



SUMÁRIO

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

Descrição dos Produtos/Serviços
AQUISIÇÃO DE MEDICAMENTOS

Serviço	Não Padrão	Reposição de estoque
-	-	X

MV	BIONEXO
-	137488437

Orçamento Referência R\$ Fls. - -

Mapa Comparativo Fls. 03 A 04

Pedido de Análise Técnica PLANILHA 08 A 09 ✓
Dt Fls.

Valor Final R\$ 167.940,00 07 ✓
R\$ % Fls.

Retorno da Análise Técnica PLANILHA 08 A 09 ✓
Fls.

Negociação % Fls.

Documentação de Exclusividade -

Variação Última Compra -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
Coordenador de Compras e Contratos			Comissão de Análise e Julgamento

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

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 Diretor 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.: 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: 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 VENDA NAO CONTRIBUINTE - 6403		PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 131203971334086 29/12/20 09:07:55	
INSCRIÇÃO ESTADUAL 5259495840034		INSCR. ESTADUAL DE SUBST. TRIBUT.	
DESTINATÁRIO / REMETENTE		CNPJ 00.874.929/0001-40	
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 0	360 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 0	240 CV	537,25000000	0,00%	12.894,00	12.894,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

162

5700

Rafael Ramos
 Supervisor de Logística
 CHMSBC

Med Center Comercial Ltda
 CHMSBC
TERMO DE RECEBIMENTO
 Recebi em ordem discriminados na presente nota os material(is) discriminados na presente nota.
 SENHOR CLIENTE, 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 Unidade.
 Data: 29 DEZ 2020
 Nome: Dirlia
 Assinatura: [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. Pedido: 215034 Volume MB: 0,047520 Valor ICMS UF Destino RS: 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

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

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

FRETE POR CONTA
0 - Emitente

CÓDIGO ANTT
PLACA DO VEÍCULO
UF
C.N.P.J / C.P.F.
MG 00874929000140

ENDEREÇO
ROD BR 459 KM 99, SN

MUNICÍPIO
POUSO ALEGRE

UF
MG 5259495840034

QUANTIDADE 10 ESPÉCIE VOLUME(S) MARCA NÚMERO PESO BRUTO PESO LÍQUIDO

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 Copini n 35 portao 2 Despesa realizada com base no
C. Estão 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

VENDA NAO CONTRIBUINTE - 6403

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
 131203971245786 29/12/20 08:07:41

INSCRIÇÃO ESTADUAL

5259495840034

INSCR. ESTADUAL DE SUBST. TRIBUT.

CNPJ

00.874.929/0001-40

NOME / RAZÃO SOCIAL
 (7973) - FUNDACAO DO ABC

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

57.571.275/0017-60

DATA EMISSÃO

29/12/2020

ENDEREÇO

ALVARENGAS, DOS, 1001

BAIRRO / DISTRITO

ALVARENGA

CEP

09850-550

DATA DA ENTR/SAÍDA

29/12/2020

MUNICÍPIO

SAO BERNARDO DO CAMPO

FONE / FAX

1143531500

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

08:06:48

FATURA / DUPLICATA

001 26/01/2021 32.235,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S.

VALOR DO I.C.M.S.

0,00

BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S. ST

0,00

VALOR DO I.C.M.S. SUBSTITUIÇÃO

0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS

32.235,00

VALOR DO FRETE

0,00

VALOR DO SEGURO

0,00

DESCONTO

0,00

OUTRAS DESP. ACESSÓRIAS

0,00

VALOR TOTAL DO I.P.I.

0,00

VALOR APROX. TRIBUTOS

VALOR TOTAL DA NOTA

32.235,00

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

5

ESPECIE
 VOLUME(S)

MARCA

NÚMERO

215020

PESO BRUTO

27,360 Kg

PESO LÍQUIDO

27,360 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

HEPARINA SOD 5000UI FRASCO 5ML -

5 6403

0 360

60 CV

537,25000000

0,00%

32.235,00

32.235,00

0,00

0,00

0,00

0,00 0,00

3004.90.99

20100753/FAB.01/10/20/VAL.30/10/22 C/ 25 AP

162

1500

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:

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

CARTEIRA

Ordem de Compra n 94562 Despesa realizada com base no C. Gestao SS n 001/18 com a PMSBC

Pedi do: 215020

Volume MG: 0,047520

Valor ICMS UF Destino R\$: 4512,90

RESERVADO AO FISCO

*n
 planilha*



Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900125587No. compromisso cliente
0000000000000841099Data 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
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)