



**SUMÁRIO**

Processo	Data Abertura	Data Emissão	Folha
57928/2020 CHMSBC	08/12/2020	18/12/2020	1

**Descrição dos Produtos/Serviços**  
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

<b>Serviço</b>	<b>Não Padrão</b>	<b>Reposição de estoque</b>
-	-	X
		R\$ Fls.
		- -
<b>Orçamento Referência</b>		
		Dt Fls.
		- -
<b>Pedido de Análise Técnica</b>		
PLANILHA	08 A 09	✓
		Dt Fls.
		- -
<b>Retorno da Análise Técnica</b>		
PLANILHA	08 A 09	✓
		Dt Fls.
		- -
<b>Documentação de Exclusividade</b>		
		-

<b>MV</b>	<b>BIONEXO</b>	
-	137488437	
		Fls.
		03 A 04
<b>Mapa Comparativo</b>		R\$ Fls.
		- -
<b>Valor Final</b>		R\$ 167.940,00 07 ✓
		R\$ % Fls.
		- -
<b>Negociação</b>		% Fls.
		- -
<b>Varição Última Compra</b>		% Fls.
		-6,39% 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
17	2	1	1	0	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 Desempate / Variação de preço**  
AS FLS. 05 A 06, NEGOCIAÇÃO DO PROCESSO. AS FLS. 10 A 11 EMPRESAS INFORMAM SOBRE PRAZA DO PAGAMENTO O ITEM 698 FOI REPASSADO AO TERCEIRO COLOCADO, DEVIDO AOS ANTERIORES ESTAREM REPROVADOS (FLS. 09).

Fornecedores		Valor Total	Cond. Pagto
1	MED CENTER	R\$ 128.940,00	60 DIAS
2	PONTIFICE	R\$ 39.000,00	60 DIAS
3			
4			
5			
6			
7			

Justificativa de Urgência	Sim	Não	Folhas
	-	X	-

Aprovação			
Henrique Madureira Coordenador de Compras e Contratos CHMSBC 18.12.20	Gerência de Compras e Contratos	Ana Paula Ribeiro Advogada CHMSBC	Dep. Jurídico
Eduardo Rodrigues da Silva Coordenador Especialista I CHMSBC 21/12/20	Comissão de Análise e Julgamento		

Reserva Financeira Realizada no Montante Supracitado	Observações	Emissão
José Romão da Silva Jardim Diretor Administrativo Financeiro CHMSBC		Ordem de Compra: 28/12/20

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/Solicito o cancelamento do processo
Dra. Agnes M. Ferraz Diretora Geral CHMSBC		



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

Solicitação: 57928  
 Solicitante: RAFAEL RAMOS  
 Setor: 561 CENTRO DE DISTRIBUICAO  
 Motivo: 8 COMPRA PARA REPOSICAO ESTOQUE

Obs: COMPRA QUADRIMESTRAL

Página: 1 / 1  
 Emitido por: DANIEL BORDON  
 Em: 09/12/2020 10:40

Data Solic.: 08/12/2020 Data Máxima: 18/12/2020  
 Data da Impressão: 12/588427  
 Situação: SOLICITADA

Produto	Dados da Solicitação			Dados da Última compra					
	Clas. ABC	Unidade	Quantidade	Cons. Méd Mensal	Est. Atual	Quantidade	Data	Vlr Unitário	Fornecedor
689 ALPROSTADIL 20MCG AMPOLA	C	AMP20MC	600,00	80,00	100,00	100,00	19/11/2020	71,9920	EXPRESSA
Período p/ Entrega			Quantidade						
18/12/2020 à 18/12/2020			600						
Especificação: PO LIOFILO INJETAVEL, AMPOLA.									
162 HEPARINA 5000UI/ML FA 5ML	C	FA C/5.0ML	6.000,00	1.193,00	660,00	1.500,00	23/11/2020	22,7000	MEDICAMENTAL HOSPITA
Período p/ Entrega			Quantidade						
1 21/12/2020 à 21/12/2020			1500						
2 18/01/2021 à 18/01/2021			1500						
3 15/02/2021 à 15/02/2021			1500						
4 15/03/2021 à 15/03/2021			1500						

Especificação: SOLUCAO INJETAVEL PARA USO ENDOVENOSO E SUBCUTANEO, FRASCO-AMPOLA CONTENDO 5ML DE SOLUCAO 5000UI/ML.

Data \_\_\_\_\_ Valor Total \_\_\_\_\_ Emissor \_\_\_\_\_  
 09 de Dezembro de 2020 179.395,20  
 Somatório(Vl.Ult.Real \* Qtd Solicitada)

Observação: O consumo é baseado nos últimos seis meses consolidados

PROC. Nº: \_\_\_\_\_  
 FLS.: \_\_\_\_\_  
 Visto

Ord. Compra: 94562      Solicitação: 57928      Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA  
Nº Processo:      Situação:      ABERTA      Dt Ord. Compra: 28/12/2020  
Fornecedor: 101292 MED CENTER      - MED CENTER COMERCIAL DE MEDICAMENTOS  
CNPJ/CPF: 00.874.929/0001-40      Insc Est.:  
Endereço: JK - BR 459 DE 1 A 99998      Nr.:      Compl.:  
Bairro: SANTA EDWIGES - RIBEIRA      Cep: 37552484  
Cidade: POUSO ALEGRE      UF: MG      Conta: 13000709 - 9 Agência: 3255 - Banco: 33  
Contato(s):  
Telefone Comercial : 35 34491950  
E-Mail : LUIZ.GODOI@MEDCENTERCOMERCIA

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.: ISENT0  
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: 28/12/2020 à 28/05/2021      Moeda: R\$ -  
% Desc: 0,00      VI Desc: 0,00      VI ICMS: 0,00  
Observação: PC 57928 2020  
CONFORME ID 137488437

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
162 - HEPARINA 5000UI/ML FA 5ML	BLAU			FA C/5,0ML	6.000,0000	21,4900	0,0000	0,00	0,0000	128.940,00
Especificação: SOLUCAO INJETAVEL PARA USO ENDOVENOSO E SUBCUTANEO, FRASCO-AMPOLA CONTENDO 5ML DE SOLUCAO 5000UI/ML.										

Nº	Período p/ Entrega	Quantidade
1	21/12/2020 à 21/12/2020	1500
2	18/01/2021 à 18/01/2021	1500
3	15/02/2021 à 15/02/2021	1500
4	15/03/2021 à 15/03/2021	1500

Detalhamento:

Total dos Produtos(+): 128.940,00  
Valor Total do Frete( C.I.F. ), Não Incluso na Nota: 0,00  
Valor Total do Imposto: 0,00  
Valor dos Descontos(-): 0,00





**MED CENTER COMERCIAL LTDA**

Rod. Juscelino Kubitschek de Oliveira, Km 99 - Jd. Santa Edwiges  
 Pouso Alegre - MG - CEP 37552-484 - FONE (35) 3449-1950  
 www.medcentercomercial.com.br

DOCUMENTO  
 AUXILIAR DA  
 NOTA FISCAL  
 ELETRÔNICA



CHAVE DE ACESSO:  
 3120 1200 8749 2900 0140 5500 1000 3023 5118 1914 6464

0 - ENTRADA  
 1 - SAÍDA **1**  
 Nº: 000302351  
 SÉRIE: 1  
 FOLHA: 1/1

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO <b>VENDA NAO CONTRIBUINTE - 6403</b>		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 131203971334086 29/12/20 09:07:55	
INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>5259495840034</b>		INSCR. ESTADUAL DE SUBST. TRIBUT.	
DESTINATÁRIO / REMETENTE		CNPJ <b>00.874.929/0001-40</b>	
NOME / RAZÃO SOCIAL (7973) - FUNDACAO DO ABC		C.N.P.J / C.P.F. 57.571.275/0017-60	
ENDEREÇO ALVARENGAS, DOS, 1001		BAIRRO / DISTRITO ALVARENGA	
MUNICÍPIO SAO BERNARDO DO CAMPO		CEP 09850-550	
FONE / FAX 1143531500		UF SP	
FATURA / DUPLICATA 001 26/01/2021 32.235,00		INSCRIÇÃO ESTADUAL	
		DATA EMISSÃO 29/12/2020	
		DATA DA ENTR/SAÍDA 29/12/2020	
		HORA DA SAÍDA 09:07:32	

CÁLCULO DO IMPOSTO		BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S.		VALOR DO I.C.M.S.		BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S. ST		VALOR DO I.C.M.S. SUBSTITUIÇÃO		VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
		0,00		0,00		0,00		0,00		32.235,00	
VALOR DO FRETE		VALOR DO SEGURO		DESCONTO		OUTRAS DESP. ACESSÓRIAS		VALOR TOTAL DO I.P.I.		VALOR APROX. TRIBUTOS	
0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		32.235,00	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA		CÓDIGO ANTT		PLACA DO VEÍCULO		UF		C.N.P.J / C.P.F.	
NOME / RAZÃO SOCIAL MED CENTER COMERCIAL LTDA		0 - Emitente						MG		00874929000140	
ENDEREÇO ROD BR 459 KM 99, SN		MUNICÍPIO POUSO ALEGRE						MG		INSCRIÇÃO ESTADUAL 5259495840034	
QUANTIDADE		ESPÉCIE		MARCA		NÚMERO		PESO BRUTO		PESO LÍQUIDO	
5		VOLUME(S)				215034		27,360 Kg		27,360 Kg	

CODIGO NCM	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	CX UN	CFOP CST	QUANTIDADE UNIDADE	VALOR UNITARIO	% DESC VLR DESC	VALOR LÍQUIDO	VALOR BRUTO B.CALC.ICMS	BC. ICMS ST VL. ICMS ST	VALOR ICMS	VALOR IPI	AL. APROX. TRIBUTOS %ICMS %IPI	ALÍQUOTAS %ICMS %IPI
00280800 3004.90.99	HEPARINA SOD 5000UI FRASCO 5ML - 20100656/FAB.01/10/20/VAL.30/10/22 C/ 25 AP	3	6403 0360	36 CV	537,25000000	0,00%	19.341,00	19.341,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
00280800 3004.90.99	HEPARINA SOD 5000UI FRASCO 5ML - 20100753/FAB.01/10/20/VAL.30/10/22 C/ 25 AP	2	6403 0360	24 CV	537,25000000	0,00%	12.894,00	12.894,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

162

500

Rafael Ramos  
 Supervisor de Logística  
 CHMSBC

Med Center Comercial Ltda  
 CHMSBC  
 TERMO DE RECEBIMENTO  
 Recebi em ordem (os) material(is) discriminados na presente nota  
 SENHOR CLIENTE  
 SOMENTE OS VOLUMES. Se houver alguma divergência entre em contato com a empresa através do Tel.: (35) 3449-1950 no prazo de 48 horas após o recebimento da mesma  
 Data: 29 DEZ 2020  
 Nome: Dirlia  
 Assinatura: [assinatura]  
 Unidade: [assinatura]  
 Visto: [assinatura]

DADOS ADICIONAIS		RESERVADO AO FISCO	
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES CARTEI RA Ordem de Compra n 94562 Despesa realizada com base no C. Gestao SS n 001/18 com a PMSBC. Pedito: 215034 Volume M3: 0,047520 Valor ICMS UF Destino R\$: 4512,90			



## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco  
900125588No. compromisso cliente  
0000000000000841098Data do Crédito  
19/02/2021Valor  
32.235,00

## Dados do Remetente

Nome  
FUNDACAO DO ABC

CNPJ/CPF

Convênio  
0033-0110-004901356489Conta Débito  
0110 / 000130356088Favorecido  
MED CENTER COMERCIAL DE MEDICACNPJ/CPF  
00.874.929/0001-40Conta Creditada  
Banco 0033  
Agência 3255  
Conta 0000000000130007099Número do Documento  
900125588  
Pagamento a FornecedoresTipo de Serviço  
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária  
CBD9B7C65CAF3CA4D98BA2

## 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)





### MED CENTER COMERCIAL LTDA

Rod. Juscelino Kubitschek de Oliveira, Km 99 - Jd. Santa Edwiges  
Pouso Alegre - MG - CEP 37552-484 - FONE (35) 3449-1950  
www.medcentercomercial.com.br

**DANFE**  
DOCUMENTO  
AUXILIAR DA  
NOTA FISCAL  
ELETRÔNICA



CHAVE DE ACESSO:  
3121 0200 8749 2900 0140 5500 1000 3063 7314 8110 9191

0 - ENTRADA  
1 - SAÍDA **1**  
Nº: 000306373  
SÉRIE: 1  
FOLHA: 1/1

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
**VENDA NAO CONTRIBUINTE - 6403**

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
131214023531475 05/02/21 11:12:18

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
5259495840034

INSCR. ESTADUAL DE SUBST. TRIBUT.

CNPJ  
00.874.929/0001-40

DESTINATÁRIO / REMETENTE  
NOME / RAZÃO SOCIAL  
(7973) - FUNDACAO DO ABC

C.N.P.J / C.P.F.  
57.571.275/0017-60

DATA EMISSÃO  
05/02/2021

ENDEREÇO  
ALVARENGAS, DOS, 1001

BAIRRO / DISTRITO  
ALVARENGA

CEP  
09850-550

DATA DA ENTR/SAÍDA  
05/02/2021

MUNICÍPIO  
SAO BERNARDO DO CAMPO

FONE / FAX  
1143531500

UF  
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA  
11:11:50

FATURA / DUPLICATA  
001 06/04/2021 64.470,00

**CÁLCULO DO IMPOSTO**  
BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S. VALOR DO I.C.M.S. BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S. ST VALOR DO I.C.M.S. SUBSTITUIÇÃO VALOR TOTAL DOS PRODUTOS  
0,00 0,00 0,00 0,00 64.470,00

VALOR DO FRETE VALOR DO SEGURO DESCONTO OUTRAS DESP. ACESSÓRIAS VALOR TOTAL DO I.P.I. VALOR APROX. TRIBUTOS VALOR TOTAL DA NOTA  
0,00 0,00 0,00 0,00 0,00 64.470,00

**TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS**  
NOME / RAZÃO SOCIAL  
MED CENTER COMERCIAL LTDA

FRETE POR CONTA  
0 - Emitente

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF  
MG

C.N.P.J / C.P.F.  
00874929000140

ENDEREÇO  
ROD BR 459 KM 99, SN

MUNICÍPIO  
POUSO ALEGRE

UF  
MG

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
5259495840034

QUANTIDADE 10 ESPÉCIE VOLUME(S) MARCA NUMERO 219666 PESO BRUTO 54,720 Kg PESO LÍQUIDO 54,720 Kg

**DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS**

CÓDIGO NCM	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	CX UN	CFOP CST	QUANTIDADE UNIDADE	VALOR UNITÁRIO	% DESC VLR DESC	VALOR LÍQUIDO	VALOR BRUTO B.CALC.ICMS	BC. ICMS ST VL. ICMS ST	VALOR ICMS	VALOR IPI	VL.APROX. TRIBUTOS	ALÍQUOTAS ICMS IPI
00280800 3004.90.99	HEPARINA SOD 5000UI FRASCO 5ML - 20110865/FAB.011/20/VAL.30/11/22 C/ 25 AP	10	6403 0 360	120 CV	537,25000	0,00% 0,00	64.470,00	64.470,00 0,00	0,00 0,00	0,00	0,00		0,00 0,00

162

300

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

Data: 09 FEV 2021  
Nome: Dilia  
Rt: 1225  
Unidade: He duox  
Visto:

**Med Center Comercial Ltda.**  
SENHOR CLIENTE, FAVOR CONFERIR  
SOMENTE OS VOLUMES. Se houver  
alguma divergência com os produtos,  
entre em contato com a empresa através  
do Tel.: (35) 3449-1950 no prazo de  
48 horas após o recebimento da mesma.

**DADOS ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
BOLETO  
OC 94562 LOCAL DE ENTREGA: Rua Paulo Coppi n 35 portao 2 Despesa realizada com base no  
C. Gestao SS n 001/18 com a PMSBC  
Pedi do: 219666  
Volume M3: 0,095040  
Rota: 5  
Valor ICMS UF Destino R\$: 9025,80

RESERVADO AO FISCO





## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco  
900128765No. compromisso cliente  
0000000000000847114Data do Crédito  
14/04/2021Valor  
64.470,00

## Dados do Remetente

Nome  
FUNDACAO DO ABC

CNPJ/CPF

Convênio  
0033-0110-004901356489Conta Débito  
0110 / 000130356088Favorecido  
MED CENTER COMERCIAL DE MEDICACNPJ/CPF  
00.874.929/0001-40Conta Creditada  
Banco 0033  
Agência 3255  
Conta 0000000000130007099Número do Documento  
900128765  
Pagamento a FornecedoresTipo de Serviço  
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária  
CBD9B7CC8B1348A237E4B98

- Atendimento 24h por dia, todos os dias.

4004-2125 (Regiões Metropolitanas)  
0800-726-2125 (Demais Localidades)  
0800 723 5007 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)0800 762 7777  
0800 771 0401 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)

- Das 9h às 18h, de segunda a sexta-feira, exceto feriado.

0800 726 0322  
0800 771 0301 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)





**MED CENTER COMERCIAL LTDA**

Rod. Juscelino Kubitschek de Oliveira, Km 99 - Jd. Santa Edwiges  
 Pouso Alegre - MG - CEP 37552-484 - FONE (35) 3449-1950  
 www.medcentercomercial.com.br

**DANFE**

DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA



CHAVE DE ACESSO:  
 3120 1200 8749 2900 0140 5500 1000 3023 4218 3839 0856

0 - ENTRADA  
 1 - SAÍDA **1**  
 Nº: 000302342  
 SÉRIE: 1  
 FOLHA: 1/1

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO <b>VENDA NAO CONTRIBUINTE - 6403</b>		INSCR. ESTADUAL DE SUBST. TRIBUT.		CNPJ <b>00.874.929/0001-40</b>	
INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>5259495840034</b>		C.N.P.J./C.P.F. <b>57.571.275/0017-60</b>		DATA EMISSÃO <b>29/12/2020</b>	
DESTINATÁRIO / REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL <b>(7973) - FUNDACAO DO ABC</b>		BAIRRO / DISTRITO <b>ALVARENGA</b>		CEP <b>09850-550</b>	
ENDEREÇO <b>ALVARENGAS, DOS, 1001</b>		MUNICÍPIO <b>SAO BERNARDO DO CAMPO</b>		UF <b>SP</b>	
FONE / FAX <b>1143531500</b>		INSCRIÇÃO ESTADUAL		DATA DA ENTR/SAÍDA <b>29/12/2020</b>	
FATURA / DUPLICATA 001 26/01/2021 32.235,00		HORA DA SAÍDA <b>08:06:48</b>			

<b>CÁLCULO DO IMPOSTO</b>					
BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S.	VALOR DO I.C.M.S.	BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S. ST	VALOR DO I.C.M.S. SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
0,00	0,00	0,00	0,00	32.235,00	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESP. ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO I.P.I.	VALOR APROX. TRIBUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS					VALOR TOTAL DA NOTA
NOME / RAZÃO SOCIAL <b>MED CENTER COMERCIAL LTDA</b>					<b>32.235,00</b>

NOME / RAZÃO SOCIAL <b>MED CENTER COMERCIAL LTDA</b>		FRETE POR CONTA <b>0 - Emitente</b>	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF <b>MG</b>	C.N.P.J./C.P.F. <b>00874929000140</b>
ENDEREÇO <b>ROD BR 459 KM 99, SN</b>		MUNICÍPIO <b>POUSO ALEGRE</b>	UF <b>MG</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>5259495840034</b>		
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO	
<b>5</b>	<b>VOLUME(S)</b>		<b>215020</b>	<b>27,360 Kg</b>	<b>27,360 Kg</b>	

CÓDIGO NCM	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	CX UN	CFOP CST	QUANTIDADE UNIDADE	VALOR UNITÁRIO	% DESC VLR DESC	VALOR LÍQUIDO	VALOR BRUTO B.CALC.ICMS	BC. ICMS ST VL. ICMS ST	VALOR ICMS	VALOR IPI	VALOR APROX. TRIBUTOS	ALÍQUOTAS ICMS % IPI
00280800 3004.90.99	HEPARINA SOD 5000UI FRASCO 5ML - 20100753/FAB.01/10/20/VAL.30/10/22 C/ 25 AP	5	6403 0360	60 CV	537,25000000	0,00% 0,00	32.235,00	32.235,00 0,00	0,00 0,00	0,00	0,00	0,00	0,00 0,00

**Med Center Comercial Ltda**  
 SENHOR CLIENTE, FAVOR CONFERIR SOMENTE OS VOLUMES. Se houver alguma divergência com os produtos, entre em contato com a empresa através do Tel.: (35) 3449-1950 no prazo de 48 horas após o recebimento da mesma.

CHMSBC  
**TERMO DE RECEBIMENTO**  
 Recebi em ordem o(s) material(is) discriminados na presente nota  
 Data: **29 DEZ 2020**  
 Nome: *Dilcio*  
 RE: *W*  
 Unidade: *H. Carlos*  
 Visto:

<b>DADOS ADICIONAIS</b> INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES CARTEIRA Ordem de Compra n 94562 Despesa realizada com base no C. Gestao SS n 001/18 com a PMSBC Pedito: 215020 Volume MG: 0,047520 Valor ICMS UF Destino R\$: 4512,90	<b>RESERVADO AO FISCO</b>
---	---------------------------





## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco  
900125587No. compromisso cliente  
0000000000000841099Data do Crédito  
19/02/2021Valor  
32.235,00

## Dados do Remetente

Nome  
FUNDAÇÃO DO ABC

CNPJ/CPF

Convênio  
0033-0110-004901356489Conta Débito  
0110 / 000130356088Favorecido  
MED CENTER COMERCIAL DE MEDICACNPJ/CPF  
00.874.929/0001-40Conta Creditada  
Banco 0033  
Agência 3255  
Conta 0000000000130007099Número do Documento  
900125587  
Pagamento a FornecedoresTipo de Serviço  
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária  
CBD9B7CA3B3D1F976747833

## 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)