênio
0033-0110-004901356489

Data da Solicitação
08/09/2020

Agência/Conta Corrente
0110 / 000130356088

Dados do Destinatário

Nome
DUPATRI HOSPITALAR, COM RCIO,

CNPJ/CPF
04.027.894/0003-26

Tipo Conta
Conta Corrente

Banco/ISPB	Agência	Conta Corrente	Valor
0001/	03359	00000000000000020346	2.394,00

Finalidade
Pagamento de Fornecedores

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária
CBD9B7CC1AFF5DBC4ED959F

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)