SUMÁRIO

Processo	Data Abertura	Data Emissão	Folha
54175/2020 CHMSBC	25/06/2020	03/07/2020	1

Descrição dos Produtos/Serviços

AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Serviço	Não Padrão	Reposição de estoque
-	-	X

MV	BIONEXO
-	105097202

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

			Fls.
Mapa Comparativo			03 A 04
	R$		Fls.
Valor Final	R$	837,86	07
	R$	%	Fls.
Negociação			
		%	Fls.
Variação Última Compra		-6,58%	07

Total de Fornecedores Participantes	Total de Itens	Itens fechados com o 1º colocado	Itens fechados a partir do 2º colocado	Itens retirados do processo	Adequação de embalagem
8	3	3	0	0	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

AS FLS. 05 A 06, NEGOCIAÇÃO DO PROCESSO.

	Fornecedores	Valor Total	Cond. Pagto
1	ABL	R$ 420,00	60 DIAS
2	RIOCLARENSE	R$ 157,86	60 DIAS
3	SOMA	R$ 260,00	30 DIAS
4			
5			
6			
7			

Justificativa de Urgência	Sim	Não	Folhas
	-	X	-

Aprovação

Coordenador de Compras e Contratos	Gerência de Compras e Contratos	Dep. Jurídico	Comissão de Análise e Julgamento
Henrique Madureira Coordenador de Compras e Contratos CHMSBC 06.07.20		Nathalia B. Ferreira Advogada CHMSBC	

Reserva Financeira Realizada no Montante Supracitado	Observações	Emissão
José Ramon de Uchoa Jardim Diretor Administrativo Financeiro CHMSBC		
Gerência de Finanças		Ordem de Compra: 09/07/20

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		

5 - COMPLEXO HOSP SÃO BERNARDO DO CAMPO
SOULMV - Sistema de Gerenciamento de Compras
Relatório de Solicitação de Compras

Emitido por: JONATHAN.
Em: 03/07/2020 09:50

Solicitação: 54175
Solicitante: FABIO.GODOY
Setor: 561 CENTRO DE DISTRIBUICAO
Motivo: 8 COMPRA PARA REPOSICAO ESTOQUE

Data Solic.: 25/06/2020
Data da Impressão: 03/07/2020
Situação: ABERTA
Data Máxima: 21/07/2020

105097202

Obs: solicitação de compras quadrimestral

Dados da Solicitação							Dados da Última compra			
Seq	Produto	Clas.ABC	Unidade	Quantidade	Cons. Méd Mensal	Est.Atual	Quantidade	Data	Vlr Unitário	Fornecedor
2	1198 CEFALEXINA 500MG COMP		COMP C/ 500MG	600,00	137,00	20,00	200,00	09/06/2020	0,8000	UNIAO QUIMICA

Nº Entregas	Período p/ Entrega	Quantidade
1	21/07/2020 à 21/07/2020	300
2	25/08/2020 à 25/08/2020	300

Especificação: COMPRIMIDO REVESTIDO OU CAPSULA EM BLISTER.

3	1284 CIPROFLOXACINO 500MG COMP		COMP C/ 500MG	600,00	205,00	30,00	300,00	03/06/2020	0,2500	SOMA/SP

Nº Entregas	Período p/ Entrega	Quantidade
1	24/07/2020 à 24/07/2020	300
2	25/08/2020 à 25/08/2020	300

Especificação: COMPRIMIDO EM BLISTER.

1	285 LEVOFLOXACINO 500MG COMP		COMP C/ 500MG	400,00	106,00	0,00	80,00	16/06/2020	0,6500	SOMA/SP

Nº Entregas	Período p/ Entrega	Quantidade
1	22/12/2020 à 22/12/2020	400

Especificação: COMPRIMIDO EM BLISTER.

Data: 03 de Julho de 2020
Valor Total: 890,00
Somatório(Vl.Ult.Real * Qtd Solicitada)
Emissor

Observação: O consumo é baseado nos últimos seis meses consolidados

PROC. Nº: FLS: Visto

Ord. Compra: 89135 Solicitação: 54175 Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA

Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 09/07/2020

Fornecedor: 14078 RIOCLARENSE - FILIAL- COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
CNPJ/CPF: 67.729.178/0004-91 Insc Est.:
Endereço: SAUDADE Nr.: 45 Compl.:
Bairro: CAMPO DA MOGIANA Cep: 37701331
Cidade: POCOS DE CALDAS UF: MG Conta: 700000 - 6 Agência: 5119 - 5 Banco: 1
Contato(s):

Telefone Comercial : (19)3522-5808

E-Mail : RIOCLARENSE.TATIANA@IG.COM.BR

Fax : 3644-3232

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

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

Obs:

Cód. Condição de Pgto.: 9 Desc. Condição de Pgto.: 60 DIAS
Período p/ Entrega: 09/07/2020 à 09/01/2021 Moeda: R$ -
% Desc: 0,00 Vl Desc: 0,00 Vl ICMS: 0,00
Observação: PC 54175 2020
CONFORME ID 105097202

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	Vl.Unit.	Vl Desc.	%Des	Vl IMP	Vl Total
1284 - CIPROFLOXACINO 500MG COMP	PRATI DONADUZZI			COMP C/ 500MG	600,0000	0,2631	0,0000	0,00	0,0000	157,86

Especificação: COMPRIMIDO EM BLISTER.
Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	157,86
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 (=):	157,86

BANCO DO BRASIL | 001-9 | RECIBO DO SACADO

VENCIMENTO	AGÊNCIA / CÓDIGO CEDENTE	ESPÉCIE	QUANTIDADE
08/09/2020	5119-5 / 006406-8	R$	
(=) VALOR DO DOCUMENTO	(-) DESCONTO / ABATIMENTO	(+) JUROS / MULTA	
524,20			

BANCO DO BRASIL | 001-9 | RECIBO DE ENTREGA

VENCIMENTO	AGÊNCIA / CÓDIGO CEDENTE	ESPÉCIE	QUANTIDADE
08/09/2020	5119-5 / 006406-8	R$	
(=) VALOR DO DOCUMENTO	NOSSO NÚMERO		

Identificação do emitente

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA – SP
CEP 13916-074 – 1935225800

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA
1

Nº. 1320641 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3520 0767 7291 7800 0491 5500 1001 3206 4119 8664 2257

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
135200574592720 10/07/2020 20:16:19

NATUREZA DA OPERAÇÃO		
VENDA DENTRO ESTADO		
INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO	CNPJ
395060142110		67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
FUNDACAO DO ABC			57.571.275/0017-60	10/07/2020
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO		CEP	DATA DA ENTRADA/SAÍDA
ESTRADA DOS ALVARENGAS 1001	ALVARENGA		09850-550	10/07/2020
MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA
SAO BERNARDO DO CAMPO	1143651490	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1320641/1	08/09/2020	524,20						

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
445,27	63,82	0,00	0,00	524,20

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	524,20

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
PROPRIO JAG	0 - Por conta do emitente				67.729.178/0004-91
ENDEREÇO	MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
PC EMILIO MARCONATO 1000 GP22	JAGUARIUNA			SP	395060142110

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
5,00	VOLUME(S)		0,12189	67,062	67,062

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	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
024167 800	ANLODIPINA 5MG, BESILATO (GEOLAB) L: 2005520 Q: 4.000,0000 F: 27/04/20 V: 30/04/2022 88501	30042079	000	5102	CP	4.000,00	0,0365	146,00	146,00	26,28	0,00	18,00	0,00
028300 150	COMPLEXO B CPR (VITAMED) L: A201983 Q: 500,0000 F: 26/05/20 V: 26/05/2022 88501	21069030	000	5102	CP	500,00	0,0541	27,05	27,05	4,87	0,00	18,00	0,00
020778 1284	CIPROFLOXACINO 500MG, CLORIDRATO (PRATI DONADUZZI) (ITEM GENERICO) L: 20E45R Q: 300,0000 F: 14/05/20 V: 14/05/2022 * Valor Total dos Produtos sem isenção do ICMS: 89,69 Valor do ICMS Dispensado: 10,76 *Isenção conf. Anexo I, Art. 94, RICMS/2000-SP (Conv.140/01) 89135	30049099	040	5102	CP	300,00	0,2631	78,93	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
030442 118	SORO FISIOLOGICO 0,9% 1000ML S.FECHADO BOLSA (EUROFARMA) L: 669612 Q: 60,0000 F: 30/03/20 V: 30/03/2022 84664	30049099	000	5102	BO	60,00	4,537	272,22	272,22	32,67	0,00	12,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
550516029	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. OC :88501 / OC : 84664 / OC : 89135*"Despesa realizada com base no C. Gestao SS no 001/18 com a PMSBC". DATA ENTREGA: 13/07/2020 Pedido: 1665896 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1665896 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/01/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA Aliquota ICMS 12% cf. art.54, Inc.XVII, RICMS/SP Dec.45490/00.(Código Interno Emitente: 10364 Nome Fantasia: FUNDACAO DO ABC)

RESERVADO AO FISCO.

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

Data: 10 JUL 2020
Nome: Nicholas
RE: 2301
Unidade: Almox
Visto: Nikl

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Emissão DOC/TED

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900112916	00000000000000814117	08/09/2020	524,20

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
FILIAL- COMERCIAL CIRURGICA RI

CNPJ/CPF
67.729.178/0004-91

Tipo Conta
Conta Corrente

Banco/ISPB	Agência	Conta Corrente	Valor
0001/	05119	00000000000007000006	524,20

Finalidade
Pagamento de Fornecedores

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária
CBD9B7C6AFFC58190E5541D

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)

BANCO DO BRASIL | 001-9 | RECIBO DO SACADO

VENCIMENTO	AGÊNCIA / CÓDIGO CEDENTE	ESPÉCIE	QUANTIDADE
20/10/2020	5119-5 / 006406-8	R$	

(=) VALOR DO DOCUMENTO	(-) DESCONTO / ABATIMENTO	(+) JUROS / MULTA
1.161,61		

(=) VALOR COBRADO	NOSSO NÚMERO	Nº DO DOCUMENTO

BANCO DO BRASIL | 001-9 | RECIBO DE ENTREGA

VENCIMENTO	AGÊNCIA / CÓDIGO CEDENTE	ESPÉCIE	QUANTIDADE
20/10/2020	5119-5 / 006406-8	R$	

(=) VALOR DO DOCUMENTO	NOSSO NÚMERO
1.161,61	17115360000837658

SACADO

Identificação do emitente

Rioclarense

COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
PC EMILIO MARCONATO 1000 - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOAO ALDO NASSIF - JAGUARIUNA – SP
CEP 13916-074 – 1935225800

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 – ENTRADA
1 – SAÍDA
[1]

Nº. 1337272 FL 1 / 1
SÉRIE 1

CHAVE DE ACESSO
3520 0867 7291 7800 0491 5500 1001 3372 7213 2016 0370

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 DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDA DENTRO ESTADO	135200726242625 21/08/2020 15:18:45

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO	CNPJ
395060142110		67.729.178/0004-91

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
FUNDACAO DO ABC			57.571.275/0017-60	21/08/2020
ENDEREÇO	**BAIRRO / DISTRITO**		**CEP**	**DATA DA ENTRADA/SAÍDA**
ESTRADA DOS ALVARENGAS 1001	ALVARENGA		09850-550	21/08/2020
MUNICÍPIO	**FONE / FAX**	**UF**	**INSCRIÇÃO ESTADUAL**	**HORA DE SAÍDA**
SAO BERNARDO DO CAMPO	1143651490	SP		

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
1337272/1	20/10/2020	1.161,61						

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
1.082,68	141,80	0,00	0,00	1.161,61

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	1.161,61

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ
NIKKEY RIO PRETO LOG. E TRANSP. LTDA ME	0 - Por conta do emitente				15.066.184/0001-60

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
R MARIA CERON VOLPE 2260	SAO JOSE DO RIO PRETO	SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
14,00	VOLUME(S)		0,39597	212,826	212,826

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	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
020778 1284	CIPROFLOXACINO 500MG, CLORIDRATO (PRATI DONADUZZI) (ITEM GENERICO) L: 20E45R Q: 300,0000 F: 14/05/20 V: 14/05/2022 * Valor Total dos Produtos sem isenção do ICMS: 89,69 Valor do ICMS Dispensado: 10,76 *Isenção conf. Anexo I, Art. 94, RICMS/2000-SP (Conv.140/01) 89135	30049099	040	5102	CP	300,00	0,2631	78,93	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
000246 232	NIMODIPINA 30MG (VITAMEDIC) L: 52936 Q: 810,0000 F: 28/02/20 V: 28/02/2022 89437	30049099	000	5102	CP	810,00	0,2444	197,96	197,96	35,63	0,00	18,00	0,00
030442 118	SORO FISIOLOGICO 0,9% 1000ML S.FECHADO BOLSA (EUROFARMA) L: 673862 Q: 195,0000 F: 27/04/20 V: 27/04/2022 84664	30049099	000	5102	BO	195,00	4,537	884,72	884,72	106,17	0,00	12,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
550516029	0,00	0,00	0,00

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
PREZADO CLIENTE, FAVOR CONFERIR NO ATO DA ENTREGA - NAO ACEITAREMOS RECLAMACOES APOS 48hs DO RECEBIMENTO. OC : 89135*OC: 89437*OC; 84664*" DESPESA REALIZADA COM BASE NO CONTRATO DE GESTAO SSN-001/2018 COM A PMSBC" DATA ENTREGA: 24/08/2020 Pedido: 1701325 Autorizacao de Compra(Pedido Cliente): 1701325 *** O pagamento devera ser realizado atraves do boleto anexo a nota fiscal, caso nao receba entre em contato atraves do e-mail boletos@rioclarense.com.br ou no telefone (19)3522-5800, Setor de Cobranca Privado. AFE: 1.04397-7 ** AE: 1.22375-2 ** ASS: 1302/16 Validade: 23/01/2021 MODAL: RODOVIARIO / TIPO ENTREGA: EXPRESSA Aliquota ICMS 12% cf. art.54, Inc.XVII, RICMS/SP Dec.45490/00.(Código Interno Emitente: 10364 Nome Fantasia: FUNDACAO DO ABC)

RESERVADO AO FISCO

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

Data: 24 AGO 2020
Nome:
RE:
Unidade:

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Emissão DOC/TED

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900117242	00000000000000821475	06/11/2020	1.161,61

Dados do Remetente

Nome
FUNDACAO DO ABC

CNPJ/CPF
57.571.275/0017-60

Convênio
0033-0110-004901356489

Data da Solicitação
06/11/2020

Agência/Conta Corrente
0110 / 000130356088

Dados do Destinatário

Nome
FILIAL- COMERCIAL CIRURGICA RI

CNPJ/CPF
67.729.178/0004-91

Tipo Conta
Conta Corrente

Banco/ISPB	Agência	Conta Corrente	Valor
0001/	05119	00000000000007000006	1.161,61

Finalidade
Pagamento de Fornecedores

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária
CBD9B7CD4E3BF3F35E55D50

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)