



URGENTE

Processo	Data Abertura	Data Emissão	Folha
5555/2020 - CHMSBC	26/08/2020	28/08/2020	1

SUMÁRIO

Descrição dos Produtos/Serviços

AQUISIÇÃO DE POLIMIXINA B 500.000UI FRASCO AMPOLA

Serviço	Não Padrão	Reposição de estoque
-	-	X

Orçamento Referência

Pedido de Análise Técnica 27/08/2020 09 a 10

Retorno da Análise Técnica 27/08/2020 09 a 10

Documentação de Exclusividade

MV	BIONEXO
-	109852430

Mapa Comparativo Fls. 04 a 05

Valor Final R\$ 29.890,00 08

Negociação 06 a 07

Variação Última Compra 43,01% 08

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
14	01	01	00	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
-	-	-	-	-	-	-	-	-

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

Solicitado redução dos valores ofertados, sem sucesso (fls. 06 a 07)

Diante da impossibilidade de atendimento pelo último fornecedor (fls. 03), o processo apresentou uma variação atual de preço em 43,01% (fls. 08)

Em consulta ao BPS e Lista de Preços Máximos da CMED, foi constatado que os valores praticados atualmente pelos fornecedores estão abaixo dos valores apresentados em ambos os relatórios (fls. 13 a 14)

Fornecedores		Valor Total	Cond. Pagto
1	Soma/SP Produtos Hospitalares Ltda	R\$ 29.890,00	45 dias
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Justificativa de Urgência	Sim	Não	Folhas
	X	-	03

Aprovação

 José Ferreira Nascimento Coordenador de Compras e Contratos Gerência de Compras e Contratos	 Ana Paula Ribeiro Advogada CHMSBC Dep. Jurídico	 Dr. João Eduardo Charles Médico - CRM 40282 CPF: 286.455.616-20 Comissão de Análise e Julgamento
---	--	---

Reserva Financeira Realizada no Montante Supracitado	Observações	Emissão
 José Ramon de Jesus Jardim Diretor Administrativo Financeiro CHMSBC Gerência de Finanças		 Ordem de Compra: 0209/2020

AUTORIZO a emissão da Ordem de Compra no valor supracitado	Autorização - Diretoria Geral do CHMSBC	NÃO AUTORIZO a despesa pretendida/Solicito o cancelamento do processo
 Dra. Agnes M. F. Ferrari Diretora Geral	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.	

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: 26/08/2020 14:30

Solicitação: 55555

Solicitante: RAFAEL RAMOS

Sector: 561 CENTRO DE DISTRIBUICAO

Motivo: 42 PROBLEMAS C/ FORNECEDOR

Data Solicitud: 26/08/2020

Data da Impressão:

Situação: SOLICITADA

Data Máxima: 27/08/2020

URGENTE!

Obs: PROBLEMAS COM O FORNECEDOR / NÃO TEM O MEDICAMENTO PARA ENTREGAR

Produto	Dados da Solicitação			Dados da Última compra					
	Clas.ABC	Unidade	Quantidade	Cons. Méd Mensal	Est.Atual	Quantidade	Data	Vir Unitário	Fornecedor
461 POLIMIXINA B 500.000UI FRASCO AMPOLA	FA	C/500.000U	1.000,00	733,00	10,00	1.400,00	29/06/2020	18,5000	OPEMPHARMA

Especificação: PO LIOFILO INJETAVEL, CONTENDO 500.000UI DE POLIMIXINA B. FRASCO AMPOLA.

____ Data ____ Valor Total ____ Emissor ____

26 de Agosto de 2020

18.500,00

Somatório(Vi.Ult.Real * Qtd Solicitada)

Observação: O consumo é baseado nos últimos seis meses consolidados

PROC Nº 55555
FLS 02
VISTO

Ord. Compra: 90781 Solicitação: 55555 Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA
Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 02/09/2020
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: 02/09/2020 à 02/03/2021 Moeda: R\$ -
% Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00
Observação: ID 109852430

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qty Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
461 - POLIMIXINA B 500.000UI MYLAN	MYLAN			FA	1.000,0000	29,8900	0,0000	0,00	0,0000	29.890,00
FRASCO AMPOLA				C/500.000						
Especificação: PO LIOFILO INJETAVEL,CONTENDO 500.000UI DE POLIMIXINA B. FRASCO AMPOLA.										
Detalhamento:										

Total dos Produtos(+):	29.890,00
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(=):	29.890,00



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:

Documento Auxiliar de
 Nota Fiscal Eletrônica
 1-Saída **1**
 2-Entrada
 No. 153464
 Série 1



Chave de Acesso
 3520.0905.8476.3000.0110.5500.1000.1534.6410.0275.8079

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:
 135200774629865

DESTINATÁRIO / REMETENTE		CNPJ / CPF	Data Emissão
Razão Social FUNDACAO DO ABC		57.571.275/0017-60	03/09/2020
Endereço	Bairro Distrito	CEP	Data Entrada/Saída
EST DOS ALVARENGAS 1001	BAIRRO ALVARENGA	09.850-550	
Município	UF	Inscrição Estadual	Hora de Entrada/Saída
SAO BERNARDO DO CAMPO	SP	ISENTO	

FATURA/ DUPLICATA	153464-A										
	21/10/2020										
	29.890,00										

DADOS DO PEDIDO	DADOS BANCÁRIOS
Número 246878	Empenho: Vendedor: 17
	Deposito Conta

CÁLCULO DO IMPOSTO	Base de Cálculo do ICMS	Valor do ICMS	Base de Cálculo do ICMS Substituição	Valor do ICMS Substituição	Valor Total dos Produtos
	29.890,00	5.380,20	0,00	0,00	29.890,00
Valor do Frete	Valor do Seguro	Valor do Desconto	Outras Despesas Acessórias	Valor do IPI	Valor aprox de Tributos
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	10.419,65
					Valor Total da Nota
					29.890,00

TRANSPORTADOR VOLUMES TRANSPORTADOS	Razão Social	Frete por Conta	Código ANTT	Placa do Veículo	UF:	CNPJ / CPF
	SOMA/SP PRODUTOS HOSPITALARES LTDA	3-Próprio Remetente			SP	05.847.630/0001-10
	Endereço	Município	UF:	Inscrição Estadual		
	EST SAMUEL AIZEMBERG	SAO BERNARDO DO CAMPO	SP	635.487.579.110		
Quantidade / Volumes	Espécie	Marca	Numeração	Peso Bruto (Kg)	Peso Líquido (Kg)	Cubagem Total
4				15,000	15,000	0,000

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

Cód.	Descrição dos Produtos / Serviços	NCM-SH	CST	CFOP	Un	Qtade	Vlr. Unitario	Vlr. Total	BC.ICMS	Vlr. ICMS	Vlr. IPI	IPI	ICMS
46477	POLIXIL B 500.0000 UI F/A (SULF. POLIMIXINA) MYLAN Lote: J08106 31/12/2021 Fabr.: 31/12/2019 Cod.Fabr.: 46477 Reg. MS: 1883000260028 Cod.EAN13: 7898560663475 Trib. Aprox. RS: 6.832,85 Federal e 3.586,80 Estadual Fonte:IBPT.	30042079	200	5102	F/A	1.000	29,89000	29.890,00	29.890,00	5.380,20	0,00	0	18,00

**CONFIRA OS PRODUTOS
 NÃO ACEITAMOS RECLAMAÇÃO
 APÓS ASSINATURA DO CANHO**

OC 90781 - Despesa realizada com base no contrato de gestão SS nº 001.2018 com a PMSBC. P13

DADOS ADICIONAIS

Informações complementares

Obs.Fiscal:
 | Aliquota 0% de PIS e COFINS cfe. artigo 1º - anexo III - Decreto 6.426 de 07 de abril 2008

Reservado ao Fisco

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

Data: 09 SET 2021

Nome: *[Assinatura]*

RE: *[Assinatura]*

Unidade: *[Assinatura]*

Visto: *[Assinatura]*



Emissão 2ª Via

No. compromisso banco 900117668	No. compromisso cliente 7950	Data do Crédito 06/11/2020	Valor 29.278,00
------------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	--------------------

Dados do Remetente

Nome
FUNDAÇÃO DO ABC

CNPJ/CPF
57.571.275/0017-60

Convênio
0033-0110-004901356489

Data da Solicitação
06/11/2020

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
29.278,00

Finalidade
Pagamento de Fornecedores

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária
CBD9B7CF0E948829A0A8777

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)