



SUMÁRIO

Descrição dos Produtos/Serviços

AQUISIÇÃO DE AMICACINA

Serviço	Não Padrão	Reposição de estoque
-	-	-

Orçamento Referência	-	Fls.
	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	-	-
-------------------------------	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

	-	-
--	---	---

Processo	Data Abertura	Data Emissão	Folha
60784/2021 CSSBC	30/03/2021	14/04/2021	1

MV	BIONEXO
-	166091175

Mapa Comparativo	Fls.
	03

Valor Final	R\$	5.760,00	06
-------------	-----	----------	----

Negociação	R\$	97,80	-1,66%	05
------------	-----	-------	--------	----

Varição Última Compra	-4,19%	06
-----------------------	--------	----

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 CSSBC	Não atinge faturamento mínimo	Não tem o produto disponível	Somente pago antecipado	Validade do produto menor do que a exigida	Não atende as especificações técnicas	Documentação Irregular ou Incompleta	Marca reprovada
-	-	-	-	-	-	-	-	-

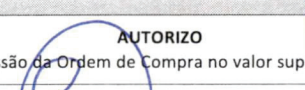
Justificativas Para Desclassificação de Fornecedores / Negociações / Critérios de Desempate / Variação de preço

Fornecedores	Valor Total	Cond. Pagto
1 MEDICAMENTAL	R\$ 5.760,00	60 DIAS
2		
3		
4		
5		
6		
7		

Justificativa de Urgência	Sim	Não	Folhas
-	-	X	-

Aprovação		
Henrique Madureira Coordenador de Compras e Contratos CHMSBC 1504/21	Ana Paula Ribeiro Advogada CHMSBC	
Depto. Compras	Depto. Jurídico	Comissão de Análise e Julgamento

Reserva Financeira Realizada no Montante Supracitado	Observações	Emissão
José Benedito da Silva Jardim Chefe Administrativo Financeiro CHMSBC		Ordem de Compra 15704/2021
Gerência de Finanças		

Autorização - Diretoria Geral do CSSBC		
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
 José Benedito da Silva Jardim Chefe Administrativo Financeiro		

COMPLEXO DE SAÚDE 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

Página: 1 / 1
Emitido por: CAIQUE.SILVA
Em: 30/03/2021 17:53

Solicitação: 60784
Solicitante: FABIO.GODOY
Setor: 561 CENTRO DE DISTRIBUICAO
Motivo: 8 COMPRA PARA REPOSICAO ESTOQUE

Data Solic.: 30/03/2021
Data da Impressão:
Situação: SOLICITADA

Data Máxima: 30/09/2021

166091175

08/04

Obs: solicitação de compras quadrimestral

Dados da Solicitação						Dados da Última compra			
Seq	Produto	Clas.ABC	Unidade	Quantidade	Cons. Méd Mensal	Est.Atual	Quantidade	Data	Vlr Unitário Fornecedor
1	704 AMICACINA 500MG AMPOLA 2ML	C	AMP C/2ML	3.000,00	648,00	900,00	1.200,00	26/03/2021	2,0040 ANBIOTON

Nº Entregas 1 Período p/ Entrega 30/09/2021 à 30/09/2021 Quantidade 3000

Especificação: SOLUCAO INJETAVEL, AMPOLA CONTENDO 2ML DE SOLUCAO DE SULFATO DE AMICACINA 250MG/ML.

Data

Valor Total

Emissor

30 de Março de 2021

6.012,00

Somatório(Vl.Ult.Real * Qtd Solicitada)

Observação: O consumo é baseado nos últimos seis meses consolidados

FLS: 02
Visto

PROC. Nº: 19
FLS.:
Visto

ORDEM DE COMPRA 98025

Jonathan Anthony dos Santos Rodriguez <Jonathan.Rodriguez@chmsbc.org.br>

Qui, 15/04/2021 17:40

Para: Daniela Adario <vendascap10@medicamental.com.br>

Cc: Planejamento Programação e Contr Produção <pcp@cssbc.org.br>; Recebimento Almoxarifado <recebimento@chmsbc.org.br>; Fabio Sezefredo Godoy <fabio.godoy@chmsbc.org.br>

 1 anexos (18 KB)

98025 - MEDICAMENTAL.pdf;

Boa tarde

"Segue Ordem de Compra nº 98025 e Condições de Fornecimento para o CHMSBC. As entregas serão realizadas conforme Programação do PCP (Necessário disponibilidade imediata em estoque da 1ª parcela).

Informar na NF: produto, marca, lote, validade, embalagem, registro Anvisa e CNPJ do Fabricante.

Informar também na NF: Nº da OC, dados bancários e a frase "Despesa realizada com base no C. Gestão SS nº 001/18 com a PMSBC".

Pagamento por meio de depósito em C/C. Prazo mínimo de 60 dias a contar da entrega. As NFs deverão ser emitidas por Unidade do CHMSBC (57.571.275/0017-60)

"Quanto ao prazo de pagamento acordado na Ordem de Compra em anexo, informamos que o Complexo Hospitalar Municipal de São Bernardo do Campo, realiza os pagamentos aos seus fornecedores em datas fixas, sendo todo dia 07, 14, 21 ou 28. Abaixo segue orientações e exemplificações quanto ao fluxo:

1 – Toda Nota Fiscal terá seu vencimento apurado com base na “data de entrada”.

Exemplo: Nota fiscal com prazo de pagamento de 30 (trinta) dias, emitida em 01/09/2019 e recebida no CD do Complexo em 02/09/2019, contaremos os 30 (trinta) dias para vencimento a partir do recebimento do produto na Unidade (data de entrada).

2 – Formas de Pagamentos – Sistema de Datas Fixas Mensais

Para pagamento, seguiremos a contagem do vencimento a partir da data de recebimento do produto na unidade (data de entrada), após a data calculada, procederemos o pagamento nas datas fixas (07, 14, 21 ou 28), onde o mesmo será efetuado na data fixa mais próxima ao vencimento calculado.

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."

"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

Ord. Compra: 98025 Solicitação: 60784 Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA
Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 15/04/2021
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: CAIQUE.SILVA 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: 15/04/2021 à 15/10/2021 Moeda: R\$ -
% Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00
Observação: PC 60784 2021
ID 166091175

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
704 - AMICACINA 500MG	TEUTO			AMP	3.000,0000	1,9200	0,0000	0,00	0,0000	5.760,00
AMPOLA 2ML				C/2ML						

Especificação: SOLUCAO INJETAVEL, AMPOLA CONTENDO 2ML DE SOLUCAO DE SULFATO DE AMICACINA 250MG/ML.

Nº	Período p/ Entrega	Quantidade
1	30/09/2021 à 30/09/2021	3000

Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	5.760,00
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 (=):	5.760,00