

**SUMÁRIO****Descrição dos Produtos/Serviços**

AQUISIÇÃO DE DEXCLORFENIRAMINA 2MG/5ML SOLUÇÃO ORAL FRASCO 100ML

Processo	Data Abertura	Data Emissão	Folha
60167/2021 - CHMSBC	11/03/2021	19/03/2021	1

*Pa*

Serviço	Não Padrão	Reposição de estoque
-	-	-

MV	BIONEXO
-	162919442

Orçamento Referência

Mapa Comparativo

1º Pedido de Análise Técnica	Dt	Fls.
1º Retorno de Análise Técnica	Planilha	08

Valor Final

2º Pedido da Análise Técnica	Dt	Fls.
2º Retorno da Análise Técnica	-	-

Negociação

Documentação de Exclusividade

Variação Última Compra

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
07	01	01	00	00	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
-	-	-	-	-	-	-	-	-

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

Solicitado aos fornecedores a redução dos valores ofertados, sem sucesso (fls. 04 a 06)

Fornecedores		Valor Total	Cond. Pagto
1	Soma/SP Produtos Hospitalares Ltda	R\$ 216,00	28 dias
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Justificativa de Urgência	Sim	Não	Folhas
-	-	-	-

**Aprovação**

 Tiago Ferreira Nascimento Gerente de Compras e Contratos CHMSBC Depto. Compras	 Ana Paula Ribeiro Advogada CHMSBC 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: 25/03/2021

**Autorização - Diretoria Geral do CHMSBC**

<b>AUTORIZO</b> a emissão da Ordem de Compra no valor supracitado  José Ramde Uchoa Jardim Diretor Administrativo Financeiro 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.	<b>NÃO AUTORIZO</b> a despesa pretendida/Solicito o cancelamento do processo
--	---	---

**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

Manuscrito

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

Solicitação: 60167  
 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

Obs: solicitação de compras quadrimestral

ID 102919462

Seq	Produto	Dados da Solicitação		Quantidade	Cons. Méd Mensal	Est. Atual	Dados da Última compra	
		Clas. ABC	Unidade				Data	Vlr Unitário
1	4307 DEXCLORFENIRAMINA 2MG/5ML SOLUCAO ORAL FR 100ML	C	FRASC C/100ML	150,00	43,00	120,00	11/03/2021	1,2000 SOMA/SP
Nº Entregas				1	Quantidade	150		
				10/09/2021 à 10/09/2021	Quantidade	150		

Especificação: SOLUCAO ORAL, FRASCO CONTENDO 100ML DE SOLUCAO DE MALEATO DE DEXCLORFENIRAMINA 0,4MG/ML.

12 de Março de 2021  
 Valor Total 180,00  
 Somatório(Vl.Ult.Real \* Qtd Solicitada)

Emissor

Observação: O consumo é baseado nos últimos seis meses consolidados

PROC. Nº 60167  
 FLS 02  
 VISTO



Ord. Compra: 97397      Solicitação: 60167      Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA  
Nº Processo:      Situação:      ABERTA      Dt Ord. Compra: 25/03/2021  
Fornecedor: 3110 SOMA/SP      - SOMA/SP PRODUTOS HOSPITALARES LTDA  
CNPJ/CPF: 05.847.630/0001-10      Insc Est.:  
Endereço: FLAQUER DE 691 A 99998      Nr.: 869      Compl.:  
Bairro: VILA EUCLIDES      Cep: 09725443  
Cidade: SAO BERNARDO DO CAMP      UF: SP      Conta: 105047 - 8 Agência: 3415 - 0 Banco: 1  
Contato(s): CARLOS EDUARDO  
E-Mail : TELEVENDAS1.SP@DIMACISP.COM.B  
Telefone Comercial : 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: MARCIO DA SILVA FARIA      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.: 6      Desc. Condição de Pgto.: 28 DIAS  
Período p/ Entrega: 10/09/2021 à 25/09/2021      Moeda: R\$ -  
% Desc: 0,00      VI Desc: 0,00      VI ICMS: 0,00  
Observação: ID 162919442

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
4307 - DEXCLORFENIRAMINA 2MG/5ML SOLUCAO ORAL FR 100ML	FARMACE			FRASC C/100ML	180,0000	1,2000	0,0000	0,00	0,0000	216,00
Especificação: SOLUCAO ORAL, FRASCO CONTENDO 100ML DE SOLUCAO DE MALEATO DE DEXCLORFENIRAMINA 0,4MG/ML.										

Nº	Período p/ Entrega	Quantidade
1	10/09/2021 à 10/09/2021	180

Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	216,00
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 (=):	216,00



 Estrada Samuel Aizemberg, 1100 - Alves Dias - 09.851-550 São Bernardo do Campo - SP Fone/Fax: (11) 4122-9800 CNPJ: 05.847.630/0001-10 Insc. Est.: 635.487.579.110 Insc. Estadual Sub. Tributário:	DANFE Documento Auxiliar de Nota Fiscal Eletrônica 1-Saída <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">1</span> 2-Entrada No. 165862 Série 1	 Chave de Acesso 3521.0305.8476.3000.0110.5500.1000.1658.6210.0296.4620 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 135210325948813

DESTINATÁRIO / REMETENTE		CNPJ / CPF	Data Emissão
Razão Social FUNDAÇÃO DO ABC		57.571.275/0017-60	25/03/2021
Endereço EST DOS ALVARENGAS 1001		Bairro Distrito BAIRRO ALVARENGA	CEP 09.850-550
Município SÃO BERNARDO DO CAMPO	Fone/Fax	UF SP	Inscrição Estadual ISENTO
			Hora de Entrada/Saída

FATURA/ DUPLICATA	165862-A										
	20/05/2021										
	2.653,90										

DADOS DO PEDIDO		DADOS BANCÁRIOS	
Número 266121	Empenho:	Vendedor: 17	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	
		2.653,90		440,87		0,00		0,00		2.653,90	
Valor do Frete	0,00	Valor do Seguro	0,00	Valor do Desconto	0,00	Outras Despesas Acessórias	0,00	Valor do IPI	0,00	Valor aprox de Tributos	649,50
										Valor Total da Nota	2.653,90

TRANSPORTADOR VOLUMES TRANSPORTADOS		Razão Social SOMA/SP PRODUTOS HOSPITALARES LTDA	Frete por Conta 3-Próprio Remetente	Código ANTT	Placa do Veículo	UF:	CNPJ / CPF 05.847.630/0001-10
Endereço EST SAMUEL AIZEMBERG 1100		Município SÃO BERNARDO DO CAMPO		UF: SP		Inscrição Estadual 635.487.579.110	
Quantidade / Volumes 6	Espécie	Marca	Numeração	Peso Bruto (Kg) 25,000	Peso Líquido (Kg) 25,000	Cubagem Total 0,020	

ENDEREÇO DE ENTREGA		Complemento	Referência	Bairro Distrito	CEP
Endereço R PAULO COPINI 35		PORTAO 2	ROTA 8	BAIRRO DOS CASA	09.850-655
Município SÃO BERNARDO DO CAMPO			UF: SP		

Cód.	Descrição dos Produtos / Serviços	NCM-SH	CST	CFOP	Un	Qtde	Vlr. Unitario	Vlr. Total	BC.ICMS	Vlr. ICMS	Vlr. IPI	IPI	ICMS
41700	DEXCLORFENIRAMINA LIQ 100ML (G) FARMACE Lote: MD20L383 26/11/2022 Fabr.: 25/11/2020 Cod.Fabr.: 41700 Reg. MS: 1108500360021 Cod.EAN13: 7898166041295 Decr: 55 Trib. Aprox RS: 29.05.Federal e 0.00 Estadual.Fonte:IBPT	30049069	000	5102	FRC	180	1,20000	216,00	216,00	25,92	0,00	0	12,00
3840	LORAZEPAM 2MG CP (G) EMS PORT. 344/98 (B1) Lote: 2C0724 18/12/2022 Fabr.: 18/12/2020 Cod.Fabr.: 11060 Reg. MS: 1023504980127 Cod.EAN13: SEM GTIN Decr: 55 Trib. Aprox RS: 24.48.Federal e 21.84 Estadual.Fonte:IBPT	30049099	000	5102	CP	2.000	0,09100	182,00	182,00	21,84	0,00	0	12,00
2107	METRONIDAZOL 250MG CP (G) PRATI. Lote: 20H70C 30/07/2022 Fabr.: 30/07/2020 Cod.Fabr.: 2107 Reg. MS: 1256801820034 Cod.EAN13: 7898148294459 Decr: 55 Trib. Aprox RS: 12.23.Federal e 10.91 Estadual.Fonte:IBPT	30049066	000	5102	CP	600	0,15150	90,90	90,90	10,91	0,00	0	12,00
57642	SACARATO HIDROX FERRICO 100MG/SML AMP FERROPURUM BLAU FARMACEUTICA Lote: 20120380 03/12/2022 Fabr.: 03/12/2020 Cod.Fabr.: 57642 Reg. MS: 1163701380039 Cod.EAN13: Trib. Aprox RS: 274.38.Federal e 244.80 Estadual.Fonte:IBPT	30049099	000	5102	AMP	200	10,20000	2.040,00	2.040,00	367,20	0,00	0	18,00
2948	TIAMINA 300MG CP (G) HIPOLABOR Lote: 0523/20 30/04/2022 Fabr.: 02/05/2020 Cod.Fabr.: 10020012 Reg. MS: 1134301700024 Cod.EAN13: SEM GTIN Decr: 55 Trib. Aprox RS: 16.81.Federal e 15.00 Estadual.Fonte:IBPT	30049099	000	5102	CP	500	0,25000	125,00	125,00	15,00	0,00	0	12,00

**CONFIRA OS PRODUTOS**  
**NÃO ACEITAMOS RECLAMAÇÕES**  
**APÓS ASSINATURA DO CANHOTO**

P8

DADOS ADICIONAIS Informações complementares OC.: 93599, 94359, 95393, 96948, 97397. Despesa realizada com base no contrato de gestão SS nº 001.2018 com a PMSBC. Decretos: 14: ICMS 12% CONF. ART 54 INCISO XIX RICMS/SP ACRESCENTADO PELA LEI N 16.005/2015 (NR)	Reservado ao Fisco <b>CHMSBC</b> <b>TERMO DE RECEBIMENTO</b> Recebi em ordem o(os) material(is) discriminados na presente nota Data: <b>26 MAR 2021</b> Nome: _____ RE: _____ Unidade: _____ Visto: _____
--	--



## Extrato de Pagamentos

Pagamento a Fornecedores

**FUNDACAO DO ABC** Agência: 0110 Conta Corrente: 130107688

**Convênio:** 0033-0110-004901356489

**Conta de Débito:** 0110-000130356088

**Ordem de Apresentação:** Forma de Pagamento

**Quantidade:** 1

**Período da Pesquisa:** 31/05/2021 - 31/05/2021

**Valor Total:** R\$ 2.653,90

## TED CIP

Favorecido	CNPJ/CPF/ Código Favorecido	No. compromisso Cliente	No. compromisso Banco	Valor R\$	Data do Pagamento	Tipo de Pagamento	Liberação	Identificação	Autenticação
SOMA/SP PRODUTOS HOSPITALARES	05.847.630/0001-10	00000000000000854491	900131997	2.653,90	31/05/2021	TED CIP	MPPUTINI 31/05/2021	BCO: 0001 AG: 3415 CONTA: 0001050478 COD.ISPB:	CBD9B7C0327096C6E0A0891
<b>Total</b>				2.653,90					1 Pagamentos

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