



**SUMÁRIO**

Descrição dos Produtos/Serviços  
AQUISIÇÃO DE ESPESSANTE ALIMENTAR EM SACHE

Processo	Data Abertura	Data Emissão	Folha
62443/2021 - CHMSBC	25/05/2021	02/06/2021	1

Serviço	Não Padrão	Reposição de estoque
-	-	X
		R\$ Fls.
Orçamento Referência		- -
		Dt Fls.
Pedido de Análise Técnica		Planilha 08
		Dt Fls.
Retorno da Análise Técnica		Planilha 08
		Fls.
Documentação de Exclusividade		-

MV	BIONEXO
-	172473666

Mapa Comparativo	Fls.
	03
Valor Final	R\$ 1.750,02 07
Negociação	- 04 a 06
Varição Última Compra	-6,67% 07

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
03	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	Marca reprovada
-	-	-	-	-	-	-	-	-

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

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

Fornecedores		Valor Total	Cond. Pagto
1	CM Hospitalar S.A. (Ribeirão Preto)	R\$ 1.750,02	28 dias
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Justificativa de Urgência	Sim	Não	Folhas
	-	-	-

Aprovação		
Henrique Madureira Coordenador de Compras e Contratos CHMSBC <i>03.06.21</i>	Larissa Helena Freire Advogada OAB / SP Nº 428.774 <i>[Signature]</i>	
Depto. Compras	Depto. Jurídico	Comissão de Análise e Julgamento

Aprovação	Reserva Financeira Realizada no Montante Supracitado	Emissão
<i>[Signature]</i> Edsamuel Araújo Diretor Administrativo CHMSBC Diretoria Administrativa	<i>[Signature]</i> José Ramde Uchoa Jardim Diretor Administrativo Financeiro CHMSBC Diretoria Financeira	<i>[Signature]</i> Ordem de Compra: <i>0706/21</i>

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
<i>[Signature]</i> Dra. Agnes M. F. Ferraz Diretora Geral CHMSBC		

Solicitação: 62443

Solicitante: FABIO.GODOY

Setor: 561

CENTRO DE DISTRIBUICAO

Motivo: 8

COMPRA PARA REPOSICAO ESTOQUE

Data Solic.: 25/05/2021

Data Máxima: 25/11/2021

Data da Impressão:

Situação: SOLICITADA

Obs: solicitação de compras quadrimestral

172473666

Dados da Solicitação						Dados da Última compra				
Seq	Produto	Clas.ABC	Unidade	Quantidade	Cons. Méd Mensal	Est.Atual	Quantidade	Data	Vlr Unitário	Fornecedor
1	19347 ESPESSANTE ALIMENTAR EM SACHE	C	SACHE	600,00	220,00	192,00	288,00	05/05/2021	3,1250	CIRURGICA MAFRA
Nº Entregas		Período p/ Entrega		Quantidade						
1		25/11/2021 à 25/11/2021		600						

Especificação: SACHÊ DE ESPESSANTE E GELIFICANTE PARA ALIMENTOS. SEM SABOR.  
 INGREDIENTES: MALTODEXTRINA, ESPESSANTE GOMA XANTANA E GELIFICANTE CLORETO DE POTÁSSIO.  
 USO INDIVIDUAL E DESCARTÁVEL APÓS O USO  
 CAIXA COM 24 UNIDADES

Data

25 de Maio de 2021

Valor Total

1.875,00

Emissor

Somatório(Vl.Ult.Real \* Qtd Solicitada)

Observação: O consumo é baseado nos últimos seis meses consolidados

PROC Nº 62443  
 FLS 02  
 VISTO



Ord. Compra: 99948      Solicitação: 62443      Solic: CENTRO DE DISTRIBUICAO  
 Nº Processo:      Situação: ABERTA      Dt Ord. Compra: 07/06/2021  
 Fornecedor: 3094 CIRURGICA MAFRA - CIRURGICA MAFRA HOSPITALAR LTDA  
 CNPJ/CPF: 12.420.164/0001-57      Insc Est.:      Nr.: 2727      Compl.:  
 Endereço: LUIZ MAGGIONI  
 Bairro: DISTRITO EMPRESARIAL P      Cep: 14072055  
 Cidade: RIBEIRAO PRETO      UF: SP      Conta: 7143 - 9 Agência: 3370 - 7 Banco: 1  
 Contato(s):  
 E-Mail: TMKSP@MAFRAHOSPITALAR.COM.BR

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: 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. OBRIGATORIO 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: 25/11/2021 à 07/12/2021      R\$ -  
 % Desc: 0,00      VI Desc: 0,00      VI ICMS: 0,00  
 Observação: ID 172473666

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qty Compr.	VI Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
19347 - ESPESSANTE ALIMENTAR EM SACHE	NESTLE			SACHE	600,0000	2,9167	0,0000	0,00	0,0000	1.750,02
Especificação: SACHÉ DE ESPESSANTE E GELIFICANTE PARA ALIMENTOS. SEM SABOR. INGREDIENTES: MALTODEXTRINA, ESPESSANTE GOMA XANTANA E GELIFICANTE CLORETO DE POTÁSSIO. USO INDIVIDUAL E DESCARTÁVEL APÓS O USO CAIXA COM 24 UNIDADES										

Nº	Período p/ Entrega	Quantidade
1	25/11/2021 à 25/11/2021	600

Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	1.750,02
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 (=):	1.750,02



**Identificação do emitente**  
**C M HOSPITALAR S.A (CTL)**  
 EIXO 3, SN  
 Complemento: QD 9A, MÓDULO 26 A 30  
 DIST. MINERO IND. CAT CEP: 75709-685  
 CATALAO/GO  
 Fone: 556432210505

**DANFE**  
 DOCUMENTO AUXILIAR DA  
 NOTAFISCAL ELETRÔNICA  
 0-ENTRADA 1  
 1-SAIDA 1  
 N. 002251892  
 SÉRIE 1  
 FOLHA 01/01

**CHAVE DE ACESSO DA NF-E**  
 5221 0612 4201 6400 0319 5500 1002 2518 9211 0023 06886

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

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
 VENDA MERC. RECEB. TERC. DESTINADA A NAO CONTRIBUINTE

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
 105022500

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
 152214122483416 08/06/2021 18:38:49:03:00

CNPJ  
 12.420.164/0003-19

**DESTINATÁRIO / REMETENTE**

NOME/RAZÃO SOCIAL  
 FUNDAÇÃO DO ABC (009843-0017)

ENDEREÇO  
 EST DOS ALVARENGAS, 1001

MUNICIPIO  
 SAO BERNARDO DO CAMPO

BAIRRO/DISTRITO  
 BAIRRO ALVARENGA

UF  
 SP

CNPJ/CPF  
 57.571.275/0017-60

CEP  
 09850-550

DATA DE EMISSÃO  
 08/06/2021

DATA ENTRADA/SAIDA

HORA ENTRADA/SAIDA

**FATURA**

001  
 06/08/2021  
 910,00

BASE DE CALCULO DO ICMS  
 910,00

VALOR DO ICMS  
 36,40

VALOR DO FRETE  
 0,00

VALOR DO SEGURO  
 0,00

DESCONTO  
 0,00

BASE DE CALCULO DO ICMS ST  
 0,00

VALOR DO ICMS SUBSTITUIÇÃO  
 0,00

VALOR TOTAL DOS PRODUTOS  
 910,00

VALOR TOTAL DA NOTA  
 946,40

**TRANSPORTADOR**

RAZÃO SOCIAL  
 R4 - HEALTH LOGISTICA HOSPITALAR T8931

ENDEREÇO  
 AV. RIBEIRAO DOS CRISTAIS, 500

MUNICIPIO  
 CAJAMAR

UF  
 SP

CNPJ/CPF  
 18.320.396/0001-10

INSCRIÇÃO ESTADUAL

COD. PROD	DESCR PROD	QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	QUANT.	V.UNITARIO	VLR TOTAL	BC.ICMS	BC.ICMS ST	VLR ICMS	VLR ICMS ST	%CAMS	ALIQ.IPI	Q. LOTE	LOTE PROD.	D.VALID.	D.FABR.
004167	RESOURCE THICKEN UP CLEAR CX C/24 SACHES DE 1,2G - NESTLE (NUTRI CAO)	10347	21069090	Diversos	332	70,000000	910,00	910,00	0,00	36,40	0,00	4,00%	0,00%	13	0258428200	08/03/2022	15/08/2020
TERMO DE RECFBIMENTO Recebi em ordem o(s) material(is) discriminados na presente nota																	

**DADOS DO PRODUTO / SERVIÇO**

INSCRIÇÃO MUNICIPAL  
 121282

VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS

BASE DE CÁLCULO DO ISSQN

Data: 08 de JUN 2021

**DADOS ADICIONAIS**

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES  
 resol 13/2012 do senado federal - Produto(s): 004167  
 O.C 89/97-Despesa realizada com base no C. Gestao SS n 001/18 com a PMSBC  
 Nosso Pedido: DEGZZN - IE DIFAL/DESTINO N 80901044110Valor do ICMS relativo ao Fundo de Combate a Pobreza -  
 FCP da UF de destino: R\$ 0. Valor do ICMS Interestadual para a UF de destino: R\$ 127.40. Valor do ICMS  
 Interestadual para a UF do remetente: R\$ 0.

Pedido: DEGZZN	Rep.: 000664	Volumes	1
Nº da OS	60002317474 (P)	1	1
60002317475 (G)		1	1
<b>Total</b>		<b>2</b>	<b>2</b>

Sacador/Avalista



Autenticação Mecânica

Ficha de Compensação



Extrato de Pagamentos

Pagamento a Fornecedores

**FUNDAÇÃO DO ABC** Agência: 0110 Conta Corrente: 130107695

Convênio: 0033-0110-004901356489

Conta de Débito: 0110-000130356088

Ordem de Apresentação: Forma de Pagamento

Período da Pesquisa: 16/08/2021 - 16/08/2021

Quantidade: 1

Valor Total: R\$ 35.723,71

TED CIP										
Favorecido	CNPJ/CPF/ Código Favorecido	No. compromisso Cliente	No. compromisso Banco	Valor R\$	Data do Pagamento	Tipo de Pagamento	Liberação	Identificação	Autenticação	
C M HOSPITALAR S.A	12.420.164/0003-19	11943	900135914	35.723,71	16/08/2021	TED CIP	MPPUTINI 16/08/2021	BCO: 0001 AG: 3370 CONTA: 0000071439 COD.ISPB: CBD9B7CC46A483F583095CB		
<b>Total</b>				<b>35.723,71</b>					<b>1 Pagamentos</b>	

**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)