

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

Serviço	Não Padrão	Reposição de estoque
-	-	X
		R\$ Fls.
<b>Orçamento Referência</b>	-	-
	Dt	Fls.
<b>1º Pedido de Análise Técnica</b>	PLANILHA	10 A 11
<b>1º Retorno de Análise Técnica</b>	PLANILHA	10 A 11
	Dt	Fls.
<b>2º Pedido da Análise Técnica</b>	-	-
<b>2º Retorno da Análise Técnica</b>	-	-
		Fls.
<b>Documentação de Exclusividade</b>	-	-

Processo	Data Abertura	Data Emissão	Folha
59578/2021 CHMSBC	16/02/2021	23/02/2021	1

MV	BIONEXO
-	158413776

Mapa Comparativo	Fls.
	03 A 05

Valor Final	R\$	09
	1.455,37	

Negociação	-	-	-

Variação Última Compra	-49,79%	09

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
19	4	2	2		-	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	-	-	-	X

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

AS FLS. 06 A 07 NEGOCIAÇÃO DO PROCESSO. O PROCESSO INDICOU VARIAÇÃO DE -49,79%, DEVIDO AOS ITENS 254 E 382 QUE INDICARAM VARIAÇÃO ABAIXO DE 15%, DEVIDO A TROCA DO FORNECEDOR NO PRIMEIRO CASO E DO FORNECEDOR E DA MARCA DO SEGUNDO.  
O ITEM 254 E 382 FORAM REPASSADOS AOS SEGUNDOS COLOCADOS, DEVIDO AOS PRIMEIROS OU ESTÁ REPROVADO OU REQUISITAR PAGAMENTO ANTECIPADO (FLS. 03 A 05 E 11).

Fornecedores		Valor Total	Cond. Pagto
1	ANBIOTON	R\$ 790,00	60 DIAS
2	ATIVA	R\$ 180,57	28 DIAS
3	DUPATRI	R\$ 160,00	60 DIAS
4	SUPERMED	R\$ 324,80	45 DIAS
5			
6			
7			

Justificativa de Urgência	Sim	Não	Folhas
	-	X	

**Aprovação**

Henrique Madureira Coordenador de Compras e Contratos CHMSBC	Nathalia B. Ferreira Advogada CHMSBC	
23.02.21		
Depto. Compras	Depto. 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: 0203/2021

**Autorização - Diretoria Geral do CHMSBC**

AUTORIZO	NÃO AUTORIZO
a emissão da Ordem de Compra no valor supracitado	a despesa pretendida/Solicito o cancelamento do processo
Dra. Agnes M. F. Ferrari Diretora Geral CHMSBC	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.

Solicitação: 59578  
 Solicitante: FABIO.GODOY  
 Setor: 561 CENTRO DE DISTRIBUICAO  
 Motivo: 8 COMPRA PARA REPOSICAO ESTOQUE

Data Solicitud: 16/02/2021  
 Data da Impressão: 23/02/2021  
 Situação: ABERTA

Data Máxima: 16/08/2021

158413776

Obs: solicitação de compras quadrimestral

Seq	Produto	Dados da Solicitação				Dados da Última compra			
		Clas.ABC	Unidade	Quantidade	Cons. Méd Mensa	Est.Atual	Quantidade	Data	Vir Unitário Fornecedor
1	100 CLONAZepam 2MG COMPRIMIDO	C	COMP C/ 2MG	2.880,00	752,00	0,00	960,00	19/02/2021	0,0690 SOMA/SP
	Entregas		Período p/ Entrega		Quantidade				
			16/08/2021 à 16/08/2021		2880				
2	254 IVERMECTINA 6MG COMP	C	COMP C/6MG	1.000,00	114,00	160,00	200,00	05/02/2021	1,9800 PROMEFARMA
	Entregas		Período p/ Entrega		Quantidade				
			16/08/2021 à 16/08/2021		1000				
3	382 LOPERAMIDA 2MG COMP	C	COMP C/ 2MG	3.200,00	490,00	1.094,00	2.004,00	07/01/2021	0,1750 DUPATRI HOSPITALAR
	Entregas		Período p/ Entrega		Quantidade				
			16/08/2021 à 16/08/2021		3200				
4	1882 RISPERIDONA 1MG COMP	C	COMP C/1MG	1.600,00	374,00	409,00	1.200,00	12/01/2021	0,1000 DUPATRI
	Entregas		Período p/ Entrega		Quantidade				
			16/08/2021 à 16/08/2021		1600				
Especificação: COMPRIMIDO EM BLISTER.				Valor Total					
23 de Fevereiro de 2021				2.898,72					
				Somatório(Vi.Ult.Real * Qtd Solicitada)					

Observação: O consumo é baseado nos últimos seis meses consolidados

FLS.: 02  
 Visto

Ord. Compra: 96578                      Solicitação: 59578                      Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA  
Nº Processo:                                  Situação:                                  ABERTA Dt Ord. Compra: 02/03/2021  
Fornecedor: 93340 DUPATRI                      - DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO, IMPORTACAO E EXPORTACA  
CNPJ/CPF: 04.027.894/0007-50                      Insc Est.:  
Endereço: PEDRO PASCOAL DOS SANTOS                      Nr.: 410                      Compl.:  
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: 02/03/2021 à 02/09/2021                      Moeda: R\$ -  
% Desc: 0,00                      VI Desc: 0,00                      VI ICMS: 0,00  
Observação: PC 59578 2021  
CONFORME ID 158413776

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
1882 - RISPERIDONA 1MG COMP	CRISTALIA			COMP C/1MG	1.600,0000	0,1000	0,0000	0,00	0,0000	160,00
Especificação: COMPRIMIDO EM BLISTER.										

Nº	Período p/ Entrega	Quantidade
1	16/08/2021 à 16/08/2021	1600

Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	160,00
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 (=):	160,00



**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 153098  
SERIE 1  
FOLHA 1/1



CHAVE DE ACESSO

3521 0304 0278 9400 0750 5500 1000 1530 9810 0110 3393

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e [www.nfe.fazenda.gov.br/portal](http://www.nfe.fazenda.gov.br/portal)  
ou no site da Sefaz Autorizadora

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
VENDA MERC.ADQ. REC.TERCEIROS

PROTOCOLO AUTORIZAÇÃO DE USO

135210230835999 02/03/2021 19:25:40

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
671.392.680.115

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUTÁRIO

CNPJ

04.027.894/0007-50

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL  
FUNDAÇÃO DO ABC (5730)

CNPJ/CPF

57.571.275/0017-60

DATA DA EMISSÃO

02/03/2021

ENDEREÇO  
EST DOS ALVARENGAS, 1001

BAIRRO/DISTRITO  
BAIRRO ALVARENGA

CEP

09850-550

DATA ENTRADA/SAIDA

02/03/2021

MUNICÍPIO  
SAO BERNARDO DO CAMPO

FONE/FAX

1143651490

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAIDA

19:20

FATURA / DUPLICATA

001 01/05/2021 160,00

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
0,00	0,00	0,00	0,00	160,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO IPI
0,00	0,00		0,00	160,00

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			SP	INSCRIÇÃO ESTADUAL 633565182110
QUANTIDADE 1	ESPÉCIE CAIXAS	MARCA	NÚMERO	PESO BRUTO 0,30	PESO LÍQUIDO 0,30

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
22187	RISPERIDON 1MG C/200CP-CRISTALIA C1 (Lote: 20110165, Qtde: 8, Dt Val: 30/1-1/2022, Data Fab: 01/11/2020)	30049069	040	5102	CX	8	20,0000	160,00					

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RECLAMAÇÕES DE MERCADORIAS COM NO MAXIMO DE 48HORAS APOS A ENTREGA  
oc 96578Despesa realizada com base no C. Gestão SS nº 001/18 com a PMSBCL/e Rua  
Paulo Coppini nº 35 portão 2  
ITEM 1. ISENCAO DE ICMS REFERENTE CONVENIO ICMS 87/2002  
ITEM 1 ALIQUOTA ZERO PIS/COFINS,CF.ART.2 DA LEI 10.147/00  
VALOR APROX. TRIBUTOS, R\$ 51,34, Federal, R\$ 51,34, Estadual, R\$ 0,00  
Pedido: 172421  
Representante: REGIAO ABC -- (BRUNO)

RESERVADO AO FISCAL

**CHMSBC**

**TERMO DE RECEBIMENTO**

Recebi em ordem o(s) material(is)  
discriminados na presente nota

Data: 03 MAR 2021

Nome: N. O. Elias

RE: [Assinatura]

Unidade: [Assinatura]

Visto: [Assinatura]



Extrato de Pagamentos

Pagamento a Fornecedores

**FUNDACAO DO ABC Agência: 0110 Conta Corrente: 130107695**
**Convênio:** 0033-0110-004901356489

**Conta de Débito:** 0110-000130356088

**Ordem de Apresentação:** Forma de Pagamento

**Período da Pesquisa:** 12/05/2021 - 12/05/2021

**Quantidade:** 1

**Valor Total:** R\$ 160,00

## 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
DUPATRI HOSPITALAR COMERCIO, I	04.027.894/0007-50	0000000000000850486	900130854	160,00	12/05/2021	TED CIP	MPPUTINI 12/05/2021	BCO: 0001 AG: 3359 CONTA: 0000020346 COD.ISPB: CBD9B7C0E5AA1ECFAA60786	
<b>Total</b>				160,00					1 Pagamentos

**O Banco Santander assegura que os pagamentos foram efetuados.**
**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)

**Central de Atendimento Santander Empresarial**

4004-2125 (Regiões Metropolitanas)

0800 726 2125 (Demais Localidades)

0800 723 5007 (Pessoas com deficiência auditiva ou de fala)