Processo	Data Abertura	Data Emissão	Folha
54313/2020 - CHMSBC	30/06/2020	07/07/2020	1

SUMÁRIO

Descrição dos Produtos/Serviços

AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS.

Serviço	Não Padrão	Reposição de estoque
-	-	X

MV	BIONEXO
-	105290027

	R$	Fls.
Orçamento Referência	-	-
	Dt	Fls.
Pedido de Análise Técnica	PLANILHA	09
	Dt	Fls.
Retorno da Análise Técnica	PLANILHA	09
		Fls.
Documentação de Exclusividade		-

			Fls.
Mapa Comparativo			03 A 04
Valor Final	R$	3.901,20	07
Negociação	-	-	05 A 06
Variação Última Compra		4,03%	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
08	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

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 05 a 06).

Relatório em (fls 10) demonstrando que 190 fornecedores visualizaram a pesquisa de mercado, porém somente 08 responderam a cotação.

MV 1445 e **2959** - Realizamos a busca do medicamento via e-mail, sem sucesso (fls 11 a 16).

	Fornecedores	Valor Total	Cond. Pagto
1	ANBIOTON IMPORTADORA LTDA	R$ 3.120,00	60 DDL
2	COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA - SP	R$ 146,00	60 DDL
3	DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO, IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇÃO LTDA - SP	R$ 360,00	60 DDL
4	DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO, IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇÃO LTDA - GO	R$ 275,20	60 DDL
5			
6			
7			

Justificativa de Urgência	Sim	Não	Folhas
	-	-	-

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 09.07.20		Ana Paula Ribeiro Advogada CHMSBC	

Reserva Financeira Realizada no Montante Supracitado	Observações	Emissão
José Ramos Lopes Jardim Diretor Administrativo Financeiro CHMSBC		
Gerência de Finanças		Ordem de Compra: 13/7/20

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		

ɔMPLEXO HOSP SÃO BERNARDO DO CAMPO
.MV - Sistema de Gerenciamento de Compras
tório de Solicitação de Compras

Emitido por: DANIEL.BORDON
Em: 01/07/2020 10:24

Solicitação: 54313
Solicitante: FABIO.GODOY
Setor: 561 CENTRO DE DISTRIBUICAO
Motivo: 8 COMPRA PARA REPOSICAO ESTOQUE

Data Solic.: 30/06/2020 Data Máxima: 14/07/2020
Data da Impressão:
Situação: SOLICITADA

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
1445 CETOCONAZOL 20MG/G POM TUBO 30G		TUBO	120,00	76,00	62,00	200,00	13/04/2020	2,0000	SOMA/MG

ɾegas	Período p/ Entrega	Quantidade
1	14/07/2020 à 14/07/2020	60
2	11/08/2020 à 11/08/2020	60

Especificação: TUBO CONTENDO 30G DE POMADA DE CETOCONAZOL 20MG/G.

1324 CLARITROMICINA 250MG/5ML SUSPENSAO ORAL FR		FR C/250MG	100,00	32,00	45,00	21,00	22/05/2020	31,2000	ANBIOTON

ɾegas	Período p/ Entrega	Quantidade
1	14/07/2020 à 14/07/2020	50
2	18/08/2020 à 18/08/2020	50

Especificação: GRANULOS PARA SUSPENSAO ORAL EM FRASCO DE 60ML APOS RECONSTITUICAO.

212 IBUPROFENO 50MG/ML GOTAS FR 30ML		FRASC C/30ML	100,00	70,00	57,00	100,00	29/04/2020	1,1490	PROMEFARMA

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

Especificação: SUSPENSAO ORAL EM FRASCO GOTEJADOR CONTENDO 30ML DE SUSPENSAO 50MG/ML.

2959 RETINOL 50000UI+COLECALCIFEROL 10000UI GOTAS FR 20ML		FRASC C/20ML	20,00	11,00	18,00	12,00	12/05/2020	13,7600	DUPATRI

ɾegas	Período p/ Entrega	Quantidade
1	21/07/2020 à 21/07/2020	10
2	18/08/2020 à 18/08/2020	10

Especificação: SOLUCAO ORAL EM FRASCO GOTEJADOR, CONTENDO 20ML DE SOLUCAO.

Data	Valor Total	Emissor
01 de Julho de 2020	3.750,10 Somatório(Vl.Ult.Real * Qtd Solicitada)	

Observação: O consumo é baseado nos últimos seis meses consolidados

105290027

06/07

PROC. Nº 02
FLS.
VISTO

Ord. Compra: 89243 Solicitação: 54313 Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA

Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 13/07/2020

Fornecedor: 93340 DUPATRI - DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO, IMPORTACAO E EXPORTACA
CNPJ/CPF: 04.027.894/0007-50 Insc Est.:
Endereço: PEDRO PASCOAL DOS SANTOS Nr.: 410 Compl.:
Bairro: RESIDENCIAL REAL PARQU Cep: 13178561
Cidade: SUMARE UF: SP Conta: 2034 - 6 Agência: 3359 - 6 Banco: 1
Contato(s):

E-Mail : CONTABILIDADE1@DUPATRI.COM

Telefone Comercial : (13) 3228-8700 / (13) 3228-8

Comprador: COMPLEXO HOSPITALAR MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMP-MATRIZ
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: 14/07/2020 à 11/08/2020 Moeda: R$ -
% Desc: 0,00 Vl Desc: 0,00 Vl ICMS: 0,00
Observação: ID: 105290027

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	Vl.Unit.	Vl Desc.	%Des	Vl IMP	Vl Total
1445 - CETOCONAZOL 20MG/G POM TUBO 30G	EMS			TUBO	120,0000	3,0000	0,0000	0,00	0,0000	360,00

Especificação: TUBO CONTENDO 30G DE POMADA DE CETOCONAZOL 20MG/G.

Nº	Período p/ Entrega			Quantidade
1	14/07/2020	à	14/07/2020	60
2	11/08/2020	à	11/08/2020	60

Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	360,00
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 (=):	360,00

DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA

AVENIDA PEDRO PASCOAL DOS SANTOS, 410 - GALPAO002 MD 4 E 5 - RESIDENCIAL REAL PARQUE SUMARÉ - SUMARE, SP, CEP:13178561, Fone:13-3228-8700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA
1

Nº 82208
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3520 0704 0278 9400 0750 5500 1000 0822 0810 0046 1369

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 MERC.ADQ. REC.TERCEIROS	PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO 135200641131077 29/07/2020 19:07:34

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
671.392.680.115		04.027.894/0007-50

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
FUNDACAO DO ABC (5730)	57.571.275/0017-60	29/07/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
EST DOS ALVARENGAS, 1001	BAIRRO ALVARENGA	09850-550	29/07/2020

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
SAO BERNARDO DO CAMPO	1143651490	SP		18:56

FATURA / DUPLICATA

001 07/10/2020 180,00

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
180,00	21,60	0,00	0,00	180,00

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	180,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
O EMITENTE (43)	0 - DO EMITENTE				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SAO PAULO, 31	SANTOS	SP	ISENTO

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
2	CAIXAS			8,00	8,00

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
16303	CETOCONAZOL 30GR CR GEN - EMS (Lote: 1T1758, Qtde: 60, Dt Val: 31/07/2023 ,Data Fab: 01/07/2020)	30049077	500	5102	TB	60	3,0000	180,00	180,00	21,60		12,00	

1445

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A CONFERENCIA DO PEDIDO NO ATO
oc 89243 DESPESA REALIZADA COM BASE NO CONTRATO DE GESTÃO SS N°001/2018 COM A PMSBC
ITEM 1 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITEM 1 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 21,60, Federal, R$ 0,00, Estadual, R$ 21,60
Pedido: 93175
Representante: REGIAO ABC - (BRUNO)

RESERVADO AO FISCO

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

Data: 30 JUL 2020
Nome:
RE:
Unidade:
Visto:

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Emissão DOC/TED

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900115261	00000000000000816723	07/10/2020	180,00

Dados do Remetente

Nome
FUNDACAO DO ABC

CNPJ/CPF

Convênio
0033-0110-004901356489

Data da Solicitação
07/10/2020

Agência/Conta Corrente
0110 / 000130356088

Dados do Destinatário

Nome
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO, I

CNPJ/CPF
04.027.894/0007-50

Tipo Conta
Conta Corrente

Banco/ISPB	Agência	Conta Corrente	Valor
0001/	03359	00000000000000020346	180,00

Finalidade
Pagamento de Fornecedores

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária
CBD9B7C0EEEE0EB1B807705

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

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA
1

Nº 1116861
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
5220 0804 0278 9400 0326 5500 1001 1168 6110 0090 0337

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	152203346372272 17/08/2020 15:32:31
INSCRIÇÃO ESTADUAL	10.444.430-4
INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	809.010.530.117
CNPJ	04.027.894/0003-26

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	FUNDACAO DO ABC (5730)	CNPJ/CPF	57.571.275/0017-60
DATA DA EMISSÃO	17/08/2020		
ENDEREÇO	EST DOS ALVARENGAS, 1001	BAIRRO/DISTRITO	BAIRRO ALVARENGA
CEP	09850-550	DATA ENTRADA/SAIDA	17/08/2020
MUNICÍPIO	SAO BERNARDO DO CAMPO	FONE/FAX	1143651490
UF	SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
HORA DA SAIDA	15:17		

FATURA / DUPLICATA

001 21/10/2020 191,20

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
159,33	19,12	0,00	0,00	191,20

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	191,20

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
AVENIDA JOSE SEVERINO, 3530	CATALAO	GO	104444304

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1	CAIXAS			2,50	2,50

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
16303	CETOCONAZOL 30GR CR GEN - EMS (Lote: 1T17-58, Qtde: 34, Dt Val: 31/07/2023 ,Data Fab: 01/07/2020) 89243	30049077	520	6108	TB	34	3,0000	102,00	85,00	10,20		12,00	
36646	MEBENDAZOL SUSP 30ML GEN - GREENPHARMA (Lote: 219, Qtde: 4, Dt Val: 31/12/2022 ,Data Fab: 01/12/2019) 88535	30049063	020	6108	FR	4	1,8000	7,20	6,00	0,72		12,00	
28613	ADDERA D3 3.300UI/ML SOL.1-0ML - HYPERMARCAS (Lote: B20F0648, Qtde: 2, Dt Val: 30/06/2022 ,Data Fab: 01/06/20-20) 85221	30049099	520	6108	FR	2	41,0000	82,00	68,33	8,20		12,00	

1445
408
19367

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMACOES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA FAVOR REALIZAR A CONFERENCIA DO PEDIDO NO ATO
oc 89243/88535/85221 Despesa realizada com base no C. Gestão SS n° 001/2018 com a PMSBC
ITENS 1 a 3 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8°, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - RICMS/GO
ITENS 1 a 3 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
ITEM 3 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15
ITEM 1 e 2 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITEM 3
ITEM 3
Emenda Constitucional 87 de 2015:
Valor da partilha para UF de Destino: R$ 4,92
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 19,12, Federal, R$ 0,00, Estadual, R$ 19,12
Pedido: 1194884
Representante: REGIAO ABC - (BRUNO)
Redespacho...: O EMITENTE (43) - CIF - CNPJ.: - Inscrição Estadual.:ISENTO - Endereço.:RUA SAO PAULO SANTOS-SP

RESERVADO AO FISCO

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

Data: 18 AGO 2020
Nome: Dilio
RE: 1225
Unidade: Hc Alvox
Visto:

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Emissão DOC/TED

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900115861	00000000000000819788	21/10/2020	191,20

Dados do Remetente

Nome
FUNDACAO DO ABC

CNPJ/CPF

Convênio
0033-0110-004901356489

Data da Solicitação
21/10/2020

Agência/Conta Corrente
0110 / 000130356088

Dados do Destinatário

Nome
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO, I

CNPJ/CPF
04.027.894/0007-50

Tipo Conta
Conta Corrente

Banco/ISPB	Agência	Conta Corrente	Valor
0001/	03359	00000000000000020346	191,20

Finalidade
Pagamento de Fornecedores

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária
CBD9B7C57EC4B2C94F04274

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 COMERCIO IMPORTACAO E EXPORTACAO LTDA

AVENIDA PEDRO PASCOAL DOS SANTOS, 410 - GALPAO002 MD 4 E 5 - RESIDENCIAL REAL PARQUE SUMARÉ - SUMARE, SP, CEP:13178561, Fone:13-3228-8700

DANFE

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0-ENTRADA
1-SAIDA
1

Nº 77867
SERIE 1
FOLHA 1/1

CHAVE DE ACESSO
3520 0704 0278 9400 0750 5500 1000 0778 6710 0064 9832

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 MERC.ADQ. REC.TERCEIROS

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO: 135200590367781 15/07/2020 16:37:41

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO	CNPJ
671.392.680.115		04.027.894/0007-50

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
FUNDACAO DO ABC (5730)	57.571.275/0017-60	15/07/2020

ENDEREÇO	BAIRRO/DISTRITO	CEP	DATA ENTRADA/SAIDA
EST DOS ALVARENGAS, 1001	BAIRRO ALVARENGA	09850-550	15/07/2020

MUNICÍPIO	FONE/FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAIDA
SAO BERNARDO DO CAMPO	1143651490	SP		16:35

FATURA / DUPLICATA

001 21/09/2020 3.067,10

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
3.067,10	370,96	0,00	0,00	3.067,10

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	3.067,10

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
O EMITENTE (43)	0 - DO EMITENTE				

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA SAO PAULO, 31	SANTOS	SP	ISENTO

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
3	CAIXAS			36,00	36,00

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
28934	FLUCONAZOL 2MG/ML 100ML C/6 BOLSA GEN-SANOBIOL (Lote: 20010703, Qtde: 42, Dt Val: 31/01/2022 ,Data Fab: 01/01/2020) 4327 88966	30049099	000	5102	CX	42	70,8000	2.973,60	2.973,60	356,83		12,00	
1783	HALO 1MG C/200 -CRISTALIA C1 (Lote: 20-030163, Qtde: 1, Dt Val: 31/03/2022 ,Data Fab: 01/03/2020) 4216 88801	30049069	000	5102	CX	1	25,5000	25,50	25,50	4,59		18,00	
2579	PAMERGAN 25MG C/200 CP - CRISTALIA (Lote: 19110038, Qtde: 1, Dt Val: 30/11/2021 ,Data Fab: 01/11/2019) 4916 89160	30049075	000	5102	CX	1	23,0000	23,00	23,00	4,14		18,00	
16303	CETOCONAZOL 30GR CR GEN - EMS (Lote: 1Q9255, Qtde: 15, Dt Val: 31/05/2023 ,Data Fab: 01/05/2020) 1445 89243	30049077	500	5102	TB	15	3,0000	45,00	45,00	5,40		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 89160/ 89243/ 88801/ 88966 DESPESA REALIZADA COM BASE NO CONTRATO DE GESTÃO SS Nº001/2018 COM A PMSBC
ITENS 1,4 ALIQ.12% CF LEI GENERICOSSP 16005/2015
ITENS 1 a 4 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R$ 370,96, Federal, R$ 0,00, Estadual, R$ 370,96
Pedido: 88254
Representante: REGIAO ABC - (BRUNO)

RESERVADO AO FISCO

CHMSBC
TERMO DE RECEBIMENTO
Recebi em ordem o(os) material(is) discriminados na presente nota
Data: 16 JUL 2020
Nome: Nicholles
RE: 2361
Unidade: almox
Visto: Nicky

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Emissão DOC/TED

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900114011	00000000000000814377	21/09/2020	3.067,10

Dados do Remetente

Nome
FUNDACAO DO ABC

CNPJ/CPF

Convênio
0033-0110-004901356489

Data da Solicitação
21/09/2020

Agência/Conta Corrente
0110 / 000130356088

Dados do Destinatário

Nome
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO, I

CNPJ/CPF
04.027.894/0007-50

Tipo Conta
Conta Corrente

Banco/ISPB	Agência	Conta Corrente	Valor
0001/	03359	00000000000000020346	3.067,10

Finalidade
Pagamento de Fornecedores

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária
CBD9B7CC29E9C88F6F52094

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)