URGENTE

Processo	Data Abertura	Data Emissão	Folha
55321/2020 CHMSBC	17/08/2020	18/08/2020	1

SUMÁRIO

Descrição dos Produtos/Serviços
Aquisição de colchão piramidal

Serviço	Não Padrão	Reposição de estoque
-	-	X

MV	BIONEXO
-	109438512

	R$	Fls.
Orçamento Referência	-	-

	Dt	Fls.
1º Pedido de Análise Técnica	-	-
1º Retorno de Análise Técnica	-	-

	Dt	Fls.
2º Pedido da Análise Técnica	-	-
2º Retorno da Análise Técnica	-	-

	Fls.
Documentação de Exclusividade	-

		Fls.
Mapa Comparativo		9
Valor Final	R$ 16.840,00	10
Negociação	R$ 360,00 / 2,09%	07 a 08
Variação Última Compra	14,81%	10

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 as fls. 06
5	1	1	-	-	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	Não atende o prazo de entrega
	-	-	-	-	-	-	-	-

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

	Fornecedores	Valor Total	Cond. Pagto
1	M.N.P. Custódia	R$ 16.840,00	60 DIAS
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Justificativa de Urgência	Sim	Não	Folhas
	X	-	03 a 04

Aprovação

Coordenador de Compras e Contratos	Gerência de Compras e Contratos	Dep. Jurídico	Comissão de Análise e Julgamento
Henrique Madureira Coordenador de Compras e Contratos CHMSBC 18.08.20		Ana Paula Ribeiro Advogada CHMSBC	

Reserva Financeira Realizada no Montante Supracitado	Observações	Emissão
José Rende Uchoa Jardim Diretor Administrativo Financeiro CHMSBC Gerência de Finanças		Uertton Abilio Silva Ordem de Compra: 19/8/2020

Autorização - Diretoria Geral do CHMSBC

AUTORIZO		NÃO 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.	a despesa pretendida/Solicito o cancelamento do processo
Dra. Agnes M. F. Ferrari Diretora Geral CHMSBC		

Solicitação: 55321
Solicitante: PÂMELA
Setor: 561 CENTRO DE DISTRIBUICAO
Motivo: 42 PROBLEMAS C/ FORNECEDOR

Data Solic.: 17/08/2020
Data da Impressão: 18/08/2020
Situação: ABERTA

Data Máxima: 18/08/2020

109438 SJZ

U R G E N T E !

Obs: ESPUMABRAZ

Dados da Solicitação							Dados da Última compra			
Seq	Produto	Clas.ABC	Unidade	Quantidade	Cons. Méd Mensal	Est.Atual	Quantidade	Data	Vlr Unitário	Fornecedor
1	1076 COLCHAO PIRAMIDAL CAIXA DE OVO		UNIDADE	400,00	1.065,00	0,00	120,00	17/08/2020	36,6700	ESPUMABRAZ

Especificação: COLCHÃO PIRAMIDAL TIPO CAIXA DE OVO, 188X90X6CM, DENSIDADE 28.
DEVIDO SUA SUPERFICIE PERFILADA, IMPEDE O DESENVOLVIMENTO DE ESCARAS E MELHORA A CIRCULACAO SANGUINEA, PROPORCIONANDO SENSACAO DE BEM ESTAR DO USUARIO. CONFECCIONADO EM ESPUMA DE POLIURETANO NA DENSIDADE 28, ALTURA DE NO MINIMO 6CM. EMBALAGEM INDIVIDUAL.

Data	Valor Total	Emissor
18 de Agosto de 2020	14.668,00 Somatório(Vl.Ult.Real * Qtd Solicitada)	

Observação: O consumo é baseado nos últimos seis meses consolidados

PROC. Nº
FLS. 02
VISTO

Ord. Compra: 90368 Solicitação: 55321 Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA

Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 19/08/2020

Fornecedor: 21092 MARTCIRUR - M.N.P CUSTODIO COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES-ME
CNPJ/CPF: 03.402.979/0001-12 Insc Est.: 145646461110
Endereço: WALDEMAR CARLOS PEREIRA DE 0966 A 99998 Nr.: 1182 Compl.:
Bairro: VILA TALARICO Cep: 03533002
Cidade: SAO PAULO UF: SP Conta: 1896 - 32 Agência: 346 - Banco: 399
Contato(s):

Telefone Comercial : 11 2082-8301/8319

Celular : 11 99153-8775

E-Mail : MARTCIRUR@BOL.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.: 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: 19/08/2020 à 18/08/2020 Moeda: R$ -
% Desc: 0,00 Vl Desc: 0,00 Vl ICMS: 0,00
Observação: PC 55321 2020

ID 109438512

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	Vl.Unit.	Vl Desc.	%Des	Vl IMP	Vl Total
1076 - COLCHAO PIRAMIDAL CAIXA DE OVO	LUCKSPUMA			UNIDADE	400,0000	42,1000	0,0000	0,00	0,0000	16.840,00

Especificação: COLCHÃO PIRAMIDAL TIPO CAIXA DE OVO, 188X90X6CM, DENSIDADE 28.
DEVIDO SUA SUPERFICIE PERFILADA, IMPEDE O DESENVOLVIMENTO DE ESCARAS E MELHORA A CIRCULACAO SANGUINEA, PROPORCIONANDO SENSACAO DE BEM ESTAR DO USUARIO. CONFECCIONADO EM ESPUMA DE POLIURETANO NA DENSIDADE 28, ALTURA DE NO MINIMO 6CM. EMBALAGEM INDIVIDUAL.

Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	16.840,00
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 (=):	16.840,00

RECEBEMOS DE M.N.P. CUSTODIO COM. DE PROD. HOSPITALARES EIRELI OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e Nº 000.023.620 SÉRIE: 1
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

M.N.P. CUSTODIO COM. DE PROD. HOSPITALARES EIRELI

Rua Alto Belo, 895
Vila Antonieta – São Paulo – SP
CEP 03478-040
Tel.: (11) 2082-8301

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]
Nº 000.023.620
SÉRIE: 1
FOLHA: 1/1

CHAVE DE ACESSO
3520 0803 4029 7900 0112 5500 1000 0236 2010 2632 0001

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDAS	135200757512827 31/08/2020 10:08:50

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	CNPJ
145646461110		03.402.979/0001-12

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ	DATA DA EMISSÃO
COMPLEXO HOSPITALAR SÃO BERNARDO DO CAMPO	57.571.275/0017-60	31/08/2020

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA DA SAÍDA
ESTRADA DOS ALVERENGAS, 1001	ALVARENGA	09850-550	

MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
SAO BERNARDO DO CAMPO	(11) 4353-1500	SP	ISENTO	

FATURA / DUPLICATA

23620 29/10/2020 1.263,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALC. DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALC ICMS S.T.	VALOR DO ICMS S.T.	VALOR IMP. IMPORTAÇÃO	VALOR DO PIS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
1.263,00	151,56	0,00	0,00	0,00	8,21	1.263,00
VALOR DO FRETE	**VALOR DO SEGURO**	**DESCONTO**	**OUTRAS DESPESAS**	**VALOR DO IPI**	**VALOR DA COFINS**	**VALOR TOTAL DA NOTA**
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	37,89	1.263,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA (0 - Emitente, 1 - Destinatário)	CODIGO ANTT	PLACA VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
M.N.P CUSTODIO COMERCIO DE PRODUTOS HOSP	0				03.402.979 /0001 -12

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA ALTO BELO, 895	SÃO PAULO	SP	145646461110

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
3					

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B. CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
48	COLCH.ALVEOLADO ELS28 80X188X6 LT.402598 QT.30,000	94042100	000	5102	PEC	30,0000	42,1000000000	1.263,00	1.263,00	151,56	0,00	12,00	0,00
1076						46359							

CHMSBC
TERMO DE RECEBIMENTO
Recebi em ordem o(os) material(is) discriminados na presente nota
Data: 04 SET 2020
Nome: N. Charles
RE: 336
Unidade: Almox
Visto:

CALCULO DO ISSQN

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
/ OC 90368 DESPESA REALIZADA COM BASE NO CONTRATO DE GESTÃO SS 001/18 COM A PMSBC */* N/Pedido: 13934	

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Emissão DOC/TED

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900118950	00000000000000823479	27/11/2020	1.263,00

Dados do Remetente

Nome
FUNDACAO DO ABC

CNPJ/CPF

Convênio
0033-0110-004901356489

Data da Solicitação
27/11/2020

Agência/Conta Corrente
0110 / 000130356088

Dados do Destinatário

Nome
M.N.P CUSTODIO COMERCIO DE PRO

CNPJ/CPF
03.402.979/0001-12

Tipo Conta
Conta Corrente

Banco/ISPB	Agência	Conta Corrente	Valor
0399/	00346	00000000000000018963	1.263,00

Finalidade
Pagamento de Fornecedores

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária
CBD9B7CEC9E614E42036496

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 M.N.P. CUSTODIO COM. DE PROD. HOSPITALARES EIRELI OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e Nº 000.023.397 SÉRIE: 1
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

M.N.P. CUSTODIO COM. DE PROD. HOSPITALARES EIRELI

Rua Alto Belo, 895
Vila Antonieta – São Paulo – SP
CEP 03478-040
Tel.: (11) 2082-8301

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA 1
Nº 000.023.397
SÉRIE: 1
FOLHA: 1/1

CHAVE DE ACESSO
3520 0803 4029 7900 0112 5500 1000 0233 9717 9332 0001

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDAS	135200716766238 19/08/2020 13:57:48

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	CNPJ
145646461110		03.402.979/0001-12

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ	DATA DA EMISSÃO
COMPLEXO HOSPITALAR SÃO BERNARDO DO CAMPO			57.571.275/0017-60	19/08/2020
ENDEREÇO: ESTRADA DOS ALVERENGAS, 1001	BAIRRO / DISTRITO: ALVARENGA		CEP: 09850-550	DATA DA SAÍDA
MUNICÍPIO: SAO BERNARDO DO CAMPO	FONE / FAX: (11) 4353-1500	UF: SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL: ISENTO	HORA DA SAÍDA

FATURA / DUPLICATA

23397 17/10/2020 4.210,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALC. DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALC ICMS S.T.	VALOR DO ICMS S.T.	VALOR IMP. IMPORTAÇÃO	VALOR DO PIS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
4.210,00	505,20	0,00	0,00	0,00	27,37	4.210,00
VALOR DO FRETE	**VALOR DO SEGURO**	**DESCONTO**	**OUTRAS DESPESAS**	**VALOR DO IPI**	**VALOR DA COFINS**	**VALOR TOTAL DA NOTA**
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	126,30	4.210,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CODIGO ANTT	PLACA VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
M.N.P CUSTODIO COMERCIO DE PRODUTOS HOSP	0 - Emitente 1 - Destinatário 0				03.402.979 /0001 -12
ENDEREÇO: RUA ALTO BELO, 895	MUNICÍPIO: SÃO PAULO			UF: SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL: 145646461110
QUANTIDADE: 10	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B. CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
48	COLCH.ALVEOLADO ELS28 80X188X6 LT.006740/001 QT.100,000	94042100	000	5102	PEC	100,0000	42,1000000000	4.210,00	4.210,00	505,20	0,00	12,00	0,00

1076

CHMSBC
TERMO DE RECEBIMENTO
Recebi em ordem o(os) material(is) discriminados na presente nota
Data: 21 AGO 2020
Nome: Dilia
RE: 1225
Unidade: TC Alexa
Visto

CALCULO DO ISSQN

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
/ OC 90368 DESPESA REALIZADA COM BASE NO CONTRATO DE GESTÃO SS 001/18 COM A PMSBC */* N/Pedido: 13934	

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Emissão DOC/TED

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900115939	00000000000000821576	21/10/2020	4.210,00

Dados do Remetente

Nome
FUNDACAO DO ABC

CNPJ/CPF

Convênio
0033-0110-004901356489

Data da Solicitação
21/10/2020

Agência/Conta Corrente
0110 / 000130356088

Dados do Destinatário

Nome
M.N.P CUSTODIO COMERCIO DE PRO

CNPJ/CPF
03.402.979/0001-12

Tipo Conta
Conta Corrente

Banco/ISPB	Agência	Conta Corrente	Valor
0399/	00346	00000000000000018963	4.210,00

Finalidade
Pagamento de Fornecedores

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária
CBD9B7C2B2FD63C8987AEE7

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 M.N.P. CUSTODIO COM. DE PROD. HOSPITALARES EIRELI OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e Nº 000.023.406 SÉRIE: 1
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

M.N.P. CUSTODIO COM. DE PROD. HOSPITALARES EIRELI

Rua Alto Belo, 895
Vila Antonieta – São Paulo – SP
CEP 03478-040
Tel.: (11) 2082-8301

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]
Nº 000.023.406
SÉRIE: 1
FOLHA: 1/1

CHAVE DE ACESSO
3520 0803 4029 7900 0112 5500 1000 0234 0616 0432 0000

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDAS	135200721198962 20/08/2020 13:36:26

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	CNPJ
145646461110		03.402.979/0001-12

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ	DATA DA EMISSÃO
COMPLEXO HOSPITALAR SÃO BERNARDO DO CAMPO	57.571.275/0017-60	20/08/2020

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA DA SAÍDA
ESTRADA DOS ALVERENGAS, 1001	ALVARENGA	09850-550	

MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
SAO BERNARDO DO CAMPO	(11) 4353-1500	SP	ISENTO	

FATURA / DUPLICATA

23406 18/10/2020 4.210,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALC. DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALC ICMS S.T.	VALOR DO ICMS S.T.	VALOR IMP. IMPORTAÇÃO	VALOR DO PIS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
4.210,00	505,20	0,00	0,00	0,00	27,37	4.210,00
VALOR DO FRETE	**VALOR DO SEGURO**	**DESCONTO**	**OUTRAS DESPESAS**	**VALOR DO IPI**	**VALOR DA COFINS**	**VALOR TOTAL DA NOTA**
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	126,30	4.210,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CODIGO ANTT	PLACA VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
M.N.P CUSTODIO COMERCIO DE PRODUTOS HOSP	0 - Emitente 1 - Destinatário [0]				03.402.979 /0001 -12

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA ALTO BELO, 895	SÃO PAULO	SP	145646461110

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B. CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
48	COLCH.ALVEOLADO ELS28 80X188X6 LT.401682 QT.100,000	94042100	000	5102	PEC	100,0000	42,1000000000	4.210,00	4.210,00	505,20	0,00	12,00	0,00

1076

CHMSBC
TERMO DE RECEBIMENTO
Recebi em ordem o(os) material(is) discriminados na presente nota

Data: 27 AGO 2020
Nome:
RE: 979
Unidade:
Visto:

CALCULO DO ISSQN

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES	RESERVADO AO FISCO
/ OC 90368 DESPESA REALIZADA COM BASE NO CONTRATO DE GESTÃO SS 001/18 COM A PMSBC */* N/Pedido: 13934	

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Emissão DOC/TED

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900117080	00000000000000822602	04/11/2020	4.210,00

Dados do Remetente

Nome
FUNDACAO DO ABC

CNPJ/CPF

Convênio
0033-0110-004901356489

Data da Solicitação
04/11/2020

Agência/Conta Corrente
0110 / 000130356088

Dados do Destinatário

Nome
M.N.P CUSTODIO COMERCIO DE PRO

CNPJ/CPF
03.402.979/0001-12

Tipo Conta
Conta Corrente

Banco/ISPB	Agência	Conta Corrente	Valor
0399/	00346	00000000000000018963	4.210,00

Finalidade
Pagamento de Fornecedores

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária
CBD9B7C42B957B7F5EB6E75

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 M.N.P. CUSTODIO COM. DE PROD. HOSPITALARES EIRELI OS PRODUTOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO		NF-e Nº 000.023.482 SÉRIE: 1
DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR	

M.N.P. CUSTODIO COM. DE PROD. HOSPITALARES EIRELI

Rua Alto Belo, 895
Vila Antonieta – São Paulo – SP
CEP 03478-040
Tel.: (11) 2082-8301

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
0 - ENTRADA
1 - SAÍDA [1]
Nº 000.023.482
SÉRIE: 1
FOLHA: 1/1

CHAVE DE ACESSO
3520 0803 4029 7900 0112 5500 1000 0234 8212 8432 0006

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
VENDAS	135200737484753 25/08/2020 12:52:10

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTARIA	CNPJ
145646461110		03.402.979/0001-12

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL			CNPJ	DATA DA EMISSÃO
COMPLEXO HOSPITALAR SÃO BERNARDO DO CAMPO			57.571.275/0017-60	25/08/2020
ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO		CEP	DATA DA SAÍDA
ESTRADA DOS ALVERENGAS, 1001	ALVARENGA		09850-550	
MUNICÍPIO	FONE / FAX	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA
SAO BERNARDO DO CAMPO	(11) 4353-1500	SP	ISENTO	

FATURA / DUPLICATA

23482 23/10/2020 7.157,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CALC. DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CALC ICMS S.T.	VALOR DO ICMS S.T.	VALOR IMP. IMPORTAÇÃO	VALOR DO PIS	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
7.157,00	858,84	0,00	0,00	0,00	46,52	7.157,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR DO IPI	VALOR DA COFINS	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	214,71	7.157,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CODIGO ANTT	PLACA VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
M.N.P CUSTODIO COMERCIO DE PRODUTOS HOSP	0 - Emitente 1 - Destinatário [0]				03.402.979 /0001 -12

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA ALTO BELO, 895	SÃO PAULO	SP	145646461110

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM/SH	CST	CFOP	UNID.	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO	VALOR TOTAL	B. CALC. ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
48	COLCH.ALVEOLADO ELS28 80X188X6 LT.401682 QT.150,000 / LT.401682 QT.20,000	94042100	000	5102	PEC	170,0000	42,1000000000	7.157,00	7.157,00	858,84	0,00	12,00	0,00

1076

46834

CHMSBC
TERMO DE RECEBIMENTO
Recebi em ordem o(os) material(is) discriminados na presente nota
Data: 02 SET 2020
Nome:
RE: 1225
Unidade:
Visto:

CALCULO DO ISSQN

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

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
/ OC 90368
DESPESA REALIZADA COM BASE NO CONTRATO DE GESTÃO SS 001/18 COM A PMSBC */* N/Pedido: 13934

RESERVADO AO FISCO

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Emissão DOC/TED

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900118953	00000000000000822557	27/11/2020	7.157,00

Dados do Remetente

Nome
FUNDACAO DO ABC

CNPJ/CPF

Convênio
0033-0110-004901356489

Data da Solicitação
27/11/2020

Agência/Conta Corrente
0110 / 000130356088

Dados do Destinatário

Nome
M.N.P CUSTODIO COMERCIO DE PRO

CNPJ/CPF
03.402.979/0001-12

Tipo Conta
Conta Corrente

Banco/ISPB	Agência	Conta Corrente	Valor
0399/	00346	00000000000000018963	7.157,00

Finalidade
Pagamento de Fornecedores

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária
CBD9B7CA75D2D078CDDAA08

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)