



URGENTE

Processo	Data Abertura	Data Emissão	Folha
61390/2021 CHMSBC	20/04/2021	26/04/2021	1

SUMÁRIO

Descrição dos Produtos/Serviços
SUXAMETONIO 500MG FA

Serviço	Não Padrão	Reposição de estoque
-	-	X
		R\$ Fls.
Orçamento Referência	-	-
		Dt Fls.
1º Pedido de Análise Técnica	PLANILHA	10
1º Retorno de Análise Técnica	PLANILHA	10
		Dt Fls.
2º Pedido da Análise Técnica	-	-
2º Retorno da Análise Técnica	-	-
		Fls.
Documentação de Exclusividade	-	-

MV	BIONEXO
-	168410708

Mapa Comparativo	Fls.
	05 E 06

Valor Final	R\$	Fls.
	6.910,00	9

Negociação		Fls.
	0,00%	7 E 8

Varição Última Compra	Fls.
-42,32%	9

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
3	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.)05/06.
Aberta negociação para melhora dos valores ofertados e condição de pagamento, (fls.) 07/08.
Relatório em (fls.) 11 demonstrando que 200 fornecedores visualizaram a pesquisa de mercado, porém somente 03 responderam a cotação.
Consta variação de -42,32% referente a última aquisição devido ao desconto concedido.

Fornecedores		Valor Total	Cond. Pagto
1	SOMA/SP PRODUTOS HOSPITALARES LTDA	R\$ 6.910,00	28 DIAS
2			

Justificativa de Urgência	Sim	Não	Folhas
	X	-	3 E 4

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

Reserva Financeira Realizada no Montante Supracitado	Observações	Emissão
José Ramde Uchoa Jardim Diretor Administrativo Financeiro CHMSBC		Ulisses Alves de Almeida
Diretoria Financeira		Ordem de Compra: 28/04/2021

Autorização - Diretoria Geral do CHMSBC		
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
Dra. Agnes M. F. Ferrari Diretora Geral CHMSBC		

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: 20/04/2021 17:26

Solicitação: 61390
 Solicitante: FABIO GODOY
 Setor: 561 CENTRO DE DISTRIBUICAO
 Motivo: 42 PROBLEMAS C/ FORNECEDOR

Data Solicitud: 20/04/2021
 Data da Impressão:
 Situação: SOLICITADA

Data Máxima: 21/04/2021

URGENTE!

26/04 0090
 168410308

Obs: STOCK MED NÃO CUMPRIU COM O ACORDADO EM OC REFERENTE CONDIÇÃO DE PAGAMENTO

Seq	Produto	Dados da Solicitação			Dados da Última compra					
		Clas.ABC	Unidade	Quantidade	Cons. Méd Mensal	Est.Atual	Quantidade	Data	Vir Unitário	Fornecedor
1	1153 SUXAMETONIO 500MG FA	C	FA500MG	200,00	51,00	0,00	200,00	17/03/2021	28,1000	MCW

Especificação: PO LIOFILO INJETAVEL CONTENDO 500MG DE SUXAMETONIO, FRASCO AMPOLA.

meq 11h

Valor Total _____ Emissor _____

20 de Abril de 2021 5.620,00

Somatório(Vi.Ult.Real * Qty Solicitada)

Observação: O consumo é baseado nos últimos seis meses consolidados

PROC. Nº _____
 FLS. 2
 VISTO

Ord. Compra: 98423 Solicitação: 61390

Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA

PROC. Nº	
FLS.	00
VISTO	

Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 28/04/2021

Fornecedor: 12302 SOMA/MG
 CNPJ/CPF: 12.927.876/0001-67
 Endereço: EST PEDRO ROSA DA SILVA
 Bairro: RESIDENCIAL PARK
 Cidade: EXTREMA
 Contato(s):

- SOMA/MG PRODUTOS HOSPITALARES LTDA
 Insc Est.:
 Cep: 37640000
 UF: MG Conta: 5240 - X Agência: 3415 - 0 Banco: 1

Nr.: 515 Compl.:

E-Mail: TELEVENDAS1.SP@DIMACISP.COM.B

Telefone Comercial: (11)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.: ISENTA
 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: 28/04/2021 à 28/08/2021 Moeda: R\$ -
 % Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00
 Observação: ID 168410708

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
1153 - SUXAMETONIO 500MG FA	BLAU			FA500MG	200,0000	34,5500	0,0000	0,00	0,0000	6.910,00

Especificação: PO LIOFILO INJETAVEL CONTENDO 500MG DE SUXAMETONIO, FRASCO AMPOLA.
 Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	6.910,00
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 (=):	6.910,00



8561000004-6 15180099891-7 21040043197-4 53520210409-2



Estrada Pedro Rosa da Silva, 515 Residencial Park
37.640-000 Extrema - MG Fone/Fax: (35) 3435-7750
CNPJ: 12.927.876/0001-67 Insc. Est.: 001698647.00-45
Insc. Estadual Sub. Tributário:

DANFE
Documento Auxiliar de
Nota Fiscal Eletrônica
1-Saída 1
2-Entrada
No. 226597
Série 1



Chave de Acesso
3121.0412.9278.7600.0167.5500.1000.2265.9710.0411.8278

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

Protocolo de autorização de uso
131214136003274

Natureza Operação:
Venda de mercadoria adquirida ou recebida de terceiros

DESTINATÁRIO/REMETENTE		CNPJ / CPF	Data Emissão
Razão Social FUNIDACAO DO ABC		57.571.275/0017-60	29/04/2021
Endereço		Bairro Distrito	CEP
EST DOS ALVARENGAS		1001 COMPLEXO HC ASSUNCAO	09.850-550
Município	Fone/Fax	UF	Inscrição Estadual
SAO BERNARDO DO CAMPO		SP	ISENTO

FATURA / DUPLICATA										
226597-A										
28/05/2021										
6.919,59										

DADOS DO PEDIDO		DADOS BANCÁRIOS	
Número	Empenho:	Vendedor:	Deposito Conta
318344		58	

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	
6.919,59		830,35		0,00		0,00		0,00		6.919,59	
Valor do Frete		Valor do Seguro		Valor do Desconto		Outras Despesas Acessórias		Valor do IPI		Valor aprox de Tributos	
0,00		0,00		0,00		0,00		0,00		2,44	
										Valor Total da Nota	
										6.919,59	

TRANSPORTADOR VOLUMES TRANSPORTADOS		Frete por Conta		Código ANTT		Placa do Veículo		UF:		CNPJ / CPF	
Razão Social SOMA/MG PRODUTOS HOSPITALARES LTDA		0-Remetente (CIF)						MG		12.927.876/0001-67	
Endereço		Município		UF:		Inscrição Estadual					
ESTRADA PEDRO ROSA DA SILVA		EXTREMA		MG		001698647.00-45					
Quantidade / Volumens		Especie		Marca		Numeração		Peso Bruto (Kg)		Peso Líquido (Kg)	
3								6,000		6,000	
										Cubagem Total	
										0,000	

ENDEREÇO DE ENTREGA		Complemento		Bairro Distrito		CEP	
Endereço		PORTAO 02		BAIRRO DOS CASA		09.850-655	
RUA PAULO COPINI		35					
Município		UF:					
SAO BERNARDO DO CAMPO		SP					

Cód.	Descrição dos Produtos / Serviços	NCM-SH	CST	CFOP	Un	Qtde	Vlr. Unitario	Vlr. Total	BC ICMS	Vlr. ICMS	Vlr. IPI	IPI	ICMS
3514	PLABEL 10MG CP (METOCLOPRAMIDA) BELFAR Lote: 050277 30/05/2022 Fabr.: 30/05/2020 Cod.Fabr.: 3514 Reg. MS: 1057100860035 Cod.EAN13: Trib. Aprox. RS, J.29.Federal e I.J.5.Estadual Fonte:IBPT.	30049041	000	6102	CP	100	0,09590	9,59	9,59	1,15	0,00	0	12,00
79752	SUCCITRAT 500MG F/A (CLORIDRATO SUXAMETONIO) BLAU Lote: 21031251 31/03/2023 Fabr.: 24/03/2021 Cod.Fabr.: 79752 Reg. MS: 1163700780068 Cod.EAN13:	30049079	000	6102	F/A	200	34,55000	6.910,00	6.910,00	829,20	0,00	0	12,00

CHMSBC
TERMO DE RECEBIMENTO
Recebi em ordem o(os) material(is)
discriminados na presente nota
Data: 30 ABR 2021
Nome: *[assinatura]*
RE: *[assinatura]*
Unidade: *[assinatura]*
/isto: *[assinatura]*

DADOS ADICIONAIS		Reservado ao Fisco
Informações complementares OC.: 98384 e 98423. Despesa realizada com base no contrato de gestão SS nº 001.2018 com a PMSBC. Obs.Fiscal: Vr.ICMS FCP: R\$ 0,00 Vr.Diferencial do ICMS Destino: R\$ 415,18 Vr.Diferencial do ICMS Origem: R\$ 0,00 Aliquota 0% de PIS e COFINS cf. artigo 1º - anexo III - Decreto 6.426 de 07 de abril 2008		



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\$ 6.919,59

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/MG PRODUTOS HOSPITALARES	12.927.876/0001-67	0000000000000860213	900132460	6.919,59	02/06/2021	TED CIP	MMLEU 02/06/2021	BCO: 0001 AG: 3415 CONTA: 0000052400 COD.ISPB: CBD9B7CD86F16799F708121	
Total					6.919,59					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)