



URGENTE

"COVID-19"

Processo	Data Abertura	Data Emissão	Folha
54842/2020 CHMSBC	27/07/2020	27/07/2020	1

SUMÁRIO

Descrição dos Produtos/Serviços

ROCURONIO 50MG FA 5ML

Serviço	Não Padrão	Reposição de estoque
-	-	X

R\$ Fls.

Orçamento Referência - -

Dt Fls.

1º Pedido de Análise Técnica PLANILHA 08

1º Retorno de Análise Técnica PLANILHA 08

Dt Fls.

2º Pedido de Análise Técnica - -

2º Retorno de Análise Técnica - -

Fls.

Documentação de Exclusividade - -

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
-	-	-	-	-	NÃO

*Justificativa (itens fechados a partir do 2º colocado)	Não fatura para o CHMSBC	Não atinge faturamento mínimo	Não tem o produto disponível	Somente pago 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 Desempepe / Variação de preço

Relatório das propostas comerciais encaminhadas pelas empresas do ramo em fls.03/05.

Aberta negociação para melhora dos valores ofertados, fls. 07.

Relatório em fls.09 demonstrando que 156 fornecedores visualizaram a pesquisa de mercado, e não houve nenhuma resposta para a cotação.

Consta variação de -29,54% referente a última aquisição devido ao desconto concedido.

Feita pesquisa via email para novas cotações, porém sem sucesso conforme negativas em fls.10/11.

Fornecedores		Valor Total	Cond. Pagto
1	ONCOPROD	R\$ 7.250,00	30 DIAS
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Justificativa de Urgência	Sim	Não	Folhas
	X	-	-

Aprovação			
	 Tiago Ferreira Nascimento Gerente de Compras e Contratos CHMSBC	 Ana Paula Ribeiro Advogada CHMSBC	
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
 José Roberto de Almeida Diretor Administrativo Financeiro CHMSBC Gerência de Finanças		 Alvaro de Almeida Ordem de Compra: 28/05/20

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		

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: 27/07/2020 10:14

Solicitação: 54842
Solicitante: RAFAEL RAMOS
Setor: 561 CENTRO DE DISTRIBUICAO
Motivo: 1 COMPRA POR AUMENTO DE CONSUMO

Data Solic.: 27/07/2020
Data da Impressão: 27/07/2020
Situação: SOLICITADA

Data Máxima: 28/07/2020

107469420

URGENTE!

Obs: AUMENTO DE CONSUMO - COVID-19

Produto	Dados da Solicitação		Dados da Última compra				
	Clas.ABC	Unidade	Quantidade	Est.Atual	Data	Vir Unitário	Fornecedor
706 ROCURONIO 50MG FA 5ML	FA C/5,0ML	500,00	1.034,00	550,00	20/05/2020	1.000,00	22,4400MEDILAR

Especificação: SOLUCAO INJETAVEL FRASCO AMPOLA CONTENDO 5ML DE SOLUCAO 10MG/ML.

Valor Total: 11.220,00

Data: 27 de Julho de 2020

Somatório(Vi.Ult.Real * Qtd Solicitada)

Emissor

Observação: O consumo é baseado nos últimos seis meses consolidados

PROC. Nº _____
FLS. 2
VISTO 10

Ord. Compra: 89654 Solicitação: 54842 Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA
 Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 28/07/2020
 Fornecedor: 60 ONCOPROD - ONCO PROD DIST DE PRODS HOSPIT E ONCO LTDA
 CNPJ/CPF: 04.307.650/0001-35 Insc Est.:
 Endereço: LUIS GOIS Nr.: 243 Compl.:
 Bairro: MIRANDOPOLIS Cep: 04043250
 Cidade: SAO PAULO UF: SP Conta: - Agência: - Banco:
 Contato(s):
 E-Mail : SIMONE.FERREIRA@ONCOPROD.CO
 Celular : (11)9-8883-1549
 Telefone Comercial : (11) 5053-59001

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. Não serão aceitas entregas via Correios. 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 efetuada 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: 28/07/2020 à 28/11/2020 Moeda: R\$ -
 % Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00
 Observação: ID 107469420

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
706 - ROCURONIO 50MG FA 5ML	SCHERING			FA C/5,0ML	500,0000	14,5000	0,0000	0,00	0,0000	7.250,00

Especificação: SOLUCAO INJETAVEL FRASCO AMPOLA CONTENDO 5ML DE SOLUCAO 10MG/ML.
 Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	7.250,00
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 (=):	7.250,00

RECEBEMOS DE ONCO PROD DIST. PROD. HOSP. E ONCOL.LTDA OS BOLETOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ANEXO		NF-e N. 0147805
DATA DO RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	0147805/01



ONCO PROD DIST. DE PROD. HOSP. E ONCOLOGICOS LTDA
 PC AGRICOLA LA PAZ TRISTANTE 144 PARTE 2
 PARQUE JARDIM ANHANGUERA
 OSASCO - SP
 CEP 06276-035 - Tel.:

DANFE
 DOCUMENTO AUXILIAR DA
 NOTA FISCAL ELETRÔNICA

0 - ENTRADA
 1 - SAÍDA

Nº. 0147805 FL 1 / 1
 SÉRIE 15



CHAVE DE ACESSO
3520 0704 3076 5000 1530 5501 5000 1478 0518 1914 6467

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
135200570144200 09/07/2020 18:35:20

NATUREZA DA OPERAÇÃO 5.102 VENDAS		INSCR. EST. SUBS. TRIBUTÁRIO	CNPJ 04.307.650/0015-30
INSCRIÇÃO ESTADUAL 492993910112			

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL FUNDDO ABC		CNPJ / CPF 57.571.275/0017-60	DATA DA EMISSÃO 09/07/2020
ENDEREÇO EST DOS ALVARENGAS 1001		BAIRRO / DISTRITO ASSUNCAO	CEP 09850-550
MUNICÍPIO SAO BERNARDO DO CAMPO		FONE / FAX 1143651490	UF SP
		INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DE SAÍDA

FATURA/DUPLICATA

FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR	FATURA/DUPLIC.	VENCIMENTO	VALOR
0147805/001	14/08/2020	7.250,00						

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
7.250,00	1.305,00	0,00	0,00	7.250,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	VALOR DO DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				7.250,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL GONÇALVES EXPRESS LTDA.		FRETE POR CONTA 0 - Por conta do emitente	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ 03.963.323/0001-79
ENDEREÇO RUA BALUARTE 176		MUNICÍPIO SAO PAULO		UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 146029606116	
QUANTIDADE 1,00	ESPÉCIE CX.44PD IT 1050	MARCA ONCOPROD	NUMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO	
				6,500	0,000	

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO PRODUTO / SERVIÇO	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QUANT.	VALOR UNITÁRIO	DESCONTO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQUOTAS ICMS	ALIQUOTAS IPI
01277	ESMERON 10MG ML CX C 10FA X 5ML EAN: 93 17935004234 L:T017981 V:30/04/2023 F:30/04/2020 Q:50,00 (R)	3004.90.79	200	5102	CX	50,0000	145,0000	0,00	7.250,00	7.250,00	1.305,00	0,00	18,00	0,00

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Praça de Pagamento: São Paulo-SP. Não aceitaremos devoluções após 07 dias corridos da data de recebimento da mercadoria. (R)-Os medicamentos refrigerados/termolabels deverão ser conferidos no ato da entrega e não serão aceitas devoluções, senão recusas no ato da entrega.

RESERVADO AO FISCO
 Recebi em ordem o(s) material(is) discriminados na presente nota

Data: 10 JUL 2020
 Nome: _____
 RE: _____
 Unidade: _____
 Veto: _____

fan. oc.



Emissão 2ª Via

No. compromisso banco 900110884	No. compromisso cliente 0000000000000817346	Data do Crédito 17/08/2020	Valor 7.250,00
------------------------------------	------------------------------------------------	-------------------------------	-------------------

Dados do Remetente

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

Convênio 0033-0110-004901356489	Data da Solicitação 17/08/2020	Agência/Conta Corrente 0110 / 000130356088
------------------------------------	-----------------------------------	-----------------------------------------------

Dados do Destinatário

Nome ONCO PROD DIST DE PRODS HOSPIT	CNPJ/CPF 04.307.650/0001-35
----------------------------------------	--------------------------------

Tipo Conta
Conta Corrente

Banco/ISPB 0001/	Agência 01912	Conta Corrente 0000000000000193127	Valor 7.250,00
---------------------	------------------	---------------------------------------	-------------------

Finalidade
Pagamento de Fornecedores

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária
CBD9B7C7A82B2A92020336A

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)