

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

AQUISIÇÃO DE GLIBENCLAMIDA 5MG COMP.

Processo	Data Abertura	Data Emissão	Folha
57923/2020 - CHMSBC	08/12/2020	14/12/2020	1

Serviço	Não Padrão	Reposição de estoque
-	-	X

MV	BIONEXO
-	137451693

Orçamento Referência	-	-
-----------------------------	---	---

Mapa Comparativo	Fls.	03
-------------------------	------	----

Pedido de Análise Técnica	PLANILHA	07
----------------------------------	----------	----

Valor Final	R\$	26,00	06
--------------------	-----	-------	----

Retorno da Análise Técnica	PLANILHA	07
-----------------------------------	----------	----

Negociação	-	-	04 A 05
-------------------	---	---	---------

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

Varição Última Compra	-35,00%	06
------------------------------	---------	----

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
06	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 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 Desempate / 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 04 a 05).

Relatório em (fls 08) demonstrando que 187 fornecedores visualizaram a pesquisa de mercado, porém somente 06 responderam a cotação.

Varição -35% devido a troca de marca do medicamento e distribuidor.

Fornecedores		Valor Total	Cond. Pagto
1	SOMA/SP PRODUTOS HOSPITALARES LTDA	R\$ 26,00	45 DDL
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Justificativa de Urgência	Sim	Não	Folhas
-	-	-	-

Aprovação			
Henrique Madureira Coordenador de Compras e Contratos CHMSBC 15.12.20	Gerência de Compras e Contratos	Ana Paula Ribeiro Advogada CHMSBC	Dep. Jurídico
Coordenador de Compras e Contratos		Dep. Jurídico	Comissão de Análise e Julgamento

Reserva Financeira Realizada no Montante Supracitado	Observações	Emissão
José Ramde Uchoa Jardim Diretor Administrativo Financeiro CHMSBC		
Gerência de Finanças		Ordem de Compra: 12/12/20

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/Solicitado o cancelamento do processo
Dra. Agnes M. F. Ferrari Diretora Geral CHMSBC		

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

Silva

Página: 1 / 1
 Emitido por: DANIEL BORDON
 Em: 09/12/2020 13:33

Solicitação: 57923
 Solicitante: RAFAEL RAMOS
 Setor: 561
 Motivo: 8
 CENTRO DE DISTRIBUICAO
 COMPRA PARA REPOSICAO ESTOQUE

Data Solicitud: 08/12/2020

Data da Impressão: 08/12/2020

Situação: SOLICITADA

Obs: COMPRA QUADRIMESTRAL

Produto	Dados da Solicitação			Dados da Última compra					
	Clas.ABC	Unidade	Quantidade	Cons. Méd Mensa	Est.Atual	Quantidade	Data	Vir Unitário	Fornecedor
99 GLIBENCLAMIDA 5MG COMP	C	COMP	900,00	70,00	0,00	90,00	08/12/2020	0,0400	DUPATRI HOSPITALAR
regas		C5MG							
		Período p/ Entrega							
1		11/12/2020 à 11/12/2020							
2		02/02/2021 à 02/02/2021							
3		02/03/2021 à 02/03/2021							

Especificação: COMPRIMIDO EM BLISTER.

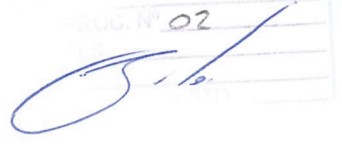
____ Data _____ Valor Total _____ Emissor _____

09 de Dezembro de 2020 36,00

Somatório(Vi.Ult.Real * Qtd Solicitada)

* 137651693 *
 * Sono / SP

Observação: O consumo é baseado nos últimos seis meses consolidados

REC. 02


Ord. Compra: 94287 Solicitação: 57923 Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA
Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 17/12/2020
Fornecedor: 3110 SOMA/SP - SOMA/SP PRODUTOS HOSPITALARES LTDA
CNPJ/CPF: 05.847.630/0001-10 Insc Est.: Nr.: 869 Compl.:
Endereço: FLAQUER DE 691 A 99998 Cep: 09725443
Bairro: VILA EUCLIDES UF: SP Conta: 105047 - 8 Agência: 3415 - 0 Banco: 1
Cidade: SAO BERNARDO DO CAMP
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: 18/12/2020 à 02/03/2021 Moeda: R\$ -
% Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00
Observação: ID: 137451693

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
99 - GLIBENCLAMIDA 5MG COMP	MEDQUIMI CA			COMP C5MG	1.000,0000	0,0260	0,0000	0,00	0,0000	26,00
Especificação: COMPRIMIDO EM BLISTER.										

Nº	Período p/ Entrega	Quantidade
1	18/12/2020 à 18/12/2020	300
2	02/02/2021 à 02/02/2021	300
3	02/03/2021 à 02/03/2021	400

Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	26,00
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 (=):

26,00

GERENTE	COORDENADOR		
Data	Data	Data	Data

SUPRI-01-203



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. 159960
 Série 1



Chave de Acesso
 3520.1205.8476.3000.0110.5500.1000.1599.6010.0286.9191

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
 135201196891427

DESTINATÁRIO/REMETENTE		CNPJ / CPF		Data Emissão
Razão Social FUNDAÇÃO DO ABC		57.571.275/0017-60		17/12/2020
Endereço	CEP	Bairro Distrito	CEP	Data Entrada/Saída
EST DOS ALVARENGAS 1001		BAIRRO ALVARENGA	09.850-550	
Município	Fone/Fax	UF	Inscrição Estadual	Hora de Entrada/Saída
SAO BERNARDO DO CAMPO		SP	ISENTO	

FATURA/DUPLICATA										
159960-A										
11/02/2021										
12.203,00										

DADOS DO PEDIDO			DADOS BANCÁRIOS		
Número	Empenho:	Vendedor:	Deposito Conta		
256654		17			

CÁLCULO DO IMPOSTO		Valor do ICMS		Base de Cálculo do ICMS Substituição		Valor do ICMS Substituição		Valor Total dos Produtos	
12.203,00		1.506,54		0,00		0,00		12.203,00	
Valor do Frete	Valor do Seguro	Valor do Desconto	Outras Despesas Acessórias	Valor do IPI	Valor aprox de Tributos	Valor Total da Nota			
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	3.105,66	12.203,00			

TRANSPORTADOR VOLUMES TRANSPORTADOS										
Razão Social			Frete por Conta		Código ANTT		Placa do Veículo		UF: CNPJ / CPF	
SOMA/SP PRODUTOS HOSPITALARES LTDA			3-Próprio Remetente						05.847.630/0001-10	
Endereço			Município		UF:		Inscrição Estadual			
EST SAMUEL AIZEMBERG 1100			SAO BERNARDO DO CAMPO		SP		635.487.579.110			
Quantidade / Volumes	Espécie	Marca	Numeração	Peso Bruto (Kg)	Peso Líquido (Kg)	Cubagem Total				
251				750,000	750,000	0,010				

ENDEREÇO DE ENTREGA									
Endereço		Complemento		Referência		Bairro Distrito		CEP	
R PAULO COPINI 35		PORTAO 2		ROTA 8		BAIRRO DOS CASA		09.850-655	
Município				UF:					
SAO BERNARDO DO CAMPO				SP					

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS													
Cód.	Descrição dos Produtos / Serviços	NCM-SH	CST	CFOP	Un	Qtde	Vlr. Unitario	Vlr. Total	BC.ICMS	Vlr. ICMS	Vlr. IPI	IPI	ICMS
260	AMIODARONA 200MG AMIORON GEOLAB Lote: 2008774 30/07/2022 Fabr.: 07/07/2020 Cod.Fabr.: 501002 Reg. MS: 1542300020042 Cod.EAN13: SEM GTIN Trib. Aprox RS: 92,81 Federal e 82,80 Estadual Fonte: IBPT	30049076	000	5102	CP	1.000	0,69000	690,00	690,00	124,20	0,00	0	18,00
124	CLORETO DE SODIO 0,9% AMP 10ML FARMACE Lote: 20111073D 10/10/2022 Fabr.: 15/10/2020 Cod.Fabr.: 3515 Reg. MS: 1108500010037 Decr: 6 Trib. Aprox RS: 1.546,75 Federal e 1.380,00 Estadual Fonte: IBPT	30039099	000	5102	AMP	50.000	0,23000	11.500,00	11.500,00	1.380,00	0,00	0	12,00
99	GLICONIL 5MG CP (GLIBENCLAMIDA 5MG)MED QUIMICA Lote: 003971 30/11/2022 Fabr.: 19/11/2020 Cod.Fabr.: 416865 Reg. MS: 1091700640028 Cod.EAN13: SEM GTIN Trib. Aprox RS: 1,75 Federal e 1,56 Estadual Fonte: IBPT	30049099	000	5102	CP	500	0,02600	13,00	13,00	2,34	0,00	0	18,00

CONFIRA OS PRODUTOS
 NÃO ACEITAMOS RECLAMAÇÕES
 APÓS ASSINATURA DO CAHOTO

OC.: 94216, 94235 e 94287. Despesa realizada com base no contrato de gestão SS nº 001.2018 com a PMSBC. P19

DADOS ADICIONAIS		Reservado ao Fisco	
Informações complementares		CHMSBC	
Decretos: 2: REDUCAO DE ICMS 12% CONF. ART. 54 DO RICMS/SP		TERMO DE RECEBIMENTO	
Obs. Fiscal: Aliquota 0% de PIS e COFINS cfe. artigo 1º - anexo III - Decreto 6.426 de 07 de abril 2008		Recebi em ordem o(os) material(is) discriminados na presente nota	
		Data: 18 DEZ 2020	
		Nome: Dilio	
		RE: 1225	
		Unidade: H Alvor	
		Visto: _____	



Emissão 2ª Via

No. compromisso banco 900125205	No. compromisso cliente 0000000000000840280	Data do Crédito 12/02/2021	Valor 12.203,00
------------------------------------	--	-------------------------------	--------------------

Dados do Remetente

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

Convênio 0033-0110-004901356489	Data da Solicitação 12/02/2021	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 12.203,00
---------------------	------------------	---------------------------------------	--------------------

Finalidade
Pagamento de Fornecedores

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária
CBD9B7C853345CD5B5DB6D1

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)

Ord. Compra: 95848

Solicitação: 59225

Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA



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:

DANFE
 Documento Auxiliar de
 Nota Fiscal Eletrônica

1-Saída
 2-Entrada 1
 No. 164945
 Série 1



Chave de Acesso
 3521.0305.8476.3000.0110.5500.1000.1649.4510.0295.2916

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
 135210282634444

DESTINATÁRIO/REMETENTE

Razão Social FUNDACAO DO ABC		CNPJ / CPF 57.571.275/0017-60	Data Emissão 15/03/2021
Endereço EST DOS ALVARENGAS		Bairro Distrito BAIRRO ALVARENGA	CEP 09.850-550
Município SAO BERNARDO DO CAMPO	1001	UF SP	Inscrição Estadual ISENTO
Fone/Fax			Hora de Entrada/Saída

FATURA/DUPLICATA

164945-A									
28/04/2021									
4.138,00									

DADOS DO PEDIDO

Número 264751	Empenho:	Vendedor: 17
------------------	----------	-----------------

DADOS BANCÁRIOS

Deposito Conta

CÁLCULO DO IMPOSTO

Base de Cálculo do ICMS 4.138,00	Valor do ICMS 744,84	Base de Cálculo do ICMS Substituição 0,00	Valor do ICMS Substituição 0,00	Valor Total dos Produtos 4.138,00
Valor do Frete 0,00	Valor do Seguro 0,00	Valor do Desconto 0,00	Outras Despesas Acessórias 0,00	Valor do IPI 0,00
			Valor aprox de Tributos 1.053,12	Valor Total da Nota 4.138,00

TRANSPORTADOR VOLUMES TRANSPORTADOS

Razão Social SOMA/SP PRODUTOS HOSPITALARES LTDA		Frete por Conta 3-Próprio Remetente	Código ANTT	Placa do Veículo	UF:	CNPJ / CPF 05.847.630/0001-10
Endereço EST SAMUEL AIZEMBERG		Município SAO BERNARDO DO CAMPO	UF: SP	Inscrição Estadual 635.487.579.110		
Quantidade / Volumes 2	Espécie	Marca	1100	Numeração	Peso Bruto (Kg) 8,000	Peso Líquido (Kg) 8,000
						Cubagem Total 0,000

ENDEREÇO DE ENTREGA

Endereço R PAULO COPINI	35	Complemento PORTAO 2	Referência ROTA 8	Bairro Distrito BAIRRO DOS CASA	CEP 09.850-655
Município SAO BERNARDO DO CAMPO		UF: SP			

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

Cód.	Descrição dos Produtos / Serviços	NCM-SH	CST	CFOP	Un	Qtde	Vlr. Unitario	Vlr. Total	BC.ICMS	Vlr. ICMS	Vlr. IPI	IPI	ICMS
1074	ADRENALINA ADREN AMP IML HIPOLABOR Lote: D-066/20 31/10/2022 Fabr.: 27/11/2020 Cod.Fabr.: 1074 Reg. MS: 1134300010016 Cod.EAN13: Trib. Aprox RS: 554,81.Federal e 495,00 Estadual Fonte:IBPT	30049021	000	5102	AMP	2.500	1,65000	4.125,00	4.125,00	742,50	0,00	0	18,00
2487	GLICONIL SMG CP (GLIBENCLAMIDA SMG)MED QUIMICA Lote: Q04183 31/12/2022 Fabr.: 02/12/2020 Cod.Fabr.: 416865 Reg. MS: 1091700640028 Cod.EAN13: SEM GTIN Trib. Aprox RS: 1.75.Federal e 1,56 Estadual Fonte:IBPT	30049099	000	5102	CP	500	0,02600	13,00	13,00	2,34	0,00	0	18,00

**CONFIRA OS PRODUTOS
 NÃO ACEITAMOS RECLAMAÇÕES
 APÓS ASSINATURA DO CANHOTO**

OC.: 94287 e 95848. Despesa realizada com base no contrato de gestão SS nº 001.2018 com a PMSBC.

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

CHMSBC
TERMO DE RECEBIMENTO
 Reservado ao Recebido em ordem o(s) material(is) discriminados na presente nota
 Data: 16 MAR 2021
 Nome: _____
 RE: _____
 Unidade: _____
 Visto: _____



Extrato de Pagamentos

Pagamento a Fornecedores

FUNDACAO DO ABC Agência: 0110 Conta Corrente: 130107688
Convênio: 0033-0110-004901356489

Conta de Débito: 0110-000130356088

Ordem de Apresentação: Forma de Pagamento

Período da Pesquisa: 05/05/2021 - 05/05/2021

Quantidade: 1

Valor Total: R\$ 4.138,00

TED CIP

Favorecido	CNPJ/CPF/ Código Favorecido	No. compromisso Cliente	No. compromisso Banco	Valor R\$ Pagamento	Data do Pagamento	Tipo de Pagamento	Liberação	Identificação	Autenticação
SOMA/SP PRODUTOS HOSPITALARES	05.847.630/0001-10	00000000000000853493	900130474	4.138,00	05/05/2021	TED CIP	MPPUTINI 05/05/2021	BCO: 0001 AG: 3415 CONTA: 0001050478 COD.ISPB: CBD9B7C3703EA07C5C377CB	
Total				4.138,00					1 Pagamentos

O Banco Santander assegura que os pagamentos foram efetuados.
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)