



CRÍTICO

Processo	Data Abertura	Data Emissão	Folha
60160/2021 CHMSBC	11/03/2021	18/03/2021	1

SUMÁRIO

Descrição dos Produtos/Serviços

ACETILCISTEINA 20MG/ML SOLUCAO ORAL FR 100ML

Serviço	Não Padrão	Reposição de estoque
-	-	X

R\$ Fls.

Orcamento Referência - -

Dt Fls.

1º Pedido de Análise Técnica PLANILHA 07

1º Retorno de Análise Técnica PLANILHA 07

Dt Fls.

2º Pedido da Análise Técnica - -

2º Retorno da Análise Técnica - -

Fls.

Documentação de Exclusividade -

MV	BIONEXO
-	162916488

Fls.

Mapa Comparativo 3

Valor Final R\$ 1.347,00 6

Negociação - 0,00% 04 E 05

Variação Última Compra 79,50% 6

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
4	1	-	1	-	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	Não atende o prazo de entrega
-	-	-	-	X	-	-	-	X

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

Relatório das propostas comerciais encaminhadas pelas empresas do ramo em (fls.)03, considerando que desclassificamos a empresa Agil pelo prazo de entrega e a empresa Pharma Log por solicitar pagamento a vista.

Aberta negociação para melhora dos valores ofertados e condição de pagamento, (fls.) 04/05.

Relatório em (fls.) 08 demonstrando que 196 fornecedores visualizaram a pesquisa de mercado, porém somente 04 responderam a cotação.

Consta variação de 79,96% referente a última aquisição devido ao aumento da demanda e da matéria prima ser importada, conforme fls. 10.

Feita pesquisa no Banco de preço em saúde porem sem sucesso.

Fornecedores		Valor Total	Cond. Pagto
1	Medicamental Hospitalar Ltda	R\$ 1.347,00	60 dias
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Justificativa de Urgência	Sim	Não	Folhas
-	-	X	-

Aprovação

<p>Tiago Ferreira Nascimento Gerente de Compras e Contratos CHMSBC</p> <p><i>[Assinatura]</i> 18/03/21</p> <p>Depto. Compras</p>	<p>Ana Paula Ribeiro Advogada CHMSBC</p> <p>Depto. Jurídico</p>	Comissão de Análise e Julgamento
--	---	----------------------------------

Reserva Financeira Realizada no Montante Supracitado	Observações	Emissão
<p><i>[Assinatura]</i></p> <p>José Ramde Uchoa Jardim Diretor Administrativo Financeiro CHMSBC</p>		<p><i>[Assinatura]</i> Melhora Alus de Almeida</p> <p>Ordem de Compra: 24/03/2021</p>

Autorização - Diretoria Geral do CHMSBC		NÃO AUTORIZO
<p>AUTORIZO</p> <p>a emissão da Ordem de Compra no valor supracitado</p> <p><i>[Assinatura]</i></p> <p>José Ramde Uchoa Jardim Diretor Administrativo Financeiro CHMSBC</p>	<p>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.</p>	<p>a despesa pretendida/Solicitado o cancelamento do processo</p>

COMPLEXO HOSPITALAR MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMPO

Estrada dos Alvarengas, 1001, Bairro Assunção - São Bernardo do Campo/SP

CEP: 09850-550

Tel.: (11) 4353-1500

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

Debona

Página: 1 / 1
 Emitido por: CAIQUE.SILVA
 Em: 12/03/2021 09:57

Solicitação: 60160
 Solicitante: FABIO.GODOY
 Setor: 561 CENTRO DE DISTRIBUICAO
 Motivo: 8 COMPRA PARA REPOSICAO ESTOQUE

Data Solicitud: 11/03/2021
 Data da Impressão:
 Situação: SOLICITADA
 Data Máxima: 10/09/2021
 162916 988

Obs: solicitação de compras quadrimestral

Critico

Kn 16/03

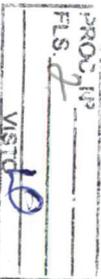
Dados da Solicitação							Dados da Última compra			
Seq	Produto	Clas.ABC	Unidade	Quantidade	Cons. Méd Mensal	Est.Atual	Quantidade	Data	Vlr Unitário	Fornecedor
1	224 ACETILCISTEINA 20MG/ML SOLUCAO ORAL FR 100ML	C	FRASC C/100ML	300,00 <i>250</i>	72,00	0,00	50,00	24/02/2021	5,8100	SUPERMED
Nº Entregas		Período p/ Entrega		Quantidade						
1		10/09/2021 à 10/09/2021		300						

neg 9:00h

Especificação: SOLUCAO ORAL EM FRASCO CONTENDO 100ML DE SOLUCAO DE ACETILCISTEINA 20MG/ML.

Data	Valor Total	Emissor
12 de Março de 2021	1.743,00	
Somatório(Vl.Ult.Real * Qtd Solicitada)		

Observação: O consumo é baseado nos últimos seis meses consolidados



Ord. Compra: 97286 Solicitação: 60160 Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA

Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 24/03/2021

Fornecedor: 93889 MEDICAMENTAL HOSPIT - MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA
CNPJ/CPF: 31.378.288/0001-66 Insc Est.: 797409146110
Endereço: ANHANGUERA DE 0000307,001 A 0000312,200 Nr.: Compl.:
Bairro: PARQUE RESIDENCIAL CAN Cep: 14093500
Cidade: RIBEIRAO PRETO UF: SP Conta: 6158 - 1 Agência: 3370 - 7 Banco: 1
Contato(s):

Telefone Comercial : 5081-3536 RAMAL 3759

E-Mail : VENDASCAP3@MEDICAMENTAL.COM.

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: DEBORÁ ALVES DE ALMEIDA 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: 24/03/2021 à 24/07/2021 Moeda: R\$ -
% Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00
Observação: ID 162916488

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
224 - ACETILCISTEINA 20MG/ML SOLUCAO ORAL FR 100ML	UNIÃO QUÍMICA			FRASC C/100ML	150,0000	8,9800	0,0000	0,00	0,0000	1.347,00
Especificação: SOLUCAO ORAL EM FRASCO CONTENDO 100ML DE SOLUCAO DE ACETILCISTEINA 20MG/ML.										

Nº	Período p/ Entrega	Quantidade
1	20/03/2021 à 20/03/2021	150

Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	1.347,00
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 (=):	1.347,00

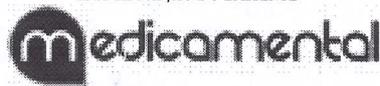
RECEBEMOS DE MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA ABAIXO. EMISSÃO: 24/03/2021 VALOR TOTAL: R\$ 538,80 DESTINATÁRIO: FUNDACAO DO ABC - ESTRADA DOS ALVARENGAS NO, 1001 BAIRRO ALVARENGAS SAO BERNARDO DO CAMPO-SP



NFe N°. 000.067.132
Série 001

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR



MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA

VIA ANHANGUERA, 307 - 950M GP2
CANDIDO PORTINARI - 14093-500
RIBEIRAO PRETO - SP Fone/Fax: 1635054900
www.medicamental.com.br

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
1 - SAÍDA

1

N°. 000.067.132
Série 001
Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO

3521 0331 3782 8800 0166 5500 1000 0671 3211 2771 2151

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 DE MERCADORIA

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135210321112899 - 24/03/2021 17:44:37

INSCRIÇÃO ESTADUAL

797409146110

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ / CPF

31.378.288/0001-66

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL

FUNDACAO DO ABC

CNPJ / CPF

57.571.275/0017-60

DATA DA EMISSÃO

24/03/2021

ENDEREÇO

ESTRADA DOS ALVARENGAS NO, 1001

BAIRRO / DISTRITO

BAIRRO ALVARENGA

CEP

09850-550

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

24/03/2021

MUNICÍPIO

SAO BERNARDO DO CAMPO

UF

SP

FONE / FAX

11435315001864

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA/ENTRADA

18:44:00

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL

FUNDACAO DO ABC

CNPJ / CPF

57.571.275/0017-60

INSCRIÇÃO ESTADUAL

ENDEREÇO

RUA PAULO COPPINI, 035 - PORTAO 2/ ALMOXARIFA

BAIRRO / DISTRITO

DOS CASA

CEP

09850-655

MUNICÍPIO

SAO BERNARDO DO CAMPO

UF

SP

FONE / FAX

1143531500

FATURA / DUPLICATA

Num. 001
Venc. 23/05/2021
Valor R\$ 538,80

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE CÁLC.ICMS	VALOR DO ICMS	VALOR DO ICMS-FCP	BASE CÁLC.ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T.	VALOR ICMS S.T-FCP	TOTAL PRODUTOS
538,80	96,98	0,00	0,00	0,00	0,00	538,80
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL IPI	VALOR IMPORTAÇÃO	TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	538,80

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL

NIKKEY RIO PRETO LOGISTICA E TRANSPORTE LTDA

FRETE POR CONTA

0-Remetente

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CPF

15.066.184/0001-60

ENDEREÇO

RUA IZOLINA PAGANUCCI DA COSTA,895

MUNICÍPIO

SAO JOSE DO RIO PRETO

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

647598751114

QUANTIDADE

2

ESPÉCIE

Volumes

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

12,900

PESO LÍQUIDO

12,900

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
22856	FLUCISTEIN 20MG XPE INF 100 ML/UNIAOQ SIM S- PMC: 28.02 Lote: 2012204 Qtd: 60 Val: 30/04/2022	30049059	000	5102	CX	60	8.9800	538,80	538,80	96,98		18,00	

224

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

Data: 25 MAR 2021

Nome: Diana

Rt: 900

Unidade: HC alves

Visto: _____

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Contribuinte: OC. 97286/
"DESPEZA REALIZADA COM BASE NO CONTRATO DE GESTAO SS No001/2018 COM A PMSBC.
ENTREGAR AMANHÃ 25/03/21 POR FAVOR
HR. 8H AS 16H30 NAO RECEBEM FORA DE HR
Orc 12758161 Fichas 1/2 1 vols, 2/2 1 vols
ATENDIMENTO 16 3505-4900 R: 1605 hospitalar@medicamental.com.br
AFE: AUTORIZ/MS: 1.18507.0
AE: AUTORIZ/MS: 1.18508.3
AFE 1.18.507-0- AE 1.18.508-3 Email do Destinatário: xml@portaldaentrega.com.br
Inf. fisco: Valor Aprox Tributos Federal: R\$ 72,47 Estadual: R\$ 64,66 Municipal: R\$ 0,00 Fonte: IBPT
Regime Especial - 035738/2018 - Portaria CAT no 116/2017
RÔTA: CD SAO PAULO - R 140 - GDE SP

RESERVADO AO FISCO



Emissão 2ª Via

No. compromisso banco
900132793No. compromisso cliente
0000000000000854488Data do Crédito
07/06/2021Valor
538,80

Dados do Remetente

Nome
FUNDAÇÃO DO ABC

CNPJ/CPF

Convênio
0033-0110-004901356489Data da Solicitação
07/06/2021Agência/Conta Corrente
0110 / 000130356088

Dados do Destinatário

Nome
MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDACNPJ/CPF
31.378.288/0001-66Tipo Conta
Conta CorrenteBanco/ISPB
0001/Agência
03370Conta Corrente
000000000000061581Valor
538,80Finalidade
Pagamento de FornecedoresTipo de Serviço
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária
CBD9B7C9F0EC3C0F5AAC27A**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)