

**SUMÁRIO****Descrição dos Produtos/Serviços**

AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS.

Serviço	Não Padrão	Reposição de estoque
-	-	X

Orçamento Referência	R\$	Fls.
-	-	-

Pedido de Análise Técnica	E-MAIL	08 A 09
	Dt	Fls.

Retorno da Análise Técnica	E-MAIL	08 A 09
		Fls.

Documentação de Exclusividade	-
--------------------------------------	---

Total de Fornecedores Participantes	Total de Itens	Itens fechados com o 1º colocado	Itens fechados a partir do colocado 2º	Itens retirados do processo	Adequação de embalagem
16	04	03	01	00	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
-	-	-	-	-	-	-	-	X

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

Solicitado aos fornecedores a redução dos valores ofertados e sugerido o prazo de pagamento para 60 dias. Após o encerramento do período não houve alteração de valores, permanecendo o prazo de pagamento nas datas inicialmente ofertadas (fls 06 a 07).

Relatório em (fls 12) demonstrando que 190 fornecedores visualizaram a pesquisa de mercado, porém somente 16 responderam a cotação.

MV 195 - Marca BRAINFARMA/NEO QUIMICA está reprovada pela área técnica (fls 08). Variação 109,76% em decorrência da última compra 17/07/2018. Em contato com a empresa RIOCLARENSE responsável pelo último fornecimento, a mesma alegou que não tem o medicamento disponível em estoque e sem previsão de chegada (fls 10). Consultamos o Banco de Preço em Saúde e constatamos que o valor ofertado está dentro do estabelecido (fls 11).

MV 21517 - Variação -16,41% devido a troca de fornecedor. Realizamos a busca do medicamento via e-mail, sem sucesso (fls 13 a 17).

MV 455 - Variação -25,81% devido a troca de distribuidor.

Fornecedores		Valor Total	Cond. Pagto
1	FOUR MED DISTRIBUIDORA HOSPITALAR E IMPORTADORA LTDA - EPP	R\$ 51,60	45 DDL
2	PLATANUS FARMACIA DE MANIPULAÇÃO LTDA	R\$ 1.662,60	45 DDL
3	SOMA/SP PRODUTOS HOSPITALARES LTDA	R\$ 59.736,00	45 DDL
4			
5			
6			
7			

Justificativa de Urgência	Sim	Não	Folhas
-	-	-	-

Aprovação			
Henrique Madureira Coordenador de Compras e Contratos CHMSBC 02.09.20		Nathalia B. Ferreira Advogada CHMSBC	Adriana Lourenço Coordenadora de Fisioterapia - HA CREFITO 3: 16/84 - F
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 Raimundo Uchôa Jardim Diretor Administrativo Financeiro		
Gerência de Finanças		Ordem de Compra: 619/20

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		

Solicitação: 55492
 Solicitante: RAFAEL RAMOS
 Setor: 561 CENTRO DE DISTRIBUICAO
 Motivo: 8 COMPRA PARA REPOSICAO ESTOQUE

Data Solicitud: 25/08/2020
 Data da Impressão: 01/09/2020
 Situação: ABERTA

Data Máxima: 30/09/2020

Obs: COMPRA QUADRIMESTRAL - COVID

Seq	Produto	Dados da Solicitação				Dados da Última compra					
		Clas. ABC	Unidade	Quantidade	Cons. Méd Mensal	Est. Atual	Quantidade	Data	Vlr Unitário	Fornecedor	
2	195 DIOSMINA 450MG + HESPERIDINA 50MG COMP		COMPRIMI DO	60,00	0,00	20,00	0,00			0,0000	
Especificação: COMPRIMIDO EM BLISTER											
4	21517 FAMOTIDINA 40MG COMPRIMIDO		COMPRIMI DO C/ 40MG	510,00	77,00	220,00	140,00	17/02/2020		3,9000	DROGARIA NOVA ESPERA
Especificação: COMPRIMIDOS EM BLISTER CONTENDO FAMOTIDINA 40MG.											
4	455 POLIESTIRENOSSULFONATO DE CALCIO ENVELOPE 30G		ENVELOPE E	3.240,00	583,00	600,00	1.200,00	20/07/2020		20,8390	RIOCLARENSE
Especificação: PO ORAL, ENVELOPE COM 30G DE PO CONTENDO 900MG/G DE POLIESTIRENOSSULFONATO DE CALCIO QUE CORRESPONDE A 3,3 MEQ DE CALCIO. EMBALAGEM CONTENDO 60 ENVELOPES.											
3	1197 TIAMINA 300MG COMP		COMP C/300MG	500,00	93,00	200,00	500,00	04/06/2020		0,2100	SOMAM/MG
Especificação: COMPRIMIDO REVESTIDO EM BLISTER.											
				Valor Total	69.612,36				Emissor		

01 de Setembro de 2020

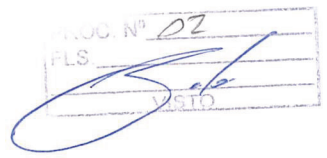
Somatório(Vl.Ult.Real * Qtd Solicitada)

* NEGATIVOS

Observação: O consumo é baseado nos últimos seis meses consolidados

* 509B-53705 *

* PMA/150
 * 400 mg
 * 100 mg
 * 1500 / 50



SOMA/SP - OC 90920

silas dias <silas.dias@chmsbc.org.br>

Sex, 04/09/2020 13:36

Para: Edilene R.C. Renzo <vendas3.sp@somahospitalar.com.br>

Cc: RAFAEL DOS SANTOS RAMOS <rafael.ramos@chmsbc.org.br>; Recebimento Almoxarifado <recebimento@chmsbc.org.br>

📎 1 anexos (19 KB)

OC 90920 - SOMA SP.pdf;

Prezados (a).

Segue Ordem de Compra nº 90920. Condições de Fornecimento para o CHMSBC:

- As entregas serão realizadas conforme Programação do PCP (Necessário disponibilidade imediata em estoque da 1ª parcela).

- Informar na NF: produto, marca, lote, validade, embalagem, registro Anvisa e CNPJ do Fabricante.

- Informar também na NF: Nº da OC, dados bancários e a frase "Despesa realizada com base no C. Gestão SS nº 001/2018 com a PMSBC".

As NFs deverão ser emitidas por Unidade do CHMSBC (57.571.275/0017-60)

Pagamento por meio de depósito em C/C. Prazo mínimo de 45 dias a contar da entrega.

'Quanto ao prazo de pagamento acordado na Ordem de Compra em anexo, informamos que o Complexo Hospitalar Municipal de São Bernardo do Campo, realiza os pagamentos aos seus fornecedores em datas fixas, sendo todo dia 07, 14, 21 ou 28. Abaixo segue orientações e exemplificações quanto ao fluxo:

- **1 – Toda Nota Fiscal terá seu vencimento apurado com base na “data de entrada”.**

Exemplo: Nota fiscal com prazo de pagamento de 30 (trinta) dias, emitida em 01/09/2019 e recebida no CD do Complexo em 02/09/2019, contaremos os 30 (trinta) dias para vencimento a partir do recebimento do produto na Unidade (data de entrada).

- **2 – Formas de Pagamentos – Sistema de Datas Fixas Mensais**

Para pagamento, seguiremos a contagem do vencimento a partir da data de recebimento do produto na unidade (data de entrada), após a data calculada, procederemos o pagamento nas datas fixas (07, 14, 21 ou 28), onde o mesmo será efetuado na data fixa mais próxima ao vencimento calculado.

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.”

Se houver dúvidas, estou à disposição.

Atenciosamente.



Silas Dias

Comprador

Gerência de Compras e Contratos

Complexo Hospitalar Municipal de São Bernardo do Campo

Tel: (11) 4353-1500 Ramal: 1261

E-mail: silas.dias@chmsbc.org.br

Ord. Compra: 90920 Solicitação: 55492 Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA

Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 04/09/2020

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. 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.: 8 Desc. Condição de Pgto.: 45 DIAS
Período p/ Entrega: 04/09/2020 à 30/09/2020 Moeda: R\$ -
% Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00
Observação: ID: 109853705

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
455 - POLIESTIRENOSSULFONATO A DE CALCIO ENVELOPE 30G	EUROFARM			ENVELOPE	3.240,0000	18,4000	0,0000	0,00	0,0000	59.616,00
Especificação: PO ORAL, ENVELOPE COM 30G DE PO CONTENDO 900MG/G DE POLIESTIRENOSSULFONATO DE CALCIO QUE CORRESPONDE A 3,3 MEQ DE CALCIO. EMBALAGEM CONTENDO 60 ENVELOPES.										
Detalhamento:										
1197 - TIAMINA 300MG COMP	HIPOLABO			COMP	500,0000	0,2400	0,0000	0,00	0,0000	120,00
Especificação: COMPRIMIDO REVESTIDO EM BLISTER.										
Detalhamento:										

Total dos Produtos(+): 59.736,00
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 (=): 59.736,00

GERENTE	COORDENADOR		
Data	Data	Data	Data

SUPRI-01-283