

Processo	Data Abertura	Data Emissão	Folha
54561/2020 CHMSBC	10/07/2020	13/07/2020	1

Descrição dos Produtos/Serviços

AQUISIÇÃO DE GLICOSE 50%

Serviço	Não Padrão	Reposição de estoque
-	-	X

MV	BIONEXO
-	105755027

Orçamento Referência	R\$	Fls.
	-	-

Mapa Comparativo	Fls.
	06

Pedido de Análise Técnica	13/07/2020	10
	Dt	Fls.

Valor Final	R\$	3.150,00	Fls.
	R\$	%	Fls.

Retorno da Análise Técnica	13/07/2020	10
	Dt	Fls.

Negociação	%	Fls.
	-5,97%	09

Documentação de Exclusividade	-	Fls.
-------------------------------	---	------

Varição Última Compra	%	Fls.
	-5,97%	09

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
3	1	1	0	0	SIM

*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 reprovida
	-	-	-	-	-	-	-	-

Justificativas Para Desclassificação de Fornecedores / Negociações / Critérios de Desempate / Variação de preço

AS FLS. 07 A 08, NEGOCIAÇÃO DO PROCESSO.
 AS FLS. 12 ADEQUAÇÃO DE EMBALAGEM
 O PRAZO DE PAGAMENTO FOI CONSIDERADO 45 DIAS, CONFORME INFORMADO PELO FORNECEDOR, AS FLS. 11

Fornecedores		Valor Total	Cond. Pagto
1	SOMA	R\$ 3.150,00	45 DIAS
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Justificativa de Urgência	Sim	Não	Folhas
	X	-	02 A 05

Aprovação			
 Diogo Ferreira Nascimento Gerente de Compras e Contratos CHMSBC 13/07/20	 Ana Paula Ribeiro Advogada CHMSBC	Dep. Jurídico	Comissão de Análise e Julgamento
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
 Jose Ramde Uchoa Jardim Diretor Administrativo Financeiro CHMSBC		 Jonathan Ordem de Compra: 15/07/20
Gerência de Finanças		

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		

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

Página: 1 / 1
 Emitido por: JONATHAN.
 Em: 13/07/2020 16:06

Solicitação: 54561
 Solicitante: FABIO GODOY
 Setor: 561 CENTRO DE DISTRIBUICAO
 Motivo: 42 PROBLEMAS C/ FORNECEDOR

Data Solicitud: 10/07/2020
 Data da Impressão: 13/07/2020
 Situação: ABERTA

Data Máxima: 11/07/2020

105755027

URGENTE!

Obs: HALEXISTAR

13/07

Seq	Produto	Dados da Solicitação			Quantidade	Cons. Méd Mensal	Est. Atual	Dados da Última compra		
		Clas. ABC	Unidade	Unidade				Data	Vir Unitário	Fornecedor
1	153 GLICOSE 50% AMPOLA 10ML	AMP	C/10ML	10.000,00	5.700,00	0,00	9.000,00	11/05/2020	0,3600	CAPROMED

Especificação: AMPOLA DE PLASTICO CONTENDO 10ML SOLUCAO INJETAVEL GLICOSE A 50%.

Valor Total _____ Emissor _____

3.600,00

13 de Julho de 2020

Somatório(Vi.Ult.Real * Qtd Solicitada)

Observação: O consumo é baseado nos últimos seis meses consolidados

PROC. Nº: _____
 FLS.: _____
 Visto

Ord. Compra: 89352 Solicitação: 54561 Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA
Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 15/07/2020
Fornecedor: 3110 SOMA/SP - SOMA/SP PRODUTOS HOSPITALARES LTDA
CNPJ/CPF: 05.847.630/0001-10 Insc Est.:
Endereço: FLAQUER DE 691 A 99998 Nr.: 869 Compl.:
Bairro: VILA EUCLIDES Cep: 09725443
Cidade: SAO BERNARDO DO CAMP UF: SP Conta: 105047 - 8 Agência: 3415 - 0 Banco: 1
Contato(s): CARLOS EDUARDO
E-Mail : TELEVENDAS1.SP@DIMACISP.COM.B
Telefone Comercial : 4122-9800

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.: 7 Desc. Condição de Pgto.: 30 DIAS
Período p/ Entrega: 15/07/2020 à 15/01/2021 Moeda: R\$ -
% Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00
Observação: PC 54561 2020
CONFORME ID 105755027

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
153 - GLICOSE 50% AMPOLA 10ML	FARMACE			AMP C/10ML	10.000,0000	0,3150	0,0000	0,00	0,0000	3.150,00

Especificação: AMPOLA DE PLASTICO CONTENDO 10ML SOLUCAO INJETAVEL GLICOSE A 50%.
Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	3.150,00
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 (=):	3.150,00



Estrada Samuel Aizemberg, 1100 - Alves Dias - 09.851-550
 São Bernardo do Campo - SP Fone/Fax: (11) 4122-9800
 CNPJ: 05.847.630/0001-10 Insc. Est.: 635.487.579.110
 Insc. Estadual Sub. Tributário:

DANFE
 Documento Auxiliar de
 Nota Fiscal Eletrônica
 1-Saída
 2-Entrada 1
 No. 150795
 Série 1



Chave de Acesso
 3520.0705.8476.3000.0110.5500.1000.1507.9510.0271.1848

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

Natureza Operação:
 Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros

Protocolo de autorização de uso
 135200593346424

DESTINATÁRIO/REMETENTE		Razão Social FUNDACAO DO ABC		CNPJ / CPF 57.571.275/0017-60	Data Emissão 16/07/2020
Endereço EST DOS ALVARENGAS		1001		Bairro Distrito BAIRRO ALVARENGA	CEP 09.850-550
Município SAO BERNARDO DO CAMPO		Fone/Fax	UF SP	Inscrição Estadual ISENTO	Hora de Entrada/Saída

FATURA/DUPLICATA											
150795-A											
30/08/2020											
3.150,00											

DADOS DO PEDIDO			DADOS BANCÁRIOS		
Número 242159	Empenho:	Vendedor: 6	Deposito Conta		

CÁLCULO DO IMPOSTO					
Base de Cálculo do ICMS 3.150,00	Valor do ICMS 378,00	Base de Cálculo do ICMS Substituição 0,00	Valor do ICMS Substituição 0,00	Valor Total dos Produtos 3.150,00	
Valor do Frete 0,00	Valor do Seguro 0,00	Valor do Desconto 0,00	Outras Despesas Acessórias 0,00	Valor do IPI 0,00	Valor aprox de Tributos 423,68
				Valor Total da Nota 3.150,00	

TRANSPORTADOR VOLUMES TRANSPORTADOS					
Razão Social SOMA/SP PRODUTOS HOSPITALARES LTDA		Frete por Conta 3-Próprio Remetente	Código ANTT	Placa do Veículo	UF: SP
Endereço EST SAMUEL AIZEMBERG		Município SAO BERNARDO DO CAMPO		CNPJ / CPF 05.847.630/0001-10	
1100		Inscrição Estadual 635.487.579.110			
Quantidade / Volumes 50	Espécie	Marca	Numeração	Peso Bruto (Kg) 165,000	Peso Líquido (Kg) 165,000
			Cubagem Total 0,000		

ENDEREÇO DE ENTREGA					
Endereço R PAULO COPINI		35	Complemento PORTAO 2	Referência ROTA 8	Bairro Distrito BAIRRO DOS CASA
Município SAO BERNARDO DO CAMPO		UF: SP			
CEP 09.850-655					

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

Cód.	Descrição dos Produtos / Serviços	NCM-SH	CST	CFOP	Un	Qtde	Vlr. Unitario	Vlr. Total	BC.ICMS	Vlr. ICMS	Vlr. IPI	IPI	ICMS
3167	GLICOSE 50% AMP 10ML FARMACE Lote: 20F10595D 02/06/2022 Fabr.: 02/06/2020 Cod.Fabr.: 3167 Reg. MS: 1108500090091 Cod.EAN13: 7898166040458 Decr: 6 Trib. Aprox RS: 423.68.Federal e 0.00.Estadual.Fonte:IBPT	30039099	000	5102	AMP	10.000	0,31500	3.150,00	3.150,00	378,00	0,00	0	12,00

**CONFIRA OS PRODUTOS
 NÃO ACEITAMOS RECLAMAÇÕES
 APÓS ASSINATURA DO CANHOTO**

P13

DADOS ADICIONAIS	
Informações complementares OC 89352 BANCO DO BRASIL AG3415-0 C/C 105047-8 BANCO BRADESCO AG 1196-7 C/C 14447-9 Decretos: 2: REDUCAO DE ICMS 12% CONF.ART. 54 DO RICMS/SP Obs.Fiscal: Alíquota 0% de PIS e COFINS cfe. artigo 1º - anexo III - Decreto 6.426 de 07 de abril 2008	CHMSBC Reservado ao Fisco RECEBIMENTO em ordem o(os) material(is) minados na presente nota Data: 17 JUL 2020 Valor: 3754



Emissão 2ª Via

No. compromisso banco 900112298	No. compromisso cliente 0000000000000814968	Data do Crédito 28/08/2020	Valor 3.150,00
------------------------------------	--	-------------------------------	-------------------

Dados do Remetente

Nome FUNDAÇÃO DO ABC	CNPJ/CPF 57.571.275/0017-60
-------------------------	--------------------------------

Convênio 0033-0110-004901356489	Data da Solicitação 28/08/2020	Agência/Conta Corrente 0110 / 000130356088
------------------------------------	-----------------------------------	---

Dados do Destinatário

Nome SOMA/SP PRODUTOS HOSPITALARES	CNPJ/CPF 05.847.630/0001-10
---------------------------------------	--------------------------------

Tipo Conta
Conta Corrente

Banco/ISPB 0001/	Agência 03415	Conta Corrente 0000000000001050478	Valor 3.150,00
---------------------	------------------	---------------------------------------	-------------------

Finalidade
Pagamento de Fornecedores

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária
CBD9B7CDA58A4B5419AC85

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)