

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

ISOSSORBIDA DINITRATO 5MG SL COMP

<b>Serviço</b>	<b>Não Padrão</b>	<b>Reposição de estoque</b>
-	-	x

R\$ Fls.

Orçamento Referência - -

Dt Fls.

1º Pedido de Análise Técnica planilha 07

1º Retorno de Análise Técnica planilha 07

Dt Fls.

2º Pedido da Análise Técnica - -

2º Retorno da Análise Técnica - -

Fls.

Documentação de Exclusividade -

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

Fls.

<b>Processo</b>	<b>Data Abertura</b>	<b>Data Emissão</b>	<b>Folha</b>
54446/2020 CHMSBC	07/07/2020	16/07/2020	1

<b>MV</b>	<b>BIONEXO</b>
-	105590660

<b>Mapa Comparativo</b>	Fls.
	03

<b>Valor Final</b>	R\$	36,00	06
--------------------	-----	-------	----

<b>Negociação</b>	-	0,00%	04 e 05
-------------------	---	-------	---------

<b>Varição Última Compra</b>	25,00%	06
------------------------------	--------	----

<b>Total de Fornecedores Participantes</b>	<b>Total de Itens</b>	<b>Itens fechados com o 1º colocado</b>	<b>Itens fechados a partir do 2º colocado</b>	<b>Itens retirados do processo</b>	<b>Adequação de embalagem</b>
03	01	01	-	-	NÃO

<b>*Justificativa (itens fechados a partir do 2º colocado)</b>	<b>Não fatura para o CHMSBC</b>	<b>Não atinge faturamento mínimo</b>	<b>Não tem o produto disponível</b>	<b>Somente pago antecipado</b>	<b>Validade do produto menor do que a exigida</b>	<b>Não atende as especificações técnicas</b>	<b>Documentação Irregular ou Incompleta</b>	<b>Marca reprovada</b>
-	-	-	-	-	-	-	-	-

**Justificativas Para Desclassificação de Fornecedores / Negociações / Critérios de Desempepe / Variação de preço**

Relatório das propostas comerciais encaminhadas pelas empresas do ramo em fls.03.

Aberta negociação para melhora dos valores ofertados, fls. 04/05.

Relatório em fls.08 demonstrando que 178 fornecedores visualizaram a pesquisa de mercado, porém somente 03 responderam a cotação.

Consta variação de 25,00% referente a última aquisição devido ao aumento da CMED, conforme justificativa do fornecedor Four Med em fl 09.

Em fls 12, segue a consulta na planilha de preços de medicamentos CMED, onde o valor praticado está de acordo considerando que há cobranças de imposto.

Consultamos o Banco de Preços em Saúde e o valor praticado está dentro do estabelecido, conforme fl 14.

Fornecedores		Valor Total	Cond. Pagto
1	Four Med Distribuidora Hospitalar e Importadora Ltda - Epp	R\$ 36,00	45 DIAS
2			
3			
4			
5			
6			
7			

<b>Justificativa de Urgência</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>	<b>Folhas</b>
	-	X	-

<b>Aprovação</b>			
	<i>Tiago Ferreira Nascimento</i> Gerente de Compras e Contratos CHMSBC	<i>Ana Paula Ribeiro</i> Advogada CHMSBC	
<b>Coordenador de Compras e Contratos</b>	<b>Gerência de Compras e Contratos</b>	<b>Dep. Jurídico</b>	<b>Comissão de Análise e Julgamento</b>

<b>Reserva Financeira Realizada no Montante Supracitado</b>	<b>Observações</b>	<b>Emissão</b>
<i>José Ramde Uchoa Jardim</i> Diretor Administrativo Financeiro CHMSBC		<i>Leandro Alves de Almeida</i>
<b>Gerência de Finanças</b>		<b>Ordem de Compra</b> 20/07/20

<b>Autorização - Diretoria Geral do CHMSBC</b>		
<b>AUTORIZO</b> 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.	<b>NÃO AUTORIZO</b> a despesa pretendida/Solicito o cancelamento do processo
<i>Dra. Agnes M. F. Ferraz</i> Diretora Geral CHMSBC		

COMPLEXO HOSP SÃO BERNARDO DO CAMPO  
\_MV - Sistema de Gerenciamento de Compras  
Fórum de Solicitação de Compras

Página: 1 / 1  
Emitido por: DANIEL BORDON  
Em: 07/07/2020 14:36

Solicitação: 54446  
Solicitante: FABIO GODOY  
Setor: 561 CENTRO DE DISTRIBUICAO  
Motivo: 8 COMPRA PARA REPOSICAO ESTOQUE

Data Solic.: 07/07/2020  
Data da Impressão:  
Situação: SOLICITADA

Data Máxima: 07/01/2021

105590660

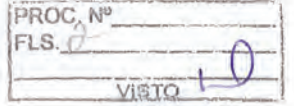
Obs: SOLICITAÇÃO DE COMPRAS QUADRIMESTRAL

Produto	Dados da Solicitação			Dados da Última compra					
	Clas.ABC	Unidade	Quantidade	Cons. Méd Mensa	Est.Atual	Quantidade	Data	Vir Unitario	Fornecedor
238 ISOSSORBIDA DINITRATO 5MG SL COMP	COMP	C5MG	120,00	53,00	0,00	60,00	06/05/2020	0,3100	FOUR MED

Especificação: COMPRIMIDO PARA USO VIA SUBLINGUAL, EM BLISTER.

Data: 07 de Julho de 2020  
Somatório(Vi.Ult.Real \* Qtd Solicitada) 37,20  
Valor Total  
Emissor

Observação: O consumo é baseado nos últimos seis meses consolidados



Ord. Compra: 89465      Solicitação: 54446      Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA  
Nº Processo:      Situação:      ABERTA      Dt Ord. Compra: 20/07/2020  
Fornecedor: 24653 FOUR MED      - FOUR MED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR IMPORTADORA LTDA -  
CNPJ/CPF: 24.711.499/0001-03      Insc Est.: 636247590110  
Endereço: JAU      Nr.: 1108      Compl.:  
    Bairro: BAETA NEVES      Cep: 09751280  
    Cidade: SAO BERNARDO DO CAMP      UF: SP      Conta: 24855 - X Agência: 2898 - 3 Banco: 1  
Contato(s):  
Telefone Comercial : 11 4233-3000  
E-Mail : NEGOCIOS@NOVAGERTY.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.  
OBRIGATORIO 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.: 8      Desc. Condição de Pgto.: 45 DIAS  
Período p/ Entrega: 20/07/2020 à 20/11/2020      Moeda: R\$ -  
% Desc: 0,00      VI Desc: 0,00      VI ICMS: 0,00  
Observação: ID 105590660

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
238 - ISOSSORBIDA	SIGMA			COMP	120,0000	0,3000	0,0000	0,00	0,0000	36,00
DINITRATO 5MG SL COMP	PHARMA			C5MG						
Especificação: COMPRIMIDO PARA USO VIA SUBLINGUAL, EM BLISTER. Detalhamento:										

Total dos Produtos(+):	36,00
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
<b>Valor Total (=):</b>	<b>36,00</b>

RECIBEMOS DE FOUR MED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR IMPORTADORA LTDA EPP OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº 11100
		SÉRIE: 1

<b>FOUR MED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR IMPORTADORA LTDA EPP</b>  Alameda Terracota, 185 - Sala 416-417 - Cerâmica, São Caetano do Sul, SP - CEP: 09531-190 - Fone/Fax: (11) 4318 5444	<b>DANFE</b> Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - Entrada 1 - Saída <b>1</b> Nº 11/100 SÉRIE: 1 Página 1 de 1	CONTRÔLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO <b>35200724711499000103550010000111001748110564</b> Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e <a href="http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal">www.nfe.fazenda.gov.br/portal</a>
---	---	--

NATUREZA DA OPERAÇÃO <b>VENDA DE MERC. ADQ. OU REC. TERC. SUJ. ST</b>	PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO <b>135200634468315 28/07/2020 11:57</b>
INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>636247590110</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB. TR CNPJ <b>24711499000103</b>

DESTINATÁRIO/REMETENTE		CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
NOME/RAZÃO SOCIAL <b>COMPLEXO HOSPITALAR MUNICIPAL SBC</b>		<b>57571275001760</b>	<b>28/07/2020</b>
ENDEREÇO <b>R Paulo Coppini, 35 - potao 2</b>	BAIRRO/DISTRITO <b>Dos Casa</b>	CEP <b>09850-655</b>	DATA DE ENTRADA/SAÍDA <b>28/07/2020</b>
MUNICÍPIO <b>SAO BERNARDO DO CAMPO</b>	FONE/FAX	UF <b>SP</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL
			HORA DE ENTRADA/SAÍDA <b>11:38</b>

FATURA
--------

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST SUBSTI	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
<b>285,60</b>	<b>51,41</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>401,20</b>
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI
<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>
				VALOR TOTAL DA NOTA <b>401,20</b>

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS		RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
			<b>SEM FRETE</b>				
ENDEREÇO		MUNICÍPIO			UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO		
<b>1</b>							

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO														
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI	
2290 7896472515387	COCICHIMIL 0,5MG 30'S Lote: 1R6930, Validade: 05/2022, Fabricação: 05/2020, PMC: 22,38	86093 30044990	060	5405	UN	90	11,70	35,10	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
180 7896004719283	HIDROCORTISONA 30C EMS Lote: 1M5964, Validade: 02/2022, Fabricação: 02/2020, PMC: 21,91, Qtd.: 3 Lote: 1L4215, Validade: 01/2022, Fabricação: 01/2020, PMC: 21,91, Qtd.: 2	86761 30049099	060	5405	UN	5,00	14,30	71,50	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
238 7894916550031	ISORDIL SUBLING 5MG 30'S Lote: 1N0044, Validade: 01/2022, Fabricação: 01/2020, PMC: 11,10	89465 30049051	060	5405	UN	30	9,00	9,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
14359 7891000049174	PAPINHA PERA 120G Lote: 00951228, Validade: 04/2021, Fabricação: 04/2020	88989 21042000	000	5102	UN	56,00	5,10	285,60	-285,60	51,41	0,00	18,00	0,00	

**DEVOLUÇÕES SOMENTE  
NO ATO DA ENTREGA  
NÃO ACEITAREMOS  
RECLAMAÇÕES POSTERIORES.**

CÁLCULO DO ISSQN	INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	CHUISSE
				<b>TERMO DE RECEBIMENTO</b>

DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Informações de Interesse do Contribuinte: OC 86761 - 86093 -89465 -88989 - DESPESA REALIZADA COM BASE NO C. GESTÃO S S Nº 001/2018 COM A PMSBC - DEPOSITO BANCÁRIO COM VENCIMENT O DA EM 14/09/2020 - DADOS BANCARIOS ;BANCO DO BRASIL; AG. 2898-3; C/C 24855-X  Val Tributos Não Apurado R\$401,20 (100,00%)	RESERVADO AO FISCO  Recebi em ordem o(s) material(is) discriminados na presente nota. Data: <b>28 JUL 2020</b> Nome: <b>[Assinatura]</b> RE: <b>27,89</b> Unidade: <b>[Assinatura]</b> Visto:
---	--



## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco  
900113287No. compromisso cliente  
0000000000000816135Data do Crédito  
14/09/2020Valor  
401,20

## Dados do Remetente

Nome  
FUNDAÇÃO DO ABC

CNPJ/CPF

Convênio  
0033-0110-004901356489Data da Solicitação  
14/09/2020Agência/Conta Corrente  
0110 / 000130356088


## Dados do Destinatário

Nome  
FOUR MED DISTRIBUIDORA HOSPITACNPJ/CPF  
24.711.499/0001-03Tipo Conta  
Conta CorrenteBanco/ISPB  
0001/Agência  
02898Conta Corrente  
0000000000000248550Valor  
401,20Finalidade  
Pagamento de FornecedoresTipo de Serviço  
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária  
CBD9B7CDE0F4374C64758D4**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 FOUR MED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR IMPORTADORA LTDA EPP OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº 11286
		SÉRIE: 1

<b>FOUR MED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR IMPORTADORA LTDA EPP</b>  Alameda Terracota, 185 - Sala 416-417 - Ceramica, São Caetano do Sul, SP - CEP: 09531-190 - Fone/Fax: (11) 4318 5444	<b>DANFE</b> Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - Entrada 1 - Saída <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span> <b>Nº 11286</b> <b>SÉRIE: 1</b> <b>Página 1 de 1</b>	CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">35200824711499000103550010000112861209254296</span> Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e <a href="http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal">www.nfe.fazenda.gov.br/portal</a>
---	--	--

NATUREZA DA OPERAÇÃO <b>VENDA DE MERC. ADQ. OU REC. TERC. SUJ. ST</b>	PROTÓCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO <b>135200699838307 14/08/2020 13:45</b>	
INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>636247590110</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB. TR	CNPJ <b>24711499000103</b>

DESTINATÁRIO/REMETENTE			
NOME/RAZÃO SOCIAL <b>COMPLEXO HOSPITALAR MUNICIPAL SBC</b>		CNPJ/CPF <b>57571275001760</b>	DATA DA EMISSÃO <b>14/08/2020</b>
ENDEREÇO <b>R Paulo Coppini, 35 - potao 2</b>	BAIRRO/DISTRITO <b>Dos Casa</b>	CEP <b>09850-655</b>	DATA DE ENTRADA/SAIDA <b>14/08/2020</b>
MUNICÍPIO <b>SAO BERNARDO DO CAMPO</b>	FONE/FAX	UF <b>SP</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL
			HORA DE ENTRADA/SAIDA <b>13:43</b>

FATURA
--------

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST SUBST	VALOR DO ICMS ST	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
0,00	0,00	0,00	0,00	18,00	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR DO IPI	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	18,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS					
RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
	SEM FRETE				
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
1					

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO													
CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
7894916550031	ISORDIL SUBLING 5MG 30'S Lote: 1N0044, Validade: 01/2022, Fabricação: 01/2020, PMC: 11,10	30049051	060	5405	UN	2,00	9,00	18,00	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: **14 AGO 2020**  
 Nome: *Dilcio*  
 RE: *MS*  
 Unidade: *HL*  
 Visto: *atua*

CÁLCULO DO ISSQN			
INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN

DADOS ADICIONAIS	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Informações de interesse do Contribuinte: OC 89465 -DESPESA REALIZADA COM BASE NO C. GESTÃO SS Nº 001/2018 COM A PMSBC - DEPOSITO BANCÁRIO COM VENCIMENTO DA EM 28/09/2020 - DADO S BANCARIOS ;BANCO DO BRASIL; AG. 2898-3; C/C 24855-X  Val Tributos Não Apurado R\$18,00 (100,00%)	RESERVADO AO FISCO

## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco 900114640	No. compromisso cliente 0000000000000819070	Data do Crédito 30/09/2020	Valor 18,00
------------------------------------	--	-------------------------------	----------------

## Dados do Remetente

Nome  
FUNDAÇÃO DO ABC

CNPJ/CPF

Convênio  
0033-0110-004901356489

Data da Solicitação  
30/09/2020

Agência/Conta Corrente  
0110 / 000130356088

## Dados do Destinatário

Nome  
FOUR MED DISTRIBUIDORA HOSPITA

CNPJ/CPF  
24.711.499/0001-03

Tipo Conta  
Conta Corrente

Banco/ISPB  
0001/

Agência  
02898

Conta Corrente  
0000000000000248550

Valor  
18,00

Finalidade  
Pagamento de Fornecedores

Tipo de Serviço  
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária  
CBD9B7C927E365B0A672200

## 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 FOUR MED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR IMPORTADORA LTDA EPP OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	Nº 11051
		SÉRIE: 1

<b>FOUR MED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR IMPORTADORA LTDA EPP</b>  Alameda Terracota, 185 - Sala 416-417 - Cerâmica, São Caetano do Sul, SP - CEP: 09531-190 - Fone/Fax: (11) 4318 5444	<b>DANFE</b> Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - Entrada 1 - Saída <b>1</b> Nº 11051 SÉRIE: 1 Página 1 de 1	CONTROLE DO FISCO  CHAVE DE ACESSO <b>35200724711499000103550010000110511755548590</b> Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e: <a href="http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal">www.nfe.fazenda.gov.br/portal</a>
---	--	--

NATUREZA DA OPERAÇÃO <b>VENDA DE MERC. ADQ. OU REC. TERC. SUJ. ST</b>	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO <b>135200613804339 22/07/2020 10:50</b>
INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>636247590110</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB. TR CNPJ <b>24711499000103</b>

DESTINATÁRIO/REMETENTE		CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
NOME/RAZÃO SOCIAL <b>COMPLEXO HOSPITALAR MUNICIPAL SBC</b>		<b>57571275001760</b>	<b>22/07/2020</b>
ENDEREÇO <b>R Paulo Coppini, 35 - potao 2</b>	BAIRRO/DISTRITO <b>Dos Casa</b>	CEP <b>09850-655</b>	DATA DE ENTRADA/SAÍDA <b>22/07/2020</b>
MUNICÍPIO <b>SAO BERNARDO DO CAMPO</b>	FONE/FAX	UF <b>SP</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL
			HORA DE ENTRADA/SAÍDA <b>10:29</b>

FATURA
--------

BASE DE CÁLCULO DO ICMS <b>823,80</b>	VALOR DO ICMS <b>148,28</b>	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST SUBSTI <b>0,00</b>	VALOR DO ICMS ST <b>0,00</b>	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS <b>983,75</b>
VALOR DO FRETE <b>0,00</b>	VALOR DO SEGURO <b>0,00</b>	DESCONTO <b>0,00</b>	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS <b>0,00</b>	VALOR DO IPI <b>0,00</b>
				VALOR TOTAL DA NOTA <b>983,75</b>

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA <b>SEM FRETE</b>	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE <b>4</b>	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QTD.	VLR. UNIT.	VLR. TOTAL	BC ICMS	VLR. ICMS	VLR. IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
11051 7896902206380	BICARB SODIO 100G POTE FARMAX Lote: 0294, Validade: 06/2023, Fabricação: 06/2020	30049099	060	5405	UN	25,00	3,99	99,75	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
114166 7898277713067	DESUPRE 20ML Lote: 006/20, Validade: 02/2022, Fabricação: 02/2020, PMC: 19,63	21069030	000	5102	UN	20,00	9,57	191,40	191,40	34,45	0,00	18,00	0,00
7899095200531	FLUCANIL 150MG 2'S Lote: 1910471, Validade: 10/2021, Fabricação: 10/2019, PMC: 18,50	30049099	060	5405	UN	17,00	2,56	43,52	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
417 7899095249325	FLUCONAZOL 150MG 2'S GEOLAB Lote: 1900223, Validade: 01/2021, Fabricação: 05/2020, PMC: 16,38	30049069	060	5405	UN	3,00	2,56	7,68	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
238 7894916550031	ISORIDEL SUBLING 5MG 30'S Lote: 1N0044, Validade: 01/2022, Fabricação: 01/2020, PMC: 11,10	30049051	060	5405	UN	1,00	9,00	9,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
14261 7891000049020	PAPINHA 120G BANANA E AVELA Lote: 01111228, Validade: 04/2021, Fabricação: 04/2020	21042000	000	5102	UN	124,00	5,10	632,40	632,40	113,85	0,00	18,00	0,00

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

CÁLCULO DO ISSQN	INSCRIÇÃO MUNICIPAL	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	Unidade OR DO ISSQN	Visto:

DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Informações de interesse do Contribuinte: OC 86761 - 85726-88165-88516-89465-DESPESA REALIZADA COM BASE NO C. GESTÃO SS Nº 001/2018 COM A PMSBC - DEPOSITO BANCÁRIO COM VENCIMENTO DA EM 04/09/2020 - DADOS BANCARIOS ;BANCO DO BRASIL; AG. 2898-3; C/C 24855-X  Val Tributos Não Apurado R\$983,75 (100,00%)	RESERVADO AO FISCO <b>DEVOLUÇÕES SOMENTE NO ATO DA ENTREGA NÃO ACEITAREMOS RECLAMAÇÕES POSTERIORES.</b>
---	--

Data: **23 JUL 2020**  
 Nome: **Nicholas**  
 RE: **B66**  
 Assinatura: **Almeida**  
 Visto: **Nicholas**





## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco  
900113010No. compromisso cliente  
0000000000000815378Data do Crédito  
08/09/2020Valor  
983,75

## Dados do Remetente

Nome  
FUNDAÇÃO DO ABC

CNPJ/CPF

Convênio  
0033-0110-004901356489Data da Solicitação  
08/09/2020Agência/Conta Corrente  
0110 / 000130356088

## Dados do Destinatário

Nome  
FOUR MED DISTRIBUIDORA HOSPITACNPJ/CPF  
24.711.499/0001-03Tipo Conta  
Conta CorrenteBanco/ISPB  
0001/Agência  
02898Conta Corrente  
0000000000000248550Valor  
983,75Finalidade  
Pagamento de FornecedoresTipo de Serviço  
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária  
CBD9B7C14044FA5A573BC30**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)