



SUMÁRIO

**URGENTE**

Processo	Data Abertura	Data Emissão	Folha
54489/2020 CHMSBC	07/07/2020	08/07/2020	1

**Descrição dos Produtos/Serviços**

AQUISIÇÃO DE AZITROMICINA

Serviço	Não Padrão	Reposição de estoque
-	-	X

R\$ Fls.

Orçamento Referência	-	-
	Dt	Fls.

Pedido de Análise Técnica	PLANILHA	07
	Dt	Fls.

Retorno da Análise Técnica	PLANILHA	07
		Fls.

Documentação de Exclusividade	-	-
		Fls.

MV	BIONEXO
-	105631652

Fls.

Mapa Comparativo	-	03
		Fls.

Valor Final	R\$	30.400,00	06
	R\$ <td>% <td>Fls.</td> </td>	% <td>Fls.</td>	Fls.

Negociação	-	-	-	Fls.
		%		Fls.

Varição Última Compra	-27,27%	06
		Fls.

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
5	1	1	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. 04 A 05, NEGOCIAÇÃO DO PROCESSO.

O PROCESSO INDICOU VARIAÇÃO DE -27,27, DEVIDO A TROCA DO FORNECEDOR EM RELAÇÃO AO PROCESSO ANTERIOR.

Fornecedores		Valor Total	Cond. Pagto
1	CRISMED	R\$ 30.400,00	60 DIAS
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Justificativa de Urgência	Sim	Não	Folhas
	X	-	02

**Aprovação**Henrique Madureira  
Coordenador de Compras e Contratos  
CHMSBC08/07/20  
Coordenador de Compras e Contratos

Gerência de Compras e Contratos

Nathalia B. Ferreira  
Advogada  
CHMSBC

Dep. Jurídico

Eduardo Rodrigues da Silva  
Coordenador Contábil  
CHMSBC09/07/20  
Comissão de Análise e Julgamento

Reserva Financeira Realizada no Montante Supracitado	Observações	Emissão
José Ram de Uchoa Jardim Diretor Administrativo Financeiro CHMSBC		Ordem de Compra: 07/01/20

**Autorização - Diretoria Geral do CHMSBC**

AUTORIZO a emissão da Ordem de Compra no valor supracitado	NÃO AUTORIZO a despesa pretendida/Solicitado o cancelamento do processo
Dra. Agnes M. F. Ferrari Diretora Geral CHMSBC	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.

Solicitação: 54489  
 Solicitante: FABIO GODOY  
 Setor: 561 CENTRO DE DISTRIBUICAO  
 Motivo: 8 COMPRA PARA REPOSICAO ESTOQUE

Data Solicitud: 07/07/2020  
 Data da Impressão: 08/07/2020  
 Situação: ABERTA

Data Máxima: 05/08/2020

105631652

**URGENTE!**

Obs: SOLICITAÇÃO DE COMPRAS QUADRIMESTRAL

08/07

Seq	Produto	Dados da Solicitação		Quantidade	Cons. Méd Mensal	Est.Atual	Dados da Última compra	
		Clas.ABC	Unidade				Data	Vlr Unitário
1	863 AZITROMICINA 500MG COMP	COMP C/	500MG	19.000,00	1.335,00	413,00	02/07/2020	2,20000ASTRA FARMA

Especificação: COMPRIMIDO EM BLISTER.

Valor Total \_\_\_\_\_ Emissor \_\_\_\_\_

08 de Julho de 2020 41.800,00

Somatório(Vl.Ult.Real \* Qtd Solicitada)

Observação: O consumo é baseado nos últimos seis meses consolidados

Ord. Compra: 89143 Solicitação: 54489 Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA

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

Fornecedor: 3108 CRISMED COMERCIAL - CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA  
CNPJ/CPF: 04.192.876/0001-38 Insc Est.:  
Endereço: SAO PAULO Nr.: 13 Compl.:  
Bairro: VILA BELMIRO Cep: 11075330  
Cidade: SANTOS UF: SP Conta: 25002 - 3 Agência: 3359 - 6 Banco: 1  
Contato(s): DEBORA - VENDAS.DEBORA@CRISMED.COM.BR

E-Mail : VENDAS.ADRIELLE@CRISMED.COM.B

Telefone Comercial : (013)3228-2305

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.: ISENTA  
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 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00  
Observação: PC 54489 2020  
CONFORME ID 105631652

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
863 - AZITROMICINA 500MG COMP	PHALAB			COMP C/ 500MG	19.000,0000	1,6000	0,0000	0,00	0,0000	30.400,00
Especificação: COMPRIMIDO EM BLISTER. Detalhamento:										

Total dos Produtos(+):	30.400,00
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 (=):	30.400,00

RECEBEMOS DE CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LTDA OS PRODUTOS DA NOTA FISCAL INDICADA  
EMISSÃO: 09/07/2020 DESTINATÁRIO: COMPLEXO HOSPITALAR SAO BERNARDO DO CAMPO



DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

COMPLEXO HOSPITALAR SAO BERNAR  
Total NF: 30.400,00

NF-e  
Nº: 226096 SÉRIE: 1  
FOLHA: 1/1

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE  
**CRISMED COMERCIAL  
HOSPITALAR LTDA**

Rua Sao Paulo, 13  
Bairro: Vila Belmiro  
11075-330 Santos - SP

Fone: (13)3228-2305

**DANFE**

DOCUMENTO  
AUXILIAR DA NOTA  
FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA   
1 - SAÍDA

Nº 226.096  
SÉRIE: 1  
FOLHA: 1/1

CONTROLE FISCO



CHAVE DE ACESSO

3520:0704.1928.7600.0138.5500.1000.2260.9610.0552.1382

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

DADOS DA NF-e

135200569980192 - 09/07/2020 17:41:58

NATUREZA DA OPERAÇÃO

5102 VENDA DE MER ADQ REC D TERC

INSCRIÇÃO ESTADUAL

633.566.329.115

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

04.192.876/0001-38

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

COMPLEXO HOSPITALAR SAO BERNARDO DO CAMPO

CNPJ

57.571.275/0017-60

DATA EMISSÃO

09/07/2020

ENDEREÇO

ESTRADA DOS ALVARENGAS, 1001

BAIRRO/DISTRITO

ASSUNCAO

CEP

09850-550

DATA DA SAÍDA

09/07/2020

MUNICÍPIO

Sao Bernardo do Campo

FONE / FAX

(011)4365-1490

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

17:42:05

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL

CPF/CNPJ

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ENDEREÇO

BAIRRO/DISTRITO

CEP

MUNICÍPIO

UF

FONE / FAX

FATURA/DUPLICATAS

226096/1 - 07/09/20 - 30400,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS

30.400,00

VALOR DO ICMS

5.472,00

BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST

0,00

VALOR DO ICMS ST

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

30.400,00

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS

0,00

VALOR DO IPI

0,00

VALOR TOTAL DA NOTA

30.400,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL

MUGOLOG TRANSPORTES E-LOG LTDA

PRETE POR CONTA

0-EMITENTE  
1-DESTINATARIO

0

CODIGO ANNT

PLACA DO VEICULO

UF

CNPJ/CPF

35.231.583/0001-46

ENDEREÇO

RUA SAO PAULO. 19

MUNICÍPIO

SANTOS

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

633.887.570.111

QUANTIDADE

7

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

0,0000

PESO LÍQUIDO

22,0400

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CODIGO PRODUTO NCMS	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	CST CFOP	UNID	QTDE	VALOR UNITÁRIO	VALOR DESC UNL	VALOR TOTAL	BASE CÁLC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
18424 3004209	(+) AZITROMICINA DI HIDRATADA 500MG AZITROPHAR Princípio Ativo: AZITROMICINA 500MG Modelo: CX C/500 CP Lote: 20003044 - 30/06/2022 Qtde: 38.000 / CEST: 13.002.00	000 5102	CX	38,0000	800,0000	0,0000	30.400,00	30.400,00	5.472,00	0,00	18,00	0,00

RECLAMAÇÕES SOMENTE  
NO ATQ DA ENTREGA

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

PEDIDO: 112758 // Local Entrega: RUA PAULO COPPINI N 35 - PORTAO 2 - JARDIM CLAUDIA - SAO BERNARDO DO CAMPO - SP / Obs: OC 89143 - Despesa realizada com base no contrato de gesao SS nº 001.2018 com a PMSBC - BANCO DO BRASIL - AG: 3359-6 C/C: 25002-3 / Regime Especial conforme portaria CAT 198/09 Tributo aproximado R\$: 4088,80 Federal Fonte: IBPT /

RESERVADO AO FISCO

CHMSBC  
TEMPO DE RECEBIMENTO  
Recebi em ordem o(s) material(is)  
discriminados na presente nota

Data:

Nome:

RG:

Assinatura:

CPF:

Assinatura:

CPF:

OUROWEB® - WWW.OUROWEB.COM.BR



## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco  
900112929No. compromisso cliente  
0000000000000813898Data do Crédito  
08/09/2020Valor  
30.400,00

## Dados do Remetente

Nome  
FUNDAÇÃO DO ABCCNPJ/CPF  
57.571.275/0017-60Convênio  
0033-0110-004901356489Data da Solicitação  
08/09/2020Agência/Conta Corrente  
0110 / 000130356088

## Dados do Destinatário

Nome  
CRISMED COMERCIAL HOSPITALAR LCNPJ/CPF  
04.192.876/0001-38Tipo Conta  
Conta CorrenteBanco/ISPB  
0001/Agência  
03359Conta Corrente  
0000000000000250023Valor  
30.400,00Finalidade  
Pagamento de FornecedoresTipo de Serviço  
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária  
CBD9B7CF4B038A088CD2566**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)