



CRÍTICO

Processo	Data Abertura	Data Emissão	Folha
54895/2020 CHMSBC	28/07/2020	03/08/2020	1

SUMÁRIO

Descrição dos Produtos/Serviços

MEDICAMENTOS

Serviço	Não Padrão	Reposição de estoque
-	-	X

R\$ Fls.

Orçamento Referência Dt Fls.

1º Pedido de Análise Técnica PLANILHA 31/07/2020 08 E 09

1º Retorno de Análise Técnica PLANILHA 31/07/2020 08 E 09

2º Pedido da Análise Técnica - -

2º Retorno da Análise Técnica - -

Documentação de Exclusividade -

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.

Fls.

MV	BIONEXO
-	107883680

Mapa Comparativo	Fls.
	03 E 04

Valor Final	R\$	114.874,00	07
-------------	-----	------------	----

Negociação	-	0,00%	05 E 06
------------	---	-------	---------

Variação Última Compra	25,30%	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
10	02	02	-	-	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.03/04.

Aberta negociação para melhora dos valores ofertados, fls. 05/06.

Relatório em fls.10 demonstrando que 185 fornecedores visualizaram a pesquisa de mercado, porém somente 10 responderam a cotação.

Para o item MV 481 consta variação de 25,4% referente a última aquisição devido a importação, conforme e-mail do fornecedor em fl.19.

Consultamos a LISTA DE PREÇOS DE MEDICAMENTOS - PREÇOS FÁBRICA E MÁXIMOS AO CONSUMIDOR e o preço ofertado está abaixo da tabela de reajuste da CMED, conforme fl.11.

Consultamos o Banco de Preços em Saúde porem sem resultados para o período.

Fornecedores		Valor Total	Cond. Pagto
1	Neupharma Distribuição de Material Medico Hospitalar Ltda - Epp	R\$ 114.550,00	60 DIAS
2	Anbioton Importadora Ltda	R\$ 324,00	60 DIAS
3			
4			
5			
6			
7			

Justificativa de Urgência	Sim	Não	Folhas
	-	X	-

Aprovação			
Henrique Madureira Coordenador de Compras e Contratos CHMSBC 03.08.20	Tiago Ferreira Nascimento Gerente de Compras e Contratos CHMSBC 03/08/20	Nathalia B. Ferreira Advogada CHMSBC	Ana Claudia de Paula Supervisora de Custos 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 Raul de Uchoa Jardim Diretor Administrativo Financeiro CHMSBC		Elthora Alves de Almeida Ordem de Compra: 05.01/20

Autorização - Diretoria Geral do CHMSBC		NÃO AUTORIZO
AUTORIZO 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/Solicitado o cancelamento do processo
Dra. Agnes M. F. Ferrari Diretora Geral		

COMPLEXO HOSP SÃO BERNARDO DO CAMPO
 -MV - Sistema de Gerenciamento de Compras
 ório de Solicitação de Compras

Página: 1 / 1
 Emitido por: DANIEL BORDON
 Em: 29/07/2020 08:48

Cultivo 481

Solicitação: 54895
 Solicitante: RAFAEL RAMOS
 Setor: 561 CENTRO DE DISTRIBUICAO
 Motivo: 8 COMPRA PARA REPOSICAO ESTOQUE

Data Solicitud: 28/07/2020

Data da Impressão:

Situação: SOLICITADA

Data Máxima: 31/07/2020

107883680

Obs: COMPRA QUADRIMESTRAL

Produto	Dados da Solicitação				Dados da Última compra				
	Clas.ABC	Unidade	Quantidade	Cons. Méd Mensal	Est.Atual	Quantidade	Data	Vir Unitário	Fornecedor
97 CLONAZEPAN 2,5MG/ML GOTAS FRASCO 20ML	FRASC	C/20ML	180,00	33,00	29,00	50,00	01/07/2020	1,8200	SOMA/SP
regas		Período p/ Entrega		Quantidade					
		1 14/08/2020 à 14/08/2020		60					
		2 01/09/2020 à 01/09/2020		60					
		3 09/10/2020 à 09/10/2020		60					
Especificação: SOLUÇÃO ORAL, EM FRASCO GOTEJADOR CONTENDO 20 ML DE SOLUÇÃO DE CLONAZEPAN 2,5MG/ML.									
481 DEXMEDETOMIDINA 200MCG AMPOLA 2ML	AMP	C/2ML	2.900,00	199,00	0,00	240,00	16/07/2020	18,4900	UNIAO QUIMICA
regas		Período p/ Entrega		Quantidade					
		1 31/07/2020 à 31/07/2020		1100					
		2 23/09/2020 à 23/09/2020		600					
		3 28/09/2020 à 28/09/2020		600					
		4 26/10/2020 à 26/10/2020		600					
Especificação: SOLUÇÃO INJETAVEL, FRASCO AMPOLA CONTENDO 2ML DE SOLUÇÃO DE CLORIDRATO DEXMEDETOMIDINA 100MCG/ML									

Valor Total

Emissor

29 de Julho de 2020 53.948,60
 Somatório(Vl.Ult.Real * Qtd Solicitada)

Observação: O consumo é baseado nos últimos seis meses consolidados

PROC. Nº _____
 FLS. _____
 VISTO _____

Ord. Compra: 89829 Solicitação: 54895 Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA
 Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 05/08/2020
 Fornecedor: 18087 NEUPHARMA - NEUPHARMA DISTRIBUIÇÃO DE MATERIAL MEDICO HOSPITALAR
 CNPJ/CPF: 21.487.927/0001-78 Insc Est.: 144091439111
 Endereço: INES DE 701 A 1400 Nr.: 909 Compl.:
 Bairro: PARQUE MANDAQUI Cep: 02415001
 Cidade: SAO PAULO UF: SP Conta: 10900 - 6 Agência: 6646 - Banco: 341
 Contato(s):
 E-Mail : COMERCIAL1@NEUPHARMA.COM.BR
 Telefone Comercial : 2206-1132

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 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: 05/08/2020 à 05/12/2020 Moeda: R\$ -
 % Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00
 Observação: 107883680

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
481 - DEXMEDETOMIDINA 200MCG AMPOLA 2ML	VOLPHARM A			AMP C/2ML	2.900,0000	39,5000	0,0000	0,00	0,0000	114.550,00
Especificação: SOLUÇÃO INJETAVEL, FRASCO AMPOLA CONTENDO 2ML DE SOLUÇÃO DE CLORIDRATO DEXMEDETOMIDINA 100MCG/ML										

Nº	Período p/ Entrega	Quantidade
1	31/07/2020 à 31/07/2020	1100
2	23/09/2020 à 23/09/2020	600
3	28/09/2020 à 28/09/2020	600
4	26/10/2020 à 26/10/2020	600

Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	114.550,00
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 (=): 114.550,00

GERENTE	COORDENADOR		
Data	Data	Data	Data

SUPRI-01-283

RECEBEMOS DE NEUPHARMA DIST MATL MED HOSPITALAR LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		VALOR NOTA R\$ 79.000,00	NF-e Nº: 000.008.202 SÉRIE : 1
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	DESTINATÁRIO FUNDAÇÃO DO ABC	

NEUPHARMA DIST MATL MED HOSPITALAR LTDA  AV SANTA INES, 909 TERREO PQ MANDAQUI SAO PAULO SP TEL/FAX: 1122061132 CEP: 02415001	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 - Saída 1 Nº 000.008.202 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1	 CHAVE DE ACESSO 3520-0821 4879 2700 0178 5500 1000 0082 0210 9050 3571 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora	
	NATUREZA DA OPERAÇÃO 5102 VENDAS		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135200665153815 - 05/08/2020 13:12:03
INSCRIÇÃO ESTADUAL 144091439111	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	CNPJ 21.487.927/0001-78	

DESTINATÁRIO/REMETENTE		CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
NOME/RAZÃO SOCIAL FUNDAÇÃO DO ABC		57.571.275/0017-60	05/08/2020
ENDEREÇO EST. DOS ALVARENGAS, 1001	BAIRRO/DISTRITO ALVARENGA	CEP 09850-550	DATA DE SAÍDA/ENTRADA
MUNICÍPIO SAO BERNARDO DO CAMPO	FONE/FAX (11) 4353-1500	UF SP	HORA DE SAÍDA

FATURA		
Número	Data Vcto	Valor
001	04/10/2020	79.000,00

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO DE ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00	BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 79.000,00	
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00
					VALOR TOTAL DA NOTA 79.000,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS		RAZÃO SOCIAL OUTROS	FRETE POR CONTA 3 - Rem.	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍC	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO			MUNICÍPIO		UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO		

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO														
COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS		VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
												ICMS	IPI	
02	CLORIDRATO DEXMEDETOMIDINA INJET100 MCG/ML 2ML Lote NN008 2.000,000 FRASCO Validade: 31/05/2022	30049099	2 40	5102	FRASCO	2.000,0000	39,50000	79.000,00	0,00	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: 05 AGO 2020
 Nome: [Assinatura]
 RE: 2754
 Inidade: [Assinatura]
 Visto: [Assinatura]

DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES ENTREGA: ENDEREÇO: RUA PAULO COPPINI, 35 PORTAO 2 - DOS CASA - SAO BERNARDO DO CAMPO/SP - CNPJ: 57.571.275/0017-60 Fone: 1143531500 E-mail: FINANCEIRO.PROCESSOS@CHMSBC.ORG.BR Numero do Pedido: OC 89829// BANCO ITAU AG: 6646 C/C: 10900-6; COMPLEXO HOSP MUN SBC - SOLICITACAO: 54895// DESPESA REALIZADA COM BASE NO CONTRATO DE GESTAO SS N 001.2018 COM A PMSBC.	RESERVADO AO FISCO
---	--------------------



Emissão 2ª Via

No. compromisso banco 900115107	No. compromisso cliente 0000000000000818077	Data do Crédito 07/10/2020	Valor 79.000,00
------------------------------------	--	-------------------------------	--------------------

Dados do Remetente

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

Convênio 0033-0110-004901356489	Data da Solicitação 07/10/2020	Agência/Conta Corrente 0110 / 000130356088
------------------------------------	-----------------------------------	---

Dados do Destinatário

Nome NEUPHARMA DISTRIBUI O DE MATE	CNPJ/CPF 21.487.927/0001-78
---------------------------------------	--------------------------------

Tipo Conta
Conta Corrente

Banco/ISPB 0341/	Agência 06646	Conta Corrente 000000000000109006	Valor 79.000,00
---------------------	------------------	--------------------------------------	--------------------

Finalidade
Pagamento de Fornecedores

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária
CBD9B7C9D9FF63BF9E280DB

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 NEUPHARMA DIST MATL MED HOSPITALAR LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		VALOR NOTA R\$ 35.550,00	NF-e Nº: 000.009.468 SÉRIE : 1
DATA DE RECEBIMENTO / /	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	DESTINATÁRIO FUNDAÇÃO DO ABC	

NEUPHARMA DIST MATL MED HOSPITALAR LTDA  AV SANTA INES, 909 TERREO PQ MANDAQUI SAO PAULO SP TEL/FAX: 1122061132 CEP: 02415001	DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA 0 - Entrada 1 - Saída 1 Nº 000.009.468 SÉRIE : 1 FOLHA: 1 de 1	 CHAVE DE ACESSO 3520 1021 4879 2700 0178 5500 1000 0094 6810 1528 7884 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora	
	NATUREZA DA OPERAÇÃO 5102 VENDAS		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135200919059034 - 13/10/2020 15:21:16
	INSCRIÇÃO ESTADUAL 144091439111	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	CNPJ 21.487.927/0001-78

DESTINATÁRIO/REMETENTE		CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
NOME/RAZÃO SOCIAL FUNDAÇÃO DO ABC		57.571.275/0017-60	13/10/2020
ENDEREÇO EST. DOS ALVARENGAS, 1001	BAIRRO/DISTRITO ALVARENGA	CEP 09850-550	DATA DE SAÍDA/ENTRADA
MUNICÍPIO SAO BERNARDO DO CAMPO	FONE/FAX (11) 4353-1500	UF SP	HORA DE SAÍDA

FATURA
Número Data Vcto Valor 001 12/12/2020 35.550,00

CÁLCULO DO IMPOSTO						
BASE DE CÁLCULO DE ICMS 0,00	VALOR DO ICMS 0,00	BASE DE CÁLCULO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 35.550,00		
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR DO IPI 0,00	VALOR APROX. DOS TRIBUTOS 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 35.550,00

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS					
RAZÃO SOCIAL OUTROS	FRETE POR CONTA 3 - Rem.	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍC	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LIQUIDO

DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO														
COD. PROD.	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO	NCM SH	CST	CFOP	UNID.	QUANT.	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	B.CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALÍQUOTAS		VALOR APROX. DOS TRIBUTOS
												ICMS	IPI	
02 481	CLORIDRATO DEXMEDETOMIDINA INJET100 MCG/ML 2ML Lote NN014 900,000 FRASCO Validade: 30/06/2022	30049099	2 40	5102	FRASCC	900,0000	39,50000	35.550,00	0,00	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 OUT. 2020
 Nome: _____
 RE: _____
 Unidade: _____
 Visto: _____

DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES ENTREGA: ENDEREÇO: RUA PAULO COPPINI, 35 PORTAO 2 - DOS CASA - SAO BERNARDO DO CAMPO/SP - CNPJ: 57.571.275/0017-60 Fone: 1143531500 E-mail: FINANCEIRO.PROCESSOS@CHMSBC.ORG.BR Numero do Pedido: OC 89829/ BANCO ITAU AG: 6646 C/C: 10900-6; COMPLEXO MUNC SBC - SOLICITACAO: 54895 - DESPESA REALIZADA COM BASE NO CONTRATO DE GESTAO SS N 001.2018 COM A PMSBC.	RESERVADO AO FISCO
--	--------------------



Emissão 2ª Via

No. compromisso banco 900120747	No. compromisso cliente 0000000000000829588	Data do Crédito 14/12/2020	Valor 35.550,00
------------------------------------	--	-------------------------------	--------------------

Dados do Remetente

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

Convênio 0033-0110-004901356489	Data da Solicitação 14/12/2020	Agência/Conta Corrente 0110 / 000130356088
------------------------------------	-----------------------------------	---

Dados do Destinatário

Nome NEUPHARMA DISTRIBUI O DE MATE	CNPJ/CPF 21.487.927/0001-78
---------------------------------------	--------------------------------

Tipo Conta
Conta Corrente

Banco/ISPB 0341/	Agência 06646	Conta Corrente 000000000000109006	Valor 35.550,00
---------------------	------------------	--------------------------------------	--------------------

Finalidade
Pagamento de Fornecedores

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária
CBD9B7CE43F9B08396C3DCC

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)