

| Processo | Data Abertura | Data Emissão | Folha |
|-------------------|---------------|--------------|-------|
| 62968/2021 CHMSBC | 15/06/2021 | 24/06/2021 | 1 |

SUMÁRIO

Descrição dos Produtos/Serviços

CLARITROMICINA 500MG COMPRIMIDO EM BLISTER

| Serviço | Não Padrão | Reposição de estoque |
|---------|------------|----------------------|
| - | - | X |
| | | R\$ Fls. |
| | | - - |
| | | Dt Fls. |
| | | - 08 |
| | | planilha 08 |
| | | - - |
| | | Dt Fls. |
| | | - - |
| | | - - |
| | | - - |
| | | Fls. |

| MV | BIONEXO |
|----|-----------|
| - | 175013086 |

| Mapa Comparativo | Fls. |
|------------------|-------|
| | 3 e 4 |

| Valor Final | R\$ | 1.175,00 | 7 |
|-------------|-----|----------|---|
|-------------|-----|----------|---|

| Negociação | R\$ | 55,00 | 4,47% | 5 e 6 |
|------------|-----|-------|-------|-------|
|------------|-----|-------|-------|-------|

| Variação Última Compra | 18,09% | 7 |
|------------------------|--------|---|
|------------------------|--------|---|

| Documentação de Exclusividade | - |
|-------------------------------|---|
|-------------------------------|---|

| 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 |
|-------------------------------------|----------------|----------------------------------|-------------------------------------|----|-----------------------------|------------------------|
| 11 | 1 | 0 | 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 pago antecipado | Validade do produto menor do que a exigida | Não atende as especificações técnicas | Documentação Irregular ou Incompleta | Não atende o prazo de entrega |
|---|--------------------------|-------------------------------|------------------------------|-------------------------|--|---------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------|
| | - | - | - | X | - | - | - | - |

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

Relatório das propostas comerciais encaminhadas pelas empresas do ramo em (fls.)03/04, considerando que desclassificamos a empresa S3 Med por solicitar pagamento a vista. Aberta negociação para melhora dos valores ofertados e condição de pagamento, (fls.) 05/06. Relatório em (fls.) 09 demonstrando que 173 fornecedores visualizaram a pesquisa de mercado, porém somente 11 responderam a cotação. Consta variação de 18,09% referente a última aquisição devido ao reajuste por parte do laboratório, conforme fl. 10. Em fls. 11 consulta ao banco de preços em saúde, onde o valor ofertado esta na media do mercado. Em fls.12 email do fornecedor informando a condição correta de faturamento.

| Fornecedores | | Valor Total | Cond. Pagto |
|--------------|------------------------------|--------------|-------------|
| 1 | Medicamental Hospitalar Ltda | R\$ 1.175,00 | 60 dias |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |

| Justificativa de Urgência | Sim | Não | Folhas |
|---------------------------|-----|-----|--------|
| | - | X | - |

Aprovação

| | | |
|--|---|----------------------------------|
| Henrique Madureira Coordenador de Compras e Contratos CHMSBC 25.06.21 | Larissa Helena Freire Advogada CHMSBC <i>Larissa</i> | |
| Depto. Compras | Depto. Jurídico | Comissão de Análise e Julgamento |

| | | |
|---|--|---|
| <i>[Signature]</i> Edsamuel Araújo Diretor Administrativo CHMSBC | Reserva Financeira Realizada no Montante Supracitado <i>[Signature]</i> José Ramde Uchoa Jardim Diretor Administrativo Financeiro CHMSBC | Emissão <i>[Signature]</i> Wellton Alvim de Alvim |
| Diretoria Administrativa | Diretoria Financeira | Ordem de Compra: 3006/2021 |

Autorização - Diretoria Geral do CHMSBC

| | | |
|--|---|---|
| AUTORIZO a emissão da Ordem de Compra no valor supracitado <i>[Signature]</i> Dra. Agnes M. F. Ferrari Diretora Geral 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. | NÃO AUTORIZO a despesa pretendida/Solicito o cancelamento do processo |
|--|---|---|

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: 15/06/2021 13:44

Solicitação: 62968
 Solicitante: FABIO.GODOY
 Setor: 561 CENTRO DE DISTRIBUICAO
 Motivo: 8 COMPRA PARA REPOSICAO ESTOQUE

Data da Imprensaõ: 15/06/2021
 Data Solic.: 15/06/2021
 Situaçãõ: SOLICITADA
 175013086

Obs: solicitação de compras quadrimestral

| Seq | Produto | Dados da Solicitação | | | | Dados da Última compra | | | | |
|-------------|--------------------------------|----------------------|------------------|------------|---|------------------------|------------|--------------|---------------|--|
| | | Clas.ABC | Unidade | Quantidade | Cons. Méd Mensal | Est.Atual | Data | Vir Unitário | Fornecedor | |
| 1 | 1306 CLARITROMICINA 500MG COMP | C | COMP C/ 500MG | 500,00 | 167,00 | 200,00 | 20/04/2021 | 600,00 | 2.0000 S3 MED | |
| Nº Entregas | | | | 1 | Período p/ Entrega 15/12/2021 à 15/12/2021 | Quantidade 500 | | | | |

neg 144

Especificação: COMPRIMIDO REVESTIDO EM BLISTER.

Emissor

Valor Total

15 de Junho de 2021

1.000,00

Somatório(Vl.Ult.Real * Qtd Solicitada)

Observação: O consumo é baseado nos últimos seis meses consolidados

PROC. Nº
 FLS. 2
 VISTO

5 - COMPLEXO HOSP SÃO BERNARDO DO CAMPO
 SOULMV - Sistema de Compras
 Relatório de Ordem de Compra

Ord. Compra: 100636 Solicitação: 62968 Solic: CENTRO DE DISTRIBUICAO
 Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 30/06/2021
 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.: ISENTO
 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.: 9 Desc. Condição de Pgto.: 60 DIAS
 Período p/ Entrega: 30/06/2021 à 30/12/2021 R\$ - REAL
 % Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00
 Observação: ID: 175013086

| Produto | Fabricante | Lote | Qt. Cons. | Unidade | Qtd Compr. | VI.Unit. | VI Desc. | %Des | VI IMP | VI Total |
|---|------------|------|-----------|------------------|------------|----------|----------|------|--------|----------|
| 1306 - CLARITROMICINA 500MG COMP | EMS | | | COMP C/ 500MG | 500,0000 | 2,3500 | 0,0000 | 0,00 | 0,0000 | 1.175,00 |
| Especificação: COMPRIMIDO REVESTIDO EM BLISTER. | | | | | | | | | | |

| Nº | Período p/ Entrega | Quantidade |
|----|-------------------------|------------|
| 1 | 15/12/2021 à 15/12/2021 | 500 |

Detalhamento:

| | |
|--|-----------------|
| Total dos Produtos(+): | 1.175,00 |
| 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 (=): | 1.175,00 |

RECEBEMOS DE MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA ABAIXO. EMISSÃO: 01/07/2021 VALOR TOTAL: R\$ 587,50 DESTINATÁRIO: FUNDAÇÃO DO ABC - ESTRADA DOS ALVARENGAS, 1001 BAIRRO ALVARENGA SAO BERNARDO DO CAMPO-SP



NFe N°. 000.085.828
Série 001

| | |
|---------------------|---|
| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR |
|---------------------|---|

| | | |
|--|---|---|
| IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA VIA ANHANGUERA, S/N - KM 307 950M GP2 CANDIDO PORTINARI - 14093-500 RIBEIRAO PRETO - SP Fone/Fax: 1635054900 www.medicamental.com.br | DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA 1 N°. 000.085.828 Série 001 Folha 1/1 | |
| | | CT/AVE DE ACESSO 3521 0731 3782 8800 0166 5500 1000 0858 2811 2954 9566 Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora |

| | |
|--|---|
| NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIA | PROCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO 135210740620009 - 01/07/2021 18:56:54 |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL 797409146110 | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT. 31.378.288/0001-66 |

| | | |
|---|--|--|
| DESTINATÁRIO / REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL FUNDAÇÃO DO ABC | CNPJ / CPF 57.571.275/0017-60 | DATA DA EMISSÃO 01/07/2021 |
| ENDEREÇO ESTRADA DOS ALVARENGAS, 1001 | BAIRRO / DISTRITO BAIRRO ALVARENGA | CEP 09850-550 |
| MUNICÍPIO SAO BERNARDO DO CAMPO | UF SP | FONE / FAX 11435315001864 |
| | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA DA SAÍDA/ENTRADA 19:56:00 |

| | | |
|--|---|---------------------------------|
| INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA NOME / RAZÃO SOCIAL FUNDAÇÃO DO ABC | CNPJ / CPF 57.571.275/0017-60 | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
| ENDEREÇO RUA PAULO COPPINI, 035 - PORTAO 2/ ALMOXARIFA | BAIRRO / DISTRITO DOS CASA | CHP 09850-655 |
| MUNICÍPIO SAO BERNARDO DO CAMPO | UF SP | FONE / FAX 1143531500 |

| |
|-------------------------|
| FATURA / DUPLICATA |
| Num. 001 |
| Venc. 30/08/2021 |
| Valor R\$ 587,50 |

| BASE CÁLC.ICMS | VALOR DO ICMS | VALOR DO ICMS-FCP | BASE CÁLC.ICMS S.T. | VALOR ICMS S.T. | VALOR ICMS S.T-FCP | TOTAL PRODUTOS |
|----------------|-----------------|-------------------|---------------------|-----------------|--------------------|----------------|
| 587,50 | 70,50 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 587,50 |
| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS | VALOR TOTAL IPI | VALOR IMPORTAÇÃO | TOTAL DA NOTA |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 587,50 |

| | | | | | |
|--|---|-----------------|---|----------------------------|---|
| TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS NOME / RAZÃO SOCIAL NIKKEY RIO PRETO LOGISTICA E TRANSPORTE - EIREL | FRETE POR CONTA 0-Remetente | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ / CPF 15.066.184/0001-60 |
| ENDEREÇO RUA MARIA CERON VOLPE,2260 | MUNICÍPIO SAO JOSE DO RIO PRETO | UF SP | INSCRIÇÃO ESTADUAL 647598751114 | | |
| QUANTIDADE 1 | ESPÉCIE Volumes | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO 0,600 | PESO LÍQUIDO 0,600 |

| CÓDIGO PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO | NCM/SH | O/CST | CFOP | UN | QUANT | VALOR UNIT | VALOR TOTAL | B.CÁLC ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | VALOR ST+FCP | ALÍQ. ICMS | ALÍQ. IPI |
|----------------|---|----------|-------|------|----|-------|------------|-------------|-------------|------------|-----------|--------------|------------|-----------|
| 24446 | CLARITROMICINA 500MG CX C/10 CPR REV/EMS GEN/AM G+ PMC: 136.71 Lote: 2H1236 Qtd: 25 Val: 30/03/2023 FCI:D09B21A7-62A9-45C3-B144-913CE7F53B73 | 30032029 | 500 | 5102 | UN | 25 | 23,5000 | 587,50 | 587,50 | 70,50 | | | 12,00 | |
| 15306 | | | | | | 250 | | | | | | | | |
| | 2 lotes: 2 E5816 = 100 Val: 01/2023 2H1236 = 150 Val: 03/2023 | | | | | | | | | | | | | |

| |
|--|
| DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Inf. Contribuinte: OC 100636 "DESPESA REALIZADA COM BASE NO CONTRATO DE GESTAO SS No001/2018 COM A PMSBC. ENTREGAR AMANHÃ 02/07/21 POR FAVOR HR 8H AS 16H30 NAO RECEBEM FORA DE HR Orc 12953694 Fichas 1/1 I vols ATENDIMENTO 16 3505-4900 R: 1605 hospitalar@medicamental.com.br AFE: AUTORIZ/MS: 1.18507.0 AE: AUTORIZ/MS: 1.18508.3 AFE 1.18.507-0- AE 1.18.508-3 Email do Destinatário: xml@portaldaentrega.com.br Inf. fisco: Valor Aprox Tributos Federal: R\$ 79,02 Estadual: R\$ 70,50 Municipal: R\$ 0,00 Fonte: IBPT Regime Especial - 035738/2018 - Portaria CAT no 116/2017 RÓTA: CD SAO PAULO - R 140 - GDE SP |
|--|

| |
|--|
| RESERVADO AO FISCO CHMSBC TERMO DE RECEBIMENTO Recebi em ordem o(os) material(is) discriminados na presente nota Data: 02 JUL 2021 Nome: Alexsandro RE: [Assinatura] Unidade: [Assinatura] Visto: [Assinatura] |
|--|



Extrato de Pagamentos

Pagamento a Fornecedores

FUNDAÇÃO DO ABC Agência: 0110 Conta Corrente: 130107688
Convênio: 0033-0110-004906687254

Conta de Débito: 0110-000130508742

Ordem de Apresentação: Forma de Pagamento

Período da Pesquisa: 24/09/2021 - 24/09/2021

Quantidade: 1

Valor Total: R\$ 36.199,94

TED CIP

| Favorecido | CNPJ/CPF/ Código Favorecido | No. compromisso Cliente | No. compromisso Banco | Valor R\$ | Data do Pagamento | Tipo de Pagamento | Liberação | Identificação | Autenticação |
|------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------|----------------------|----------------------|------------------|--|--------------|
| MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA | 31.378.288/0001-66 | 12205 | 900000202 | 36.199,94 | 24/09/2021 | TED CIP | MMLEU 24/09/2021 | BCO: 0001 AG: 3370 CONTA: 0000061581 COD.ISPB: A5658BC473C8CB974C90AA4 | |
| Total | | | | 36.199,94 | | | | | 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)

RECEBEMOS DE MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA ABAIXO. EMISSÃO: 30/07/2021 VALOR TOTAL: R\$ 124.368,24 DESTINATÁRIO: FUNDAÇÃO DO ABC - ESTRADA DOS ALVARENGAS, 1001 BAIRRO ALVARENGA SAO BERNARDO DO CAMPO-SP



NFe Nº. 000.090.873
Série 001

| | |
|---------------------|---|
| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR |
|---------------------|---|

| | | | |
|--|--------------------------------------|---|--|
| IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA VIA ANHANGUERA, S/N - KM 307 950M GP2 CANDIDO PORTINARI - 14093-500 RIBEIRAO PRETO - SP Fone/Fax: 1635054900 www.medicamental.com.br | | DANFE Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA Nº. 000.090.873 Série 001 Folha 1/2 | CITAVE DE ACESSO 3521 0731 3782 8800 0166 5500 1000 0908 7311 3007 4980 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 135210867880572 - 30/07/2021 21:47:12 |
| NATUREZA DA OPERAÇÃO VENDA DE MERCADORIA | | CNPJ / CPF 31.378.288/0001-66 | |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL 797409146110 | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT. | | |

| | | | |
|--|--|----------------------------------|-------------------------------------|
| DESTINATÁRIO / REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL FUNDAÇÃO DO ABC ENDEREÇO ESTRADA DOS ALVARENGAS, 1001 MUNICÍPIO SAO BERNARDO DO CAMPO | | CNPJ / CPF 57.571.275/0017-60 | DATA DA EMISSÃO 30/07/2021 |
| BAIRRO / DISTRITO BAIRRO ALVARENGA | | CEP 09850-550 | DATA DA SAÍDA/ENTRADA 30/07/2021 |
| UF SP | | FONE / FAX 11435315001864 | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
| | | | HORA DA SAÍDA/ENTRADA 22:47:00 |

| | | | |
|--|--|----------------------------------|--------------------|
| INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA NOME / RAZÃO SOCIAL FUNDAÇÃO DO ABC ENDEREÇO RUA PAULO COPPINI, 035 - PORTAO 2/ ALMOXARIFA MUNICÍPIO SAO BERNARDO DO CAMPO | | CNPJ / CPF 57.571.275/0017-60 | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
| BAIRRO / DISTRITO DOS CASA | | CEP 09850-655 | |
| UF SP | | FONE / FAX 1143531500 | |

| | |
|---------------------------|----------------|
| FATURA / DUPLICATA | |
| Num. | 001 |
| Venc. | 28/09/2021 |
| Valor | R\$ 124.368,24 |

| BASE CÁLC.ICMS | VALOR DO ICMS | VALOR DO ICMS-FCP | BASE CÁLC.ICMS S.T. | VALOR ICMS S.T. | VALOR ICMS S.T-FCP | TOTAL PRODUTOS |
|----------------|-----------------|-------------------|---------------------|-----------------|--------------------|----------------|
| 122.393,32 | 16.831,99 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 124.368,24 |
| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS | VALOR TOTAL IPI | VALOR IMPORTAÇÃO | TOTAL DA NOTA |
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 124.368,24 |

| | | | | | | |
|---|--|---------------------------------------|-------------|------------------|-----------------------|----------------------------------|
| TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS NOME / RAZÃO SOCIAL NIKKEY RIO PRETO LOGISTICA E TRANSPORTE - EIREL ENDEREÇO RUA MARIA CERON VOLPE,2260 MUNICÍPIO SAO JOSE DO RIO PRETO | | FRETE POR CONTA 0-Remetente | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ / CPF 15.066.184/0001-60 |
| QUANTIDADE 33 | | ESPECIE Volumes | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO 348,180 | PESO LÍQUIDO 348,180 |

| CÓDIGO PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO | NCM/SH | O/CST | CFOP | UN | QUANT | VALOR UNIT | VALOR TOTAL | B.CÁLC ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | VALOR ST-FCP | ALÍQ. ICMS | ALÍQ. IPI |
|----------------|--|----------|-------|------|----|-------|------------|-------------|-------------|------------|-----------|--------------|------------|-----------|
| 34943 | ATADURA CREPE N/EST 15CM 13F 1,8M EUROPA C/12/POLAR FIX HOSP Lote: 49298 Qtd: 150 Val: 08/06/2026 FCI:A5DD1F6B-72BC-41AD-A303-B19CB8DBAA4E | 30059090 | 500 | 5102 | PT | 150 | 7,4100 | 1.111,50 | 1.111,50 | 200,07 | | | 18,00 | |
| 31108 | CEFTRIAXONA 1 GR IV PO INJ C/100 FR/BLAU HOSP/AM G+ Lote: 21050800 Qtd: 115 Val: 19/04/2023 FCI:266230D5-BEFC-4F51-9045-77B67DE9C637 | 30042059 | 500 | 5102 | UN | 115 | 720,0000 | 82.800,00 | 82.800,00 | 9.936,00 | | | 12,00 | |
| 24446 | CLARITROMICINA 500MG CX C/10 CPR REV/EMS GEN/AM G+ PMC: 136.71 Lote: 2H1236 Qtd: 25 Val: 30/03/2023 FCI:D09B2TA7-62A9-45C3-B144-913CE7F53B73 | 30032029 | 500 | 5102 | UN | 25 | 23,5000 | 587,50 | 587,50 | 70,50 | | | 12,00 | |

| | |
|---|--|
| DADOS ADICIONAIS INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Inf. Contribuinte: OCS 94773 98393 96802 100411 100636 97435 "DESPESA REALIZADA COM BASE NO CONTRATO DE GESTAO SS No001/2018 COM A PMSBC. ENTREGAR SEGUNDA 02/08/21 POR FAVOR HR 8H AS 16H30 NAO RECEBEM FORA DE HR Orc 13006654 Fichas 1/7 1 vols, 2/7 1 vols, 3/7 1 vols, 4/7 1 vols, 5/7 17 vols, 6/7 5 vols, 7/7-7 vols ATENDIMENTO 16 3505-4900 R: 1605 hospitalar@medicamental.com.br AFE: AUTORIZ/MS: 1.18507,0 AE: AUTORIZ/MS: 1.18508,3 AFE 1.18.507-0- AE 1.18.508-3 Email do Destinatário: xml@portaldaintrega.com.br Inf. fisco: Valor Aprox Tributos Federal: R\$ 16.727,53 Estadual: R\$ 14.990,88 Municipal: R\$ 0,00 Fonte: IBPT (A) Anexo II, Artigo 3o, Inciso XXIV do RICMS/SP Regime Especial - 035738/2018 - Portaria CAT no 116/2017 ROTA: CD SAO PAULO - R 140 - GDE SP | RESERVADO AO FISCO CHMSBC TERMO DE RECEBIMENTO Recebi em ordem o(s) material(is) discriminados na presente nota Data: 30/07/2021 Nome: [Assinatura] Assinatura: [Assinatura] Data: [Assinatura] Valor: [Assinatura] |
|---|--|

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

medicamental

AMENTAL HOSPITALAR LTDA
 VIA ANHANGUERA, S/N - KM 307 950M GP2
 CANDIDO PORTINARI - 14093-500
 RIBEIRAO PRETO - SP Fone/Fax: 1635054900
 www.medicamental.com.br

DANFE
 Documento Auxiliar da Nota
 Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA
 1 - SAÍDA

1

Nº. 000.090.873
 Série 001
 Folha 2/2



CHAVE DE ACESSO

3521 0731 3782 8800 0166 5500 1000 0908 7311 3007 4980

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

135210867880572 - 30/07/2021 21:47:12

REZA DA OPERAÇÃO

VENDA DE MERCADORIA

INSCRIÇÃO ESTADUAL

797409146110

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

CNPJ / CPF

31.378.288/0001-66

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

| CÓDIGO PRODUTO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO | NCM/SH | O/CST | CFOP | UN | QUANT | VALOR UNIT | VALOR TOTAL | B.CÁLC ICMS | VALOR ICMS | VALOR IPI | VALOR ST+FCP | ALÍQ. ICMS | ALÍQ. IPI |
|----------------------|---|----------|-------|------|----|-------|---------------|----------------|----------------|---------------|--------------|-----------------|---------------|--------------|
| 24205 <i>204</i> | DIPIRONA SODICA 500MG 10 ML GTS/EMS GEN G-PMC: 6.25 Lote: 1Q7127 Qtd: 500 Val: 30/05/2022 | 30049069 | 000 | 5102 | FR | 500 | 0,9896 | 494,80 | 494,80 | 59,38 | | | 12,00 | |
| 25430 <i>1842</i> | ENCRISE 20U/ML SOL INJ 10 AMP X 1 ML/BIOLAB HOSP R+ PMC: 330.53 Lote: 1063245 Qtd: 6 Val: 30/05/2023 Lote: 1054583 Qtd: 144 Val: 30/10/2022 FCI:4AF75F3D-2D05-48D6-916D-4E799F5C5A8A | 30043999 | 500 | 5102 | UN | 150 | 230,9000 | 34.635,00 | 34.635,00 | 6.234,30 | | | 18,00 | |
| 27000 <i>5185</i> | TRAMADOL 100MG/2ML C/60 AMP 2 ML***/TEUTO HOSP/A2 G+ Lote: 9069392 Qtd: 82 Val: 31/05/2023 FCI:1323ACE7-4A72-4A80-97D8-89403F324699 | 30049039 | 520 | 5102 | UN | 82 | 57,7980 | 4.739,44 | 2.764,52 | 331,74 | | | 12,00 | |



Extrato de Pagamentos

Pagamento a Fornecedores

FUNDACAO DO ABC Agência: 0110 Conta Corrente: 130107695
Convênio: 0033-0110-004906687254

Conta de Débito: 0110-000130508742

Ordem de Apresentação: Forma de Pagamento

Período da Pesquisa: 20/10/2021 - 20/10/2021

Quantidade: 1

Valor Total: R\$ 124.368,24

TED CIP

| Favorecido | CNPJ/CPF/ Código Favorecido | No. compromisso Cliente | No. compromisso Banco | Valor R\$ | Data do Pagamento | Tipo de Pagamento | Liberação | Identificação | Autenticação |
|------------------------------|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------|------------|----------------------|----------------------|-------------------|--|--------------|
| MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA | 31.378.288/0001-66 | 0000003545 | 900001793 | 124.368,24 | 20/10/2021 | TED CIP | AMUNIN 20/10/2021 | BCO: 0001 AG: 3370 CONTA: 0000061581 COD.ISPB: A5658BCD923C3F575F1C7EE | |
| Total | | | | 124.368,24 | | | | | 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)