SUMÁRIO

Processo	Data Abertura	Data Emissão	Folha
58939/2021 CHMSBC	19/01/2021	26/01/2021	1

Descrição dos Produtos/Serviços

AQUISIÇÃO DE DEXCLORFENIRAMINA

Serviço	Não Padrão	Reposição de estoque
-	-	X

MV	BIONEXO
-	152019035

Orçamento Referência	R$ -	Fls. -
Pedido de Análise Técnica	Dt 25/01/2021	Fls. 07
Retorno da Análise Técnica	Dt 25/01/2021	Fls. 07
Documentação de Exclusividade		Fls. -

Mapa Comparativo			Fls. 03
Valor Final	R$ 150,60		Fls. 06
Negociação	R$ 9,40	% -5,86%	Fls. 05
Variação Última Compra		% 6,96%	Fls. 06

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
5	1	1	0	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
	-	-	-	-	-	-	-	-

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

	Fornecedores	Valor Total	Cond. Pagto
1	SOMA	R$ 150,60	45 DIAS
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Justificativa de Urgência	Sim	Não	Folhas
	-	X	-

Aprovação

Coordenador de Compras e Contratos	Gerência de Compras e Contratos	Dep. Jurídico	Comissão de Análise e Julgamento
Henrique Madureira Coordenador de Compras e Contratos CHMSBC 28/01/21		Ana Paula Ribeiro Advogada CHMSBC	

Reserva Financeira Realizada no Montante Supracitado	Observações	Emissão
Dra. Agnes M. F. Ferrari Diretora Geral CHMSBC Gerência de Finanças		Ordem de Compra: 01/02/20

Autorização - Diretoria Geral do CHMSBC

AUTORIZO		NÃO 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.	a despesa pretendida/Solicito o cancelamento do processo
Dra. Agnes M. F. Ferrari Diretora Geral CHMSBC		

Jonathan

Solicitação: 58939
Solicitante: FABIO.GODOY
Setor: 561 CENTRO DE DISTRIBUICAO
Motivo: 8 COMPRA PARA REPOSICAO ESTOQUE

Data Solic.: 19/01/2021
Data Máxima: 19/07/2021
Data da Impressão:
Situação: SOLICITADA

152019035

25/01

Obs: solicitação de compras quadrimestral

Dados da Solicitação							Dados da Última compra			
Seq	Produto	Clas.ABC	Unidade	Quantidade	Cons. Méd Mensal	Est.Atual	Quantidade	Data	Vlr Unitário	Fornecedor
1	169 DEXCLORFENIRAMINA 2MG COMP	C	COMP C/ 2MG	2.000,00	313,00	40,00	600,00	07/01/2021	0,0704	SUPERMED

Nº Entregas	Período p/ Entrega	Quantidade
1	19/07/2021 à 19/07/2021	2000

Especificação: COMPRIMIDO EM BLISTER

Data: 20 de Janeiro de 2021

Valor Total: 140,80
Somatório(Vl.Ult.Real * Qtd Solicitada)

Emissor

Observação: O consumo é baseado nos últimos seis meses consolidados

FLS.: 02
Visto

SOULMV - Sistema de Compras
Relatório de Ordem de Compra

Emitido por: JONATHAN.
Em: 01/02/2021 10:45

Ord. Compra: 95569 Solicitação: 58939 Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA

Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 01/02/2021

Fornecedor: 12302 SOMA/MG - SOMA/MG PRODUTOS HOSPITALARES LTDA
CNPJ/CPF: 12.927.876/0001-67 Insc Est.:
Endereço: EST PEDRO ROSA DA SILVA Nr.: 515 Compl.:
Bairro: RESIDENCIAL PARK Cep: 37640000
Cidade: EXTREMA UF: MG Conta: 5240 - X Agência: 3415 - 0 Banco: 1
Contato(s):

E-Mail : TELEVENDAS1.SP@DIMACISP.COM.B

Telefone Comercial : (11)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: JONATHAN A D S RODRIGUEZ 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: 01/02/2021 à 01/07/2021 Moeda: R$ -
% Desc: 0,00 Vl Desc: 0,00 Vl ICMS: 0,00
Observação: PC 58939 2021
CONFORME ID 152019035

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	Vl.Unit.	Vl Desc.	%Des	Vl IMP	Vl Total
169 - DEXCLORFENIRAMINA 2MG COMP	GEOLAB			COMP C/ 2MG	2.000,0000	0,0753	0,0000	0,00	0,0000	150,60

Especificação: COMPRIMIDO EM BLISTER

Nº	Período p/ Entrega			Quantidade
1	19/07/2021	à	19/07/2021	2000

Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	150,60
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 (=):	150,60

85640000000-1 39000099891-9 21020001471-5 61820210209-0

SOMAMG HOSPITALAR

Estrada Pedro Rosa da Silva, 515 Residencial Park
37.640-000 Extrema - MG Fone/Fax: (35) 3435-7750
CNPJ: 12.927.876/0001-67 Insc. Est.:001698647.00-45
Insc. Estadual Sub. Tributário:

DANFE
Documento Auxiliar de Nota Fiscal Eletrônica
1-Saída
2-Entrada [1]
No. 222410
Série 1

Chave de Acesso
3121.0212.9278.7600.0167.5500.1000.2224.1010.0405.4498

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: 131214017408826

DESTINATÁRIO / REMETENTE

Razão Social	CNPJ / CPF	Data Emissão
FUNDACAO DO ABC	57.571.275/0017-60	01/02/2021

Endereço	Bairro Distrito	CEP	Data Entrada/Saída
EST DOS ALVARENGAS 1001 COMPLEXO HOSI	ASSUNCAO	09.850-550	

Município	Fone/Fax	UF	Inscrição Estadual	Hora de Entrada/Saída
SAO BERNARDO DO CAMPO		SP	ISENTO	

FATURA / DUPLICATA

222410-A 21/03/2021 649,80

DADOS DO PEDIDO

Número	Empenho:	Vendedor:
312736		58

DADOS BANCÁRIOS: 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
649,80	77,97	0,00	0,00	649,80

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	147,30	649,80

TRANSPORTADOR VOLUMES TRANSPORTADOS

Razão Social	Frete por Conta	Código ANTT	Placa do Veículo	UF:	CNPJ / CPF
SOMA/MG PRODUTOS HOSPITALARES LTDA	0-Remetente (CIF)				12.927.876/0001-67

Endereço	Município	UF:	Inscrição Estadual
ESTRADA PEDRO ROSA DA SILVA 515	EXTREMA	MG	001698647.00-45

Quantidade / Volumes	Espécie	Marca	Numeração	Peso Bruto (Kg)	Peso Líquido (Kg)	Cubagem Total
9				45,000	45,000	0,120

ENDEREÇO DE ENTREGA

Endereço	Complemento	Bairro Distrito	CEP
RUA PAULO COPINI 35	PORTAO 02	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	Qtdade	Vlr. Unitario	Vlr. Total	BC.ICMS	Vlr. ICMS	Vlr. IPI	IPI	ICMS
3661	HYSTIN 2MG CP (DEXCLORFENIRAMINA) GEOLAB Lote: 1911450 31/10/2021 Fabr.: 10/10/2019 Cod.Fabr.: 3661 Reg. MS: 1542300120020 Cod.EAN13: 7899095210172 Trib. Aprox R$: 20,26 Federal e 0,00 Estadual Fonte:IBPT	30049069	000	6102	CP	2.000	0,07530	150,60	150,60	18,07	0,00	0	12,00
73997	SEPTMAX 0,5% 100ML (CLOREXIDINA) ALCOOLICA ALMOT. (30000609) FARMAX Lote: 0000000134 30/09/2022 Fabr.: 30/09/2020 Cod.Fabr.: 30000609 Reg. MS: NOTIF. SIMPLIFICADA Cod.EAN13: 7896902212374 Trib. Aprox R$: 67,14 Federal e 59,90 Estadual Fonte:IBPT	30049047	000	6102	UN	384	1,30000	499,20	499,20	59,90	0,00	0	12,00

169 95569

165 93389

CONFIRA OS PRODUTOS
NÃO ACEITAMOS RECLAMAÇÕES
APÓS ASSINATURA DO CANHOTO

OC.: 93389 E 95569. Despesa realizada com base no contrato de gestão SS nº 001.2018 com a PMSBC.

DADOS ADICIONAIS

Informações complementares

Obs.Fiscal: Vr.ICMS FCP: R$ 0,00
Vr.Diferencial do ICMS Destino: R$ 39,00
Vr.Diferencial do ICMS Origem: R$ 0,00
| 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(os) material(is) discriminados na presente nota

Data: 03 FEV 2021
Nome:
RL:
Unidade:
Visto:

Santander

PAGAMENTO A FORNECEDORES
Comprovante de Emissão DOC/TED

Emissão 2ª Via

No. compromisso banco	No. compromisso cliente	Data do Crédito	Valor
900127336	00000000000000846367	22/03/2021	649,80

Dados do Remetente

Nome
FUNDACAO DO ABC

CNPJ/CPF
57.571.275/0017-60

Convênio
0033-0110-004901356489

Data da Solicitação
22/03/2021

Agência/Conta Corrente
0110 / 000130356088

Dados do Destinatário

Nome
SOMA/MG PRODUTOS HOSPITALARES

CNPJ/CPF
12.927.876/0001-67

Tipo Conta
Conta Corrente

Banco/ISPB	Agência	Conta Corrente	Valor
0001/	03415	00000000000000052400	649,80

Finalidade
Pagamento de Fornecedores

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária
CBD9B7C3E583F365CF15C74

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)