



SUMÁRIO

Processo	Data Abertura	Data Emissão	Folha
59108/2021 CHMSBC	22/01/2021	29/01/2021	1

Descrição dos Produtos/Serviços

AQUISIÇÃO DE CETAMINA

Serviço	Não Padrão	Reposição de estoque
-	-	X
		R\$ Fls.
Orçamento Referência		- -
		Dt Fls.
Pedido de Análise Técnica		PLANILHA 09
		Dt Fls.
Retorno da Análise Técnica		PLANILHA 09
		Fls.
Documentação de Exclusividade		-

MV	BIONEXO
-	153431687

Mapa Comparativo		Fls.
		04 A 05
Valor Final		R\$ 68.000,00
		Fls. 08
Negociação		R\$ % Fls.
		0,00% Fls. 08
Variação Última Compra		0,00% Fls. 08

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
7	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

AS FLS. 06 A 07, NEGOCIAÇÃO DO PROCESSO

Fornecedores				Valor Total	Cond. Pagto
1	DUPATRI			R\$ 68.000,00	60 DIAS
2					
3					
4					
5					
6					
7					

Justificativa de Urgência	Sim	Não	Folhas
	-	X	-

Aprovação			
Henrique Madureira Coordenador de Compras e Contratos CHMSBC <i>29/01/21</i>	Gerência de Compras e Contratos	Ana Paula Ribeiro Advogada CHMSBC	Dep. Jurídico
			Daniilo de Lima Santos Financeiro CHMSBC Comissão de Análise e Julgamento

Reserva Financeira Realizada no Montante Supracitado	Observações	Emissão
<i>José Ramde Uchoa Jardim</i> Diretor de Administração Financeira CHMSBC		<i>[Assinatura]</i> Ordem de Compra nº 102/20

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
<i>Dra. Agnes M. F. Ferrari</i> Diretora Geral CHMSBC		

5 - COMPLEXO HOSP SÃO BERNARDO DO CAMPO
 SOULMV - Sistema de Gerenciamento de Compras
 Relatório de Solicitação de Compras

Página: 1 / 1
 Emitido por: CAIQUE.SILVA
 Em: 22/01/2021 15:21

Solicitação: 59108
 Solicitante: FABIO GODOY
 Setor: 561 CENTRO DE DISTRIBUICAO
 Motivo: 8 COMPRA PARA REPOSICAO ESTOQUE

Data Solic.: 22/01/2021
 Data da Impressão:
 Situação: SOLICITADA

Data Máxima: 26/01/2021

153431687

Obs:

Seq	Produto	Dados da Solicitação			Dados da Última compra			
		Clas.ABC	Unidade	Quantidade	Cons. Méd Mensal	Est.Atual	Quantidade	Data
1	1425 CETAMINA 100MG AMPOLA 2ML	C	AMP C/2ML	5.000,00	3.115,00	7.407,00	6.000,00	08/01/2021
							Vir Unitário	13,7600
							Fornecedor	13,7600 CRISTALIA

28/04

Especificação: SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA CONTENDO 2ML DE SOLUCAO CLORIDRATO DE CETAMINA 50MG/ML.

22 de Janeiro de 2021 Valor Total 68.800,00 Emissor

Somatório(Vi.Ult.Real * Qtd Solicitada)

Observação: O consumo é baseado nos últimos seis meses consolidados

PROC. Nº:
 FLS.:
 Visto

Ord. Compra: 95658 Solicitação: 59108 Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA
Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 04/02/2021
Fornecedor: 93340 DUPATRI - DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO, IMPORTACAO E EXPORTACA
CNPJ/CPF: 04.027.894/0007-50 Insc Est.: Nr.: 410 Compl.:
Endereço: PEDRO PASCOAL DOS SANTOS
Bairro: RESIDENCIAL REAL PARQU Cep: 13178561
Cidade: SUMARE UF: SP Conta: 2034 - 6 Agência: 3359 - 6 Banco: 1
Contato(s):
E-Mail : CONTABILIDADE1@DUPATRI.COM
Telefone Comercial : (13) 3228-8700 / (13) 3228-8

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.: 9 Desc. Condição de Pgto.: 60 DIAS
Período p/ Entrega: 04/02/2021 à 05/07/2021 Moeda: R\$ -
% Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00
Observação: PC 59108 2021
CONFORME ID 153431687

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
1425 - CETAMINA 100MG AMPOLA 2ML	CRISTALIA			AMP C/2ML	5.000,0000	13,6000	0,0000	0,00	0,0000	68.000,00
Especificação: SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA CONTENDO 2ML DE SOLUCAO CLORIDRATO DE CETAMINA 50MG/ML.										
Detalhamento:										

Total dos Produtos(+):	68.000,00
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(=):	<u>68.000,00</u>



**DUPATRI HOSPITALAR
COMERCIO IMPORTACAO E
EXPORTACAO LTDA**

AVENIDA PEDRO PASCOAL DOS
SANTOS, 410 - GALPAO002 MD 4 E 5 -
RESIDENCIAL REAL PARQUE SUMARÉ
- SUMARÉ, SP, CEP:13178561,
Fone:13-3228-8700

DANFE
DOCUMENTO AUXILIAR
DA NOTA FISCAL
ELETRÔNICA



0-ENTRADA
1-SAIDA

1

CHAVE DE ACESSO
13521 0204 0278 9400 0750 5500 1000 1473 6110 0054 8356

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 MERC.ADQ. REC.TERCEIROS

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
135210157894346 11/02/2021 17:41:32

INSCRIÇÃO ESTADUAL
671.392.680.115

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ
04.027.894/0007-50

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
FUNDACAO DO ABC (5730)

CNPJ/CPF
57.571.275/0017-60

DATA DA EMISSÃO
11/02/2021

ENDEREÇO
EST DOS ALVARENGAS, 1001

BAIRRO/DISTRITO
BAIRRO ALVARENGA

CEP
09850-550

DATA ENTRADA/SAIDA
11/02/2021

MUNICÍPIO
SAO BERNARDO DO CAMPO

FONE/FAX
1143651490

UF
SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA
17:33

FATURA / DUPLICATA

001 12/04/2021 37.400,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS 37.400,00	VALOR DO ICMS 6.732,00	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 37.400,00
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR TOTAL DO IPI 0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA 37.400,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL O EMITENTE (43)	FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO RUA SAO PAULO, 31	MUNICÍPIO SANTOS	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 633565182110		
QUANTIDADE 3	ESPÉCIE CAIXAS	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 15,00	PESO LÍQUIDO 15,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
28165	KETAMIN NP 50MG/ML 25/2ML -CRISTALIA CISEM CONSERVANTE (Lote: 20110361, Qtde: 14, Dt Val: 30/11/2022 ,Data Fab: 01/11/2020)Lote: 20110415, Qtde: 96, Dt Val: 30/11/2022 ,Data Fab: 01/11/2020)	30049032	000	5102	CX	110	340,0000	37.400,00	37.400,00	6.732,00		18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MÁXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
Despesa realizada com base no C. Gestão SS nº 001/18 com a PMSBCC/95658Rua Paulo
Coppini nº 35 portão 2
ITEM 1 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CP.ART.2 DA LEI 10.147/00
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 6.732,00, Federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 6.732,00
Pedido: 165865
Representante: REGIAO ABC - (BRUNO)

RESERVADO AO FISCO



Emissão 2ª Via

No. compromisso banco 900129013	No. compromisso cliente 0000000000000847403	Data do Crédito 14/04/2021	Valor 37.400,00
------------------------------------	--	-------------------------------	--------------------

Dados do Remetente

Nome
FUNDAÇÃO DO ABC

CNPJ/CPF

Convênio
0033-0110-004901356489

Data da Solicitação
14/04/2021

Agência/Conta Corrente
0110 / 000130356088

Dados do Destinatário

Nome
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO, I

CNPJ/CPF
04.027.894/0007-50

Tipo Conta
Conta Corrente

Banco/ISPB
0001/

Agência
03359

Conta Corrente
000000000000020346

Valor
37.400,00

Finalidade
Pagamento de Fornecedores

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária
CBD9B7CE1C4392FFED09A4

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)

 <p>DUPATRI HOSPITALAR COM IMP EXT LTDA AV. JOSÉ SEVERINO, Nº 3530 CATALÃO - GO CEP: 75.709-616 TELEFONES ESTOQUE CATALÃO: (64) 3442-8081 ADM. SANTOS : (13) 3228-6700</p>	<p>DANFE DOCUMENTO AUXILIAR DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA</p>		
	<p>0-ENTRADA 1 1-SAIDA 1</p>	<p>CHAVE DE ACESSO 5221 0204 0278 9400 0326 5500 1001 1584 3710 0089 4058</p>	

NATUREZA DA OPERAÇÃO: VENDA N CONTRIB
 INSCRIÇÃO ESTADUAL: 10.444.430-4
 INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO: 809.010.530.117
 CNPJ: 04.027.894/0003-26
 PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO: 152213800375728 04/02/2021 19:33:56

DESTINATÁRIO / REMETENTE		CNPJ/CPF	DATA DA EMISSÃO
NOME / RAZÃO SOCIAL FUNDAÇÃO DO ABC (5730)		57.571.275/0017-60	04/02/2021
ENDEREÇO EST DOS ALVARENGAS, 1001		BAIRRO/DISTRITO BAIRRO ALVARENGA	CEP 09850-550
MUNICÍPIO SÃO BERNARDO DO CAMPO		UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL
FONE/FAX 1143651490		HORA DA SAÍDA 19:22	

FATURA / DUPLICATA	001	05/04/2021	3.400,00
--------------------	-----	------------	----------

CÁLCULO DO IMPOSTO					
BASE DE CÁLCULO DO ICMS	VALOR DO ICMS	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	
2.833,22	339,99	0,00	0,00	3.400,00	
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPÍ	VALOR TOTAL DA NOTA
0,00	0,00		0,00	0,00	3.400,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS		FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
NOME / RAZÃO SOCIAL VEICULO PROPRIO (90)		0 - DO EMITENTE				04027894000326
ENDEREÇO AVENIDA JOSE SEVERINO, 3530		MUNICÍPIO	CATALAO	UF	GO	INSCRIÇÃO ESTADUAL 104444304
QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO	
1	CAIXAS			2,05	2,05	

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
28165	KETAMIN NP 50MG/ML 25/2ML -CRISTALIA CISEM CONSERVANTE (Lote: 20110012, Qtde: 10, Dt Val: 30/11/2022 ,Data Fab: 01/11/2020)	30049032	020	6108	CX	10	340,0000	3.400,00	2.833,22	339,99		12,00	

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

Data: 05 FEV 2021

Nome: _____
RE: _____
Unidade: _____
Visto: _____

<p>DADOS ADICIONAIS</p> <p>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</p> <p>RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA</p> <p>Despesa realizada com base no C. Gestão SS nº 001/18 com a PMSBCOC/95658Rua Paulo Coppini nº 35 portão 2</p> <p>ITEM 1 RED.BASE DE CALCULO CONF. ART. 8º, INC. VIII, ANEXO IX DEC.4.852/97 - RICMS/GO</p> <p>ITEM 1 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00</p> <p>ITEM 1 DIFERENCIAL DE ALIQ.CFCONV.93 -EMENDA 87/15</p> <p>ITEM 1</p> <p>ITEM 1</p> <p>Emenda Constitucional 87 de 2015:</p> <p>Valor da partilha para UF de Destino: R\$ 204,00</p> <p>VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 339,99, Federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 339,99</p> <p>Fedido: 1240521</p> <p>Representante: REGIAO ABC - (BRUNO)</p> <p>Redespacho...: O EMITENTE (43) - CIF - CNPJ.: - Inscrição Estadual.:633565182110 -</p> <p>Endereco.:RUA SAO PAULO SANTOS-SP</p>	<p>RESERVADO AO FISCO</p>
--	---------------------------



Emissão 2ª Via

No. compromisso banco 900128446	No. compromisso cliente 0000000000000846454	Data do Crédito 07/04/2021	Valor 3.400,00
------------------------------------	--	-------------------------------	-------------------

Dados do Remetente

Nome
FUNDAÇÃO DO ABC

CNPJ/CPF

Convênio
0033-0110-004901356489

Data da Solicitação
07/04/2021

Agência/Conta Corrente
0110 / 000130356088

Dados do Destinatário

Nome
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO, I

CNPJ/CPF
04.027.894/0007-50

Tipo Conta
Conta Corrente

Banco/ISPB
0001/

Agência
03359

Conta Corrente
000000000000020346

Valor
3.400,00

Finalidade
Pagamento de Fornecedores

Tipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária
CBD9B7C4236588E7830C6EF

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)



**DUPATRI HOSPITALAR
 COMERCIO IMPORTACAO E
 EXPORTACAO LTDA**

AVENIDA PEDRO PASCOAL DOS
 SANTOS, 410 - GALPAO002 MD 4 E 5 -
 RESIDENCIAL REAL PARQUE SUMARÉ
 - SUMARE, SP, CEP:13178561,
 Fone:13-3228-8700

DANFE
 DOCUMENTO AUXILIAR
 DA NOTA FISCAL
 ELETRÔNICA

0-ENTRADA 1
 1-SAIDA 1

Nº 145171
 SERIE 1
 FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO
 3521 0204 0278 9400 0750 5500 1000 1451 7110 0066 9958

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

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO
 135210130552665 04/02/2021 21:59:58

NATUREZA DA OPERAÇÃO
 VENDA MERC.ADQ. REC.TERCEIROS

INSCRIÇÃO ESTADUAL
 671.392.680.115

INS. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ
 04.027.894/0007-50

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL
 FUNDAÇÃO DO ABC (5730)

BAIRRO/DISTRITO
 BAIRRO ALVARENGA

CEP
 09850-550

DATA DA EMISSÃO
 04/02/2021

DATA ENTRADA/SAIDA
 04/02/2021

ENDEREÇO
 EST DOS ALVARENGAS, 1001

FONE/FAX
 1143651490

UF
 SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA
 21:58

MUNICÍPIO
 SÃO BERNARDO DO CAMPO

FATURA / DUPLICATA

001 05/04/2021 27.200,00

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS 27.200,00	VALOR DO ICMS 4.896,00	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST 0,00	VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 27.200,00
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR TOTAL DA NOTA 27.200,00
			VALOR TOTAL DO IPI 0,00	27.200,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL O EMITENTE (43)	FRETE POR CONTA 0 - DO EMITENTE	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ/CPF
ENDEREÇO RUA SÃO PAULO, 31	MUNICÍPIO SANTOS	UF SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 633565182110		
QUANTIDADE 2	ESPÉCIE CAIXAS	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 14,00	PESO LÍQUIDO 14,00

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇOS	NCM/CH	CST	CFOP	UND.	QUANT.	V.UNIT.	V.TOTAL	BC ICMS	V.ICMS	V.IPI	AL ICMS	AL IPI
28165	KETAMIN NP 50MG/ML 25/2ML -CRISTALIA CISEM CONSERVANTE (Lote: 20110011, Qtde: 80, Dt Val: 30/11/2022 ,Data Fab: 01/11/2020)	30049032	000	5102	CX	80	340,0000	27.200,00	27.200,00	4.896,00		18,00	

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

Data: 05 FEV 2021

Nome: *lin*
 RE: *979*
 Unidade: *J.*
 Visto:

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA
 Despesa realizada com base no C. Gestão SS nº 001/18 com a PMSBC/C 95658 Rua Paulo
 Coppini nº 35 portão 2
 ITEM 1 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00
 VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 4.896,00, Federal, R\$ 0,00, Estadual, R\$ 4.896,00
 Pedido: 163181
 Representante: REGIAO ABC - (BRUNO)

RESERVADO AO FISCO



Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900128444No. compromisso cliente
0000000000000846455Data do Crédito
07/04/2021Valor
27.200,00

Dados do Remetente

Nome
FUNDAÇÃO DO ABC

CNPJ/CPF

Convênio
0033-0110-004901356489Data da Solicitação
07/04/2021Agência/Conta Corrente
0110 / 000130356088

Dados do Destinatário

Nome
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO, ICNPJ/CPF
04.027.894/0007-50Tipo Conta
Conta CorrenteBanco/ISPB
0001/Agência
03359Conta Corrente
000000000000020346Valor
27.200,00Finalidade
Pagamento de FornecedoresTipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária
CBD9B7C4DB64C6EB9B2F0B3**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)