



Processo	Data Abertura	Data Emissão	Folha
54032/2020 - CHMSBC	18/06/2020	26/06/2020	1

SUMÁRIO

Descrição dos Produtos/Serviços

AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Serviço	Não Padrão	Reposição de estoque
-	-	X
		R\$ Fls.
		- -
		Dt Fls.
Pedido de Análise Técnica	24/06/2020	13 a 14
		Dt Fls.
Retorno da Análise Técnica	24/06/2020	13 a 14
		Fls.
		-

MV	BIONEXO
-	104772944

Mapa Comparativo		Fls. 09 a 11	
Valor Final	R\$ 140.785,00	12	
Negociação	R\$ 400,00 -0,28%	06 a 08	
Varição Última Compra		12,45% 12	

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
24	03	02	01	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

Desconto concedido ao final do período de negociação (fls. 06 a 08)

Item 197 - Hidróxido de Ferro: As condições comerciais exigidas pelo fornecedor Futura Distribuidora de Medicamentos, não atendem ao CHMSBC (fls. 17 a 18)

Fornecedores		Valor Total	Cond. Pagto
1	Antibióticos do Brasil Ltda - ABL	R\$ 53.200,00	60 dias
2	Medicamental Hospitalar Ltda	R\$ 3.985,00	60 dias
3	Opem Repres. Import. Export. e Distribuidora Ltda	R\$ 83.600,00	60 dias
4			
5			
6			
7			

Justificativa de Urgência	Sim	Não	Folhas
-	-	-	-

Aprovação

Henrique Madureira
Coordenador de Compras e Contratos
CHMSBC

Ana Paula Ribeiro
Advogada
CHMSBC

Bruna de Almeida
Assistente Administrativo
Diretoria Médica Clínica HSTU
CHMSBC

29.06.20
Coordenador de Compras e Contratos

Gerência de Compras e Contratos

Dep. Jurídico

Comissão de Análise e Julgamento

Reserva Financeira Realizada no Montante Supracitado	Observações	Emissão
José Ramalho Uchoa Jardim Gerência de Finanças Diretor Administrativo CHMSBC		Ordem de Compra: 01/07/2020

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

Solicitação: 54032
 Solicitante: FABIO.GODOY
 Setor: 561
 Motivo: 8

CENTRO DE DISTRIBUICAO
 COMPRA PARA REPOSICAO ESTOQUE

Data Solicitud: 18/06/2020
 Data da Impressão:
 Situação: SOLICITADA

Data Máxima: 21/07/2020

23/06 02h00

ID: 104772944

Obs: solicitação de compras quadrimestral

Produto	Clas.ABC	Unidade	Dados da Solicitação		Est.Atual	Quantidade	Data	Vlr Unitário	Fornecedor
			Quantidade	Cons. Méd Mensal					
197 HIDROXIDO DE FERRO III 100MG EV AMPOLA 5ML	AMP	C/5ML	500,00	180,00	161,00	200,00	02/06/2020	7,4700	SODROGAS
Período p/ Entrega									
1						250			
2						250			
Especificação: SOLUCAO INJETAVEL DE USO ENDOVENOSO, AMPOLA CONTENDO 5ML DE SOLUCAO 20MG/ML.									
461 POLIMIXINA B 500.000UI FRASCO AMPOLA	FA	C/500.000U	4.000,00	588,00	150,00	400,00	28/05/2020	18,5000	OPEMPHARMA
Período p/ Entrega									
1						1000			
2						1000			
3						1000			
4						1000			
Especificação: PO LIOFILO INJETAVEL,CONTENDO 500.000UI DE POLIMIXINA B. FRASCO AMPOLA.									
1236 VANCOMICINA 500MG FA	FA	500MG	14.000,00	2.358,00	1.150,00	2.500,00	26/05/2020	3,4000	MEDICAMENTAL HOSPITA
Período p/ Entrega									
1						3500			
2						3500			
3						3500			
4						3500			

Valor Total 125.335,00
 Somatório(Vl.Ult.Real * Qtd Solicitada)
 18 de Junho de 2020

Observação: O consumo é baseado nos últimos seis meses consolidados

PROC Nº 54032
 FLS 02
 VISTO

Ord. Compra: 88918 Solicitação: 54032 Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA
 Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 01/07/2020
 - ABL ANTIBIOTICOS DO BRASIL LTDA
 Fornecedor: 4814 ABL LTDA
 CNPJ/CPF: 05.439.635/0004-56 Insc Est.: Nr.: Compl.:
 Endereço: ANTONIO HEIL DE 2 A 3270
 Bairro: ITAIPAVA Cep: 88316000
 Cidade: ITAJAI UF: SC Conta: 9111 - 1 Agência: 3362 - 6 Banco: 1
 Contato(s):
 E-Mail: SVSOLIVEIRA@ABLBRASIL.COM.BR

Comprador: COMPLEXO HOSPITALAR MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMP-MATRIZ
 Endereço: DOS ALVARENGAS Nº 1001 CNPJ: 57.571.275/0017-60
 Cidade: SAO BERNARDO DO CAMPO Insc. Est.: ISENT0
 Bairro: ASSUNÇÃO Fone/Fax: -
 Responsável: DANIEL AUGUSTO BORDON CEP: 09850550 UF: SP

Sr. Fornecedor: Caro Fornecedor, através desse e-mail, solicitamos que ao emitir a Nota Fiscal e incluir a Ordem de Compra (OC), que sejam atribuídas somente as OC's referente à DESPESA EFETIVA faturada. Por força de Lei e como Organização Social de Saúde somos auditados e prestamos contas de todas as nossas despesas junto ao Tribunal de Contas de São Paulo, onde o mesmo exige a correlação exata entre os materiais constantes na nota fiscal e suas respectivas Ordens de Compra. Entrega de produtos: somente deverá ocorrer após programação encaminhada pelo PCP. Serviços: início da execução conforme acordado com a área técnica responsável. Validade dos produtos: prazo mínimo de 12 meses. Serão aceitos produtos com prazo de validade menor, desde que previamente autorizado pelo CHMSBC e com carta de compromisso de troca. PAGAMENTO: somente depósito bancário. As NFs deverão ser emitidas por unidade do CHMSBC, conforme OC. O prazo de pagamento acordado na OC será iniciado a partir do RECEBIMENTO dos produtos e da NF e será efetuado na data fixa mais próxima (7, 14, 21 ou 28 de cada mês). Exemplo: Contaremos 30 (trinta) dias para vencimento da Nota Fiscal, tomando como base a data de entrada (02/09/2019), ou seja, 02/10/2019. Neste exemplo, teremos como data fixa de pagamento mais próxima, o dia 07 de outubro de 2019. OBRIGATÓRIO informar na NF: nº da Ordem de Compra, dados bancários, produto, quantidade, marca, lote, validade, embalagem e a seguinte frase "Despesa realizada com base no contrato de gestão SS nº 001.2018 com a PMSBC". Entregas em desacordo com a Ordem de Compra serão devolvidas. Horário de entrega: das 8h00 às 11h30 e das 13h30 às 16h30.

Obs:

Cód. Condição de Pgto.: 9 Desc. Condição de Pgto.: 60 DIAS
 Período p/ Entrega: 21/07/2020 à 01/01/2021 Moeda: R\$ -
 % Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00
 Observação: ID 104772924

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
1236 - VANCOMICINA 500MG	ABL			FA500MG	14.000,0000	3,8000	0,0000	0,00	0,0000	53.200,00

FA
 Especificação: PO LIOFILO INJETAVEL, FRASCO AMPOLA.

Nº	Período p/ Entrega	Quantidade
1	21/07/2020 à 21/07/2020	3500
2	18/08/2020 à 18/08/2020	3500
3	22/09/2020 à 22/09/2020	3500
4	20/10/2020 à 20/10/2020	3500

Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	53.200,00
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 (=):

53.200,00

GERENTE	COORDENADOR		
Data	Data	Data	Data

5/3/2020 20:53

Ord. Compra: 88919 Solicitação: 54032 Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA

Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 01/07/2020

Fornecedor: 93889 MEDICAMENTAL HOSPIT - MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA
 CNPJ/CPF: 31.378.288/0001-66 Insc Est.: 797409146110
 Endereço: ANHANGUERA DE 0000307,001 A 0000312,200 Nr.: Compl.:
 Bairro: PARQUE RESIDENCIAL CAN Cep: 14093500
 Cidade: RIBEIRAO PRETO UF: SP Conta: 6158 - 1 Agência: 3370 - 7 Banco: 1
 Contato(s):

Telefone Comercial : 5081-3536 RAMAL 3759
 E-Mail : VENDASCAP3@MEDICAMENTAL.COM.

Comprador: COMPLEXO HOSPITALAR MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMP-MATRIZ
 Endereço: DOS ALVARENGAS Nº 1001 CNPJ: 57.571.275/0017-60
 Cidade: SAO BERNARDO DO CAMPO Insc. Est.: ISENT0
 Bairro: ASSUNÇÃO Fone/Fax: -
 Responsável: DANIEL AUGUSTO BORDON CEP: 09850550 UF: SP

Sr. Fornecedor: Caro Fornecedor, através desse e-mail, solicitamos que ao emitir a Nota Fiscal e incluir a Ordem de Compra (OC), que sejam atribuídas somente as OC's referente à DESPESA EFETIVA faturada. Por força de Lei e como Organização Social de Saúde somos auditados e prestamos contas de todas as nossas despesas junto ao Tribunal de Contas de São Paulo, onde o mesmo exige a correlação exata entre os materiais constantes na nota fiscal e suas respectivas Ordens de Compra. Entrega de produtos: somente deverá ocorrer após programação encaminhada pelo PCP. Serviços: início da execução conforme acordado com a área técnica responsável. Validade dos produtos: prazo mínimo de 12 meses. Serão aceitos produtos com prazo de validade menor, desde que previamente autorizado pelo CHMSBC e com carta de compromisso de troca. PAGAMENTO: somente depósito bancário. As NFs deverão ser emitidas por unidade do CHMSBC, conforme OC. O prazo de pagamento acordado na OC será iniciado a partir do RECEBIMENTO dos produtos e da NF e será efetuado na data fixa mais próxima (7, 14, 21 ou 28 de cada mês). Exemplo: Contaremos 30 (trinta) dias para vencimento da Nota Fiscal, tomando como base a data de entrada (02/09/2019), ou seja, 02/10/2019. Neste exemplo, teremos como data fixa de pagamento mais próxima, o dia 07 de outubro de 2019. OBRIGATÓRIO informar na NF: nº da Ordem de Compra, dados bancários, produto, quantidade, marca, lote, validade, embalagem e a seguinte frase "Despesa realizada com base no contrato de gestão SS nº 001.2018 com a PMSBC". Entregas em desacordo com a Ordem de Compra serão devolvidas. Horário de entrega: das 8h00 às 11h30 e das 13h30 às 16h30.

Obs: _____

Cód. Condição de Pgto.: 9 Desc. Condição de Pgto.: 60 DIAS
 Período p/ Entrega: 28/07/2020 à 01/01/2021 Moeda: R\$ -
 % Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00
 Observação: ID 104772924

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
197 - HIDROXIDO DE FERRO III 100MG EV AMPOLA 5ML	BLAU			AMP C/5ML	500,0000	7,9700	0,0000	0,00	0,0000	3.985,00
Especificação: SOLUCAO INJETAVEL DE USO ENDOVENOSO, AMPOLA CONTENDO 5ML DE SOLUCAO 20MG/ML.										

Nº	Período p/ Entrega	Quantidade
1	28/07/2020 à 28/07/2020	250
2	25/08/2020 à 25/08/2020	250

Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	3.985,00
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(=):	3.985,00

GERENTE	COORDENADOR		
Data	Data	Data	Data

SUPRI-01 2018

Ord. Compra: 88917 Solicitação: 54032 Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA
 Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 01/07/2020
 Fornecedor: 213 OPEMPHARMA - OPEM PHARMA REPRES. IMPORT. EXPORT. DIST
 CNPJ/CPF: 38.909.503/0001-57 Insc Est.: 112625303110
 Endereço: FREI CANECA Nr.: 356 Compl.:
 Bairro: CONSOLACAO Cep: 01307000
 Cidade: SAO PAULO UF: SP Conta: 100256 - 2 Agência: 3221 - 2 Banco: 1
 Contato(s):
 Telefone Comercial : (11) 3123-6800
 Fax : (11) 3123-6800
 E-Mail : EVERTON@OPEMPHARMA.COM.BR

Comprador: COMPLEXO HOSPITALAR MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMP-MATRIZ
 Endereço: DOS ALVARENGAS Nº 1001 CNPJ: 57.571.275/0017-60
 Cidade: SAO BERNARDO DO CAMPO Insc. Est.: ISENT0
 Bairro: ASSUNÇÃO Fone/Fax: -
 Responsável: DANIEL AUGUSTO BORDON CEP: 09850550 UF: SP

Sr. Fornecedor: Caro Fornecedor, através desse e-mail, solicitamos que ao emitir a Nota Fiscal e incluir a Ordem de Compra (OC), que sejam atribuídas somente as OC's referente à DESPESA EFETIVA faturada. Por força de Lei e como Organização Social de Saúde somos auditados e prestamos contas de todas as nossas despesas junto ao Tribunal de Contas de São Paulo, onde o mesmo exige a correlação exata entre os materiais constantes na nota fiscal e suas respectivas Ordens de Compra. Entrega de produtos: somente deverá ocorrer após programação encaminhada pelo PCP. Serviços: início da execução conforme acordado com a área técnica responsável. Validade dos produtos: prazo mínimo de 12 meses. Serão aceitos produtos com prazo de validade menor, desde que previamente autorizado pelo CHMSBC e com carta de compromisso de troca. PAGAMENTO: somente depósito bancário. As NFs deverão ser emitidas por unidade do CHMSBC, conforme OC. O prazo de pagamento acordado na OC será iniciado a partir do RECEBIMENTO dos produtos e da NF e será efetuado na data fixa mais próxima (7, 14, 21 ou 28 de cada mês). Exemplo: Contaremos 30 (trinta) dias para vencimento da Nota Fiscal, tomando como base a data de entrada (02/09/2019), ou seja, 02/10/2019. Neste exemplo, teremos como data fixa de pagamento mais próxima, o dia 07 de outubro de 2019. OBRIGATÓRIO informar na NF: nº da Ordem de Compra, dados bancários, produto, quantidade, marca, lote, validade, embalagem e a seguinte frase "Despesa realizada com base no contrato de gestão SS nº 001.2018 com a PMSBC". Entregas em desacordo com a Ordem de Compra serão devolvidas. Horário de entrega: das 8h00 às 11h30 e das 13h30 às 16h30.

Obs:

Cód. Condição de Pgto.: 9 Desc. Condição de Pgto.: 60 DIAS
 Período p/ Entrega: 27/07/2020 à 01/01/2021 Moeda: R\$ -
 % Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00
 Observação: ID 104772924

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
461 - POLIMIXINA B 500.000UI FRASCO AMPOLA	OPEM			FA C/500.000	4.000,0000	20,9000	0,0000	0,00	0,0000	83.600,00
Especificação: PO LIOFILO INJETAVEL,CONTENDO 500.000UI DE POLIMIXINA B. FRASCO AMPOLA.										

Nº	Período p/ Entrega	Quantidade
1	27/07/2020 à 27/07/2020	1000
2	25/08/2020 à 25/08/2020	1000
3	22/09/2020 à 22/09/2020	1000
4	20/10/2020 à 20/10/2020	1000

Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	83.600,00
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 (=): 83.600,00

GERENTE	COORDENADOR		
Data	Data	Data	Data

SUPPL-01.283