



Pco

# CRÍTICO

Processo	Data Abertura	Data Emissão	Folha
61162/2021 CHMSBC	13/04/2021	22/04/2021	1

## SUMÁRIO

### Descrição dos Produtos/Serviços

FLUCONAZOL 150MG COMP/CÁPSULA

Serviço	Não Padrão	Reposição de estoque
-	-	X

MV	BIONEXO
-	167506642

Orçamento Referência	R\$	Fls.
-	-	-

Mapa Comparativo	Fls.
-	3

1º Pedido de Análise Técnica	Dt	Fls.
22/04/2021	07	-

Valor Final	R\$	Fls.
108,72	5 E 6	-

1º Retorno de Análise Técnica	Dt	Fls.
22/04/2021	07	-

Negociação	%	Fls.
0,00%	4 E 5	-

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

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

Varição Última Compra	%	Fls.
-9,40%	5 E 6	-

Documentação de Exclusividade	Fls.
-	-

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
5	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
-	-	-	-	-	-	-	-	-

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

Relatório das propostas comerciais encaminhadas pelas empresas do ramo em (fls.)03.

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

Relatório em (fls.) 08 demonstrando que 200 fornecedores visualizaram a pesquisa de mercado, porém somente 05 responderam a cotação.

Fornecedores		Valor Total	Cond. Pagto
1	SOMA/SP PRODUTOS HOSPITALARES LTDA	R\$ 108,72	28 DIAS
2			

Justificativa de Urgência	Sim	Não	Folhas
-	-	X	-

### Aprovação

Henrique Madureira Coordenador de Compras e Contratos CHMSBC 23.04.21	Ana Paula Ribeiro Advogada CHMSBC	
Depto. Compras	Depto. Jurídico	Comissão de Análise e Julgamento

### Reserva Financeira Realizada no Montante Supracitado

Reserva Financeira Realizada no Montante Supracitado	Observações	Emissão
José Ramde Uchoa Jardim Diretor Administrativo Financeiro CHMSBC		Helena Alves de Almeida
Gerência de Finanças		Ordem de Compra: 27042021

### Autorização - Diretoria Geral do CHMSBC

AUTORIZO		NÃO 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.	a despesa pretendida/Solicito o cancelamento do processo
Dra. Agnes M. F. Ferrão Diretora Geral CHMSBC		

### 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

Página: 1 / 1  
 Emitido por: CAIQUE.SILVA  
 Em: 14/04/2021 14:19

Solicitação: 61162  
 Solicitante: FABIO.GODOY  
 Setor: 561 CENTRO DE DISTRIBUICAO  
 Motivo: 8 COMPRA PARA REPOSICAO ESTOQUE

Data Solicitud: 13/04/2021  
 Data da Impressão:  
 Situação: SOLICITADA

Data Máxima: 13/10/2021

167506642

*Critico*

Obs: solicitação de compras quadrimestral

Seq	Produto	Dados da Solicitação			Dados da Última compra					
		Clas.ABC	Unidade	Quantidade	Cons. Méd Mensal	Est.Atual	Quantidade	Data	Vlr Unitário	Fornecedor
1	417 FLUCONAZOL 150MG COMP/CÁPSULA	C	COMP C/ 150MG	300,00	117,00	0,00	300	14/01/2021	0,4050	SOMA/SP
Nº Entregas		1	Período p/ Entrega 13/10/2021 à 13/10/2021	300	Quantidade					

*neg 17h.*

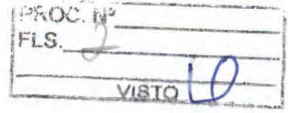
Especificação: CAPSULA OU COMPRIMIDO EM BLISTER CONTENDO 150MG DE FLUCONAZOL.

*Anoelin*

\_\_\_\_ Data \_\_\_\_ Valor Total 121,50 Emissor \_\_\_\_

14 de Abril de 2021 Somatório(Vl.Ult.Real \* Qty Solicitada)

Observação: O consumo é baseado nos últimos seis meses consolidados



Ord. Compra: 98369      Solicitação: 61162      Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA

Nº Processo:      Situação:      ABERTA Dt Ord. Compra: 27/04/2021

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.: 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.: 6      Desc. Condição de Pgto.: 28 DIAS  
 Período p/ Entrega: 27/04/2021 à 27/08/2021      Moeda: R\$ -  
 % Desc: 0,00      VI Desc: 0,00      VI ICMS: 0,00  
 Observação: ID 167506642

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
417 - FLUCONAZOL 150MG COMP/CÁPSULA	MED QUIMICA			COMP C/ 150MG	300,0000	0,3624	0,0000	0,00	0,0000	108,72
Especificação: CAPSULA OU COMPRIMIDO EM BLISTER CONTENDO 150MG DE FLUCONAZOL.										

Nº	Período p/ Entrega	Quantidade
1	13/10/2021 à 13/10/2021	300

Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	108,72
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
<b>Valor Total (=):</b>	<b>108,72</b>



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  
 2-Entrada  
 No. 168233  
 Série 1



Chave de Acesso  
 3521.0405.8476.3000.0110.5500.1000.1682.3310.0301.2880

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  
 135210466965886

DESTINATÁRIO/REMETENTE

Razão Social FUNDACAO DO ABC		CNPJ / CPF 57.571.275/0017-60		Data Emissão 29/04/2021
Endereço EST DOS ALVARENGAS		Bairro Distrito BAIRRO ALVARENGA		Data Entrada/Saída
Município SAO BERNARDO DO CAMPO		UF SP		Inscrição Estadual ISENTO

FATURA/ DUPLICATA

168233-A									
28/05/2021									
1.190,80									

DADOS DO PEDIDO

Número 269084	Empenho:	Vendedor: 17	DADOS BANCÁRIOS Deposito Conta
------------------	----------	-----------------	-----------------------------------

CÁLCULO DO IMPOSTO

Base de Cálculo do ICMS 1.190,80	Valor do ICMS 203,18	Base de Cálculo do ICMS Substituição 0,00	Valor do ICMS Substituição 0,00	Valor Total dos Produtos 1.190,80
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 250,69	Valor Total da Nota 1.190,80

TRANSPORTADOR VOLUMES TRANSPORTADOS

Razão Social SOMA/SP PRODUTOS HOSPITALARES LTDA	Frete por Conta 3-Próprio Remetente	Código ANTT	Placa do Veículo	UF: SP	CNPJ / CPF 05.847.630/0001-10
Endereço EST SAMUEL AIZEMBERG	Município SAO BERNARDO DO CAMPO				Inscrição Estadual 635.487.579.110
Quantidade / Volumes 3	Espécie	Marca	Numeração	Peso Bruto (Kg) 15,000	Peso Líquido (Kg) 15,000

ENDEREÇO DE ENTREGA

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

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

Cód.	Descrição dos Produtos / Serviços	NCM-SH	CST	CFOP	Un	Qtde	Vlr. Unitario	Vlr. Total	BC.ICMS	Vlr. ICMS	Vlr. IPI	IPI	ICMS
53937	ADAPTADOR P/ FRASCO UNIVERSAL (ADA 02) LA VITA TKL Lote: KLADA02-200523 22/05/2025 Fabr.: 23/05/2020 Cod.Fabr.: 53937 Rex. MS: 80288090076 Cod.EAN13: Trib. Aprox RS: 104,56.Federal e 119,04 Estadual.Fonte:IBPT.	90189099	200	5102	UN	2.000	0,49600	992,00	992,00	178,56	0,00	0	18,00
3327	ALOPURINOL 100MG CP (G) PRATI Lote: 20LS37 09/11/2022 Fabr.: 19/11/2020 Cod.Fabr.: 3327 Rex. MS: 1256801910033 Cod.EAN13: 7899547503869 Decr: 55 Trib. Aprox RS: 10,39.Federal e 0,00 Estadual.Fonte:IBPT.	30049069	000	5102	CP	600	0,12880	77,28	77,28	9,27	0,00	0	12,00
44385	FLUCONAZOL 150MG CAPS (G) MEDQUIMICA Lote: O02984 09/09/2022 Fabr.: 05/09/2020 Cod.Fabr.: 416956 Rex. MS: 1091700980031 Cod.EAN13: SEM GTIN Decr: 55 Trib. Aprox RS: 14,62.Federal e 0,00 Estadual.Fonte:IBPT.	30039089	000	5102	CPS	300	0,36240	108,72	108,72	13,05	0,00	0	12,00
56073	SONDA URETRAL NR.20 PGC COM 2 ORIFICIOS LATERAIS PECA MARK MED Lote: 15077 04/04/2024 Fabr.: 13/04/2020 Cod.Fabr.: 56073 Rex. MS: 10207820014 Cod.EAN13: Trib. Aprox RS: 0,54.Federal e 1,54 Estadual.Fonte:IBPT.	90183929	000	5102	PC	20	0,64000	12,80	12,80	2,30	0,00	0	18,00

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

P15

DADOS ADICIONAIS

Informações complementares  
 OC: 96086, 98359, 98369 e 98403. 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 Nº 16.005/2015 (NR)  
 Obs.Fiscal:  
 |Alíquota 0% de PIS e COFINS cf. artigo 1º - anexo III - Decreto 6.426 de 07 de abril 2008

Reservado ao Fisco CHMSBC  
**TERMO DE RECEBIMENTO**  
 Recebi em ordem o(s) material(is)  
 discriminados na presente nota

Data: 30 ABR 2021  
 Nome: [Assinatura]  
 RE: [Assinatura]  
 Unidade: [Assinatura]  
 Visto: [Assinatura]



Convênio: 0033-0110-004901356489  
 Conta de Débito: 0110-000130356088  
 Ordem de Apresentação: Forma de Pagamento  
 Quantidade: 1

Período da Pesquisa: 02/06/2021 - 02/06/2021  
 Valor Total: R\$ 1.190,80

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	00000000000000860185	900132472	1.190,80	02/06/2021	TED CIP	MMLEU 02/06/2021	BCO: 0001 AG: 3415 CONTA: 0001050478 COD.ISPB: CBD9B7CDEC7979C1F17FCAF	
Total					1.190,80					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)