



# 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
2º Pedido da Análise Técnica	-	-
2º Retorno da Análise Técnica	-	-

### Documentação de Exclusividade

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>José Ramde Uchoa Jardim Diretor Administrativo Financeiro Gerente de Finanças CHMSBC</p> <p><i>[Assinatura]</i></p>		<p>Letícia Alves de Almeida</p> <p>Ordem de Compra: 24/03/2021</p>

### Autorização - Diretoria Geral do CHMSBC

<p>AUTORIZO a emissão da Ordem de Compra no valor supracitado</p> <p>José Ramde Uchoa Jardim Diretor Administrativo Financeiro CHMSBC</p> <p><i>[Assinatura]</i></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>NÃO AUTORIZO 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

*Deborá*

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 488*

Obs: solicitação de compras quadrimestral

*Critico*

*15h 16/03*

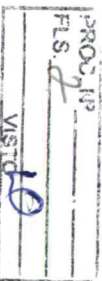
Dados da Solicitação							Dados da Última compra			
Seq	Produto	Clas.ABC	Unidade	Quantidade	Cons. Méd Mensal	Est.Atual	Quantidade	Data	Vlr Unitário	Fornecedor
1	224 ACETILCISTEINA 20MG/ML SOLUCAO ORAL FR 100ML	C	FRASC C/100ML	<i>300,00</i> <i>250</i>	72,00	0,00	50,00	24/02/2021	5,8100	SUPERMED
Nº Entregas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

<b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b>  <b>MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA</b> VIA ANHANGUERA, 307 - 950M GP2 CANDIDO PORTINARI - 14093-500 RIBEIRAO PRETO - SP Fone/Fax: 1635054900 www.medicamental.com.br	<b>DANFE</b> Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA N°. 000.067.132 Série 001 Folha 1/1	
	1	CITAVE 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 <b>VENDE DE MERCADORIA</b>	PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO <b>135210321112899 - 24/03/2021 17:44:37</b>	
INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>797409146110</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT. <b>31.378.288/0001-66</b>	CNPJ / CPF <b>31.378.288/0001-66</b>

<b>DESTINATÁRIO / REMETENTE</b> NOME / RAZÃO SOCIAL <b>FUNDACAO DO ABC</b>	CNPJ / CPF <b>57.571.275/0017-60</b>	DATA DA EMISSÃO <b>24/03/2021</b>
ENDEREÇO <b>ESTRADA DOS ALVARENGAS NO, 1001</b>	BAIRRO / DISTRITO <b>BAIRRO ALVARENGA</b>	CEP <b>09850-550</b>
MUNICÍPIO <b>SAO BERNARDO DO CAMPO</b>	UF <b>SP</b>	FONE / FAX <b>11435315001864</b>
	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA/ENTRADA <b>18:44:00</b>

<b>INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA</b> NOME / RAZÃO SOCIAL <b>FUNDACAO DO ABC</b>	CNPJ / CPF <b>57.571.275/0017-60</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ENDEREÇO <b>RUA PAULO COPPINI, 035 - PORTAO 2/ ALMOXARIFA</b>	BAIRRO / DISTRITO <b>DOS CASA</b>	CEP <b>09850-655</b>
MUNICÍPIO <b>SAO BERNARDO DO CAMPO</b>	UF <b>SP</b>	FONE / FAX <b>1143531500</b>

<b>FATURA / DUPLICATA</b>
Num. <b>001</b>
Venc. <b>23/05/2021</b>
Valor <b>R\$ 538,80</b>

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
<b>538,80</b>	<b>96,98</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>538,80</b>
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL IPI	VALOR IMPORTAÇÃO	TOTAL DA NOTA
<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>0,00</b>	<b>538,80</b>

<b>TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS</b> NOME / RAZÃO SOCIAL <b>NIKEY RIO PRETO LOGISTICA E TRANSPORTE LTDA</b>	FRETE POR CONTA <b>0-Remetente</b>	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF <b>15.066.184/0001-60</b>
ENDEREÇO <b>RUA IZOLINA PAGANUCCI DA COSTA,895</b>	MUNICÍPIO <b>SAO JOSE DO RIO PRETO</b>	UF <b>SP</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>647598751114</b>		
QUANTIDADE <b>2</b>	ESPÉCIE <b>Volumes</b>	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO <b>12,900</b>	PESO LÍQUIDO <b>12,900</b>

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	
<b>CHMSBC</b> <b>TERMO DE RECEBIMENTO</b> Recebi em ordem o(os) material(is) discriminados na presente nota Data: <b>25 MAR 2021</b> Nome: <u>Diana</u> Rt: <u>900</u> Unidade: <u>HC alves</u> Visto: _____													

<b>DADOS ADICIONAIS</b> <b>INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES</b> Inf. Contribuinte: OC. 97286/ "DESPESA 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 RÓTA: CD SAO PAULO - R 140 - GDE SP	<b>RESERVADO AO FISCO</b>
--	---------------------------



## 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)