PREFEITURA DE SÃO BERNARDO DO CAMPO CIDADE DO TRABALHO

# URGENTE

| Processo | Data Abertura | Data Emissão | Folha |
|---|---|---|---|
| 63548/2021 CHMSBC | 12/07/2021 | 13/07/2021 | 1 |

## SUMÁRIO

| Descrição dos Produtos/Serviços |
|---|
| CLORIDRATO DE MINOCICLINA 100MG COMP |

| Serviço | Não Padrão | Reposição de estoque |
|---|---|---|
| - | x | - |

| MV | BIONEXO |
|---|---|
| - | 178042901 |

| | | |
|---|---|---|
| | R$ | Fls. |
| Orçamento Referência | - | - |
| | Dt | Fls. |
| 1º Pedido de Análise Técnica | 13/06/2021 | 11 |
| 1º Retorno de Análise Técnica | 13/06/2021 | 11 |
| | Dt | Fls. |
| 2º Pedido da Análise Técnica | - | - |
| 2º Retorno da Análise Técnica | - | - |
| | | Fls. |
| Documentação de Exclusividade | | - |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | | Fls. |
| Mapa Comparativo | | | 7 |
| Valor Final | R$ | 283,00 | 10 |
| Negociação | - | 0,00% | 8 e 9 |
| Variação Última Compra | | -41,41% | 10 |

| 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 | 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 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.)07, considerando que desclassificamos a empresa Pharma Log por solicitar pagamento a vista.
Aberta negociação para melhora dos valores ofertados e condição de pagamento, (fls.) 08/09.
Relatório em (fls.) 12 demonstrando que 181 fornecedores visualizaram a pesquisa de mercado, porém somente 03 responderam a cotação.
Consta variação de 41,41% referente a última aquisição devido ao desconto concedido.

| | Fornecedores | Valor Total | Cond. Pagto |
|---|---|---|---|
| 1 | PLATANUS FARMACIA DE MANIPULACAO LTDA | R$ 283,00 | 60 dias |
| 2 | | | |
| 3 | | | |
| 4 | | | |
| 5 | | | |
| 6 | | | |
| 7 | | | |

| Justificativa de Urgência | Sim | Não | Folhas |
|---|---|---|---|
| | x | - | 3 a 6 |

**Aprovação**

| Depto. Compras | Depto. Jurídico | Comissão de Análise e Julgamento |
|---|---|---|
| Henrique Madureira<br>Coordenador de Compras e Contratos<br>CHMSBC 13.07.21 | Larissa Helena Freire<br>Advogada<br>CHMSBC | |

| Aprovação | Reserva Financeira Realizada no Montante Supracitado | Emissão |
|---|---|---|
| Edsamuel Araujo<br>Diretor Administrativo<br>CHMSBC | José Ramde Uchoa Jardim<br>Diretor Administrativo Financeiro<br>CHMSBC | Melhora Alm de Almeida |
| Diretoria Administrativa | Diretoria Financeira | Ordem de Compra: 14/07/2021 |

**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. Ferrari<br>Diretora Geral<br>CHMSBC | | |

Solicitação: 63548
Solicitante: FABIO GODOY
Setor: 561 CENTRO DE DISTRIBUICAO
Motivo: 6 COMPRA DE PRODUTO NAO PADRAO

Data Solic.: 12/07/2021
Data da Impressão: 13/07/2021
Situação: ABERTA

Data Máxima: 13/07/2021

**URGENTE!**

Obs: PACIENTE JOSE INACIO NETO

17804290 1

| Dados da Solicitação | | | | | | | Dados da Última compra | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Seq | Produto | Clas.ABC | Unidade | Quantidade | Cons. Méd Mensal | Est.Atual | Quantidade | Data | Vlr Unitário | Fornecedor |
| 1 | 21969 CLORIDRATO DE MINOCICLINA 100MG COMP | C | COMPRIMIDO | 100,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | | 0,0000 | |

Especificação: CLORIDRATO DE MINOCICLINA 100MG COMPRIMIDO REVESTIDO

| Data | Valor Total | Emissor |
|---|---|---|
| 13 de Julho de 2021 | 0,00<br>Somatório(Vl.Ult.Real * Qtd Solicitada) | analu |

Observação: O consumo é baseado nos últimos seis meses consolidados

PROC. Nº
FLS. 2
VISTO

PROC. Nº
FLS.
VISTO

Ord. Compra: 100905 Solicitação: 63548 Solic: CENTRO DE DISTRIBUICAO

Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 14/07/2021

Fornecedor: 100981 PLATANUS FARMACIA - PLATANUS FARMACIA
CNPJ/CPF: 05.207.715/0001-33 Insc Est.:
Endereço: HADDOCK LOBO DE 1 A 1079 Nr.: 333 Compl.:
Bairro: CERQUEIRA CESAR Cep: 01414001
Cidade: SAO PAULO UF: SP Conta: 78260 - 2 Agência: 0712 - 9 Banco: 1
Contato(s):

Telefone Comercial : 3237-3737

E-Mail : EFUJII@UOL.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.: ISENTO
Bairro: ASSUNÇÃO Fone/Fax: -
Responsável: DEBORA 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: 14/07/2021 à 22/10/2021 R$ - REAL
% Desc: 0,00 Vl Desc: 0,00 Vl ICMS: 0,00
Observação: ID 178042901

| Produto | Fabricante | Lote | Qt. Cons. | Unidade | Qtd Compr. | Vl.Unit. | Vl Desc. | %Des | Vl IMP | Vl Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 21969 - CLORIDRATO DE MINOCICLINA 100MG COMP | RANBAXY | | | COMPRIMIDO | 100,0000 | 2,8300 | 0,0000 | 0,00 | 0,0000 | 283,00 |

Especificação: CLORIDRATO DE MINOCICLINA 100MG COMPRIMIDO REVESTIDO

| Nº | Período p/ Entrega | | | Quantidade |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 22/10/2021 | à | 22/10/2021 | 100 |

Detalhamento:

| | |
|---|---|
| Total dos Produtos(+): | 283,00 |
| 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 (=): | 283,00 |

| RECEBEMOS DE PLÁTANUS FARMÁCIA DE MANIPULAÇÃO LTDA - EPP OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL INDICADA AO LADO | | NF-e |
|---|---|---|
| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | Nº 000.002.087<br>SÉRIE: 1 |

# PLÁTANUS FARMÁCIA DE MANIPULAÇÃO LTDA - EPP

RUA HADDOCK LOBO, 333 - - CERQUEIRA CESAR, Sao Paulo, SP - CEP: 01414001 - Fone/Fax: 01132556091

**DANFE**
Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
0 - Entrada
1 - Saída
1
**Nº 000.002.087**
**SÉRIE: 1**
**Página 1 de 1**

CONTROLE DO FISCO

CHAVE DE ACESSO
3521 0705 2077 1500 0133 5500 1000 0020 8710 0030 0009

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

| NATUREZA DA OPERAÇÃO | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO |
|---|---|
| VENDA MERCADORIA ST | 135210794623572 - 14/07/2021 17:43 |

| INSCRIÇÃO ESTADUAL | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB. | CNPJ / CPF |
|---|---|---|
| 116510306110 | | 05.207.715/0001-33 |

**DESTINATÁRIO/REMETENTE**

| NOME/RAZÃO SOCIAL | CNPJ/CPF | DATA DA EMISSÃO |
|---|---|---|
| COMPLEXO HOSPITALAR MUNICIPAL DE SAO BERNARDO DO CAMPO | 57.571.275/0017-60 | 14/07/2021 |

| ENDEREÇO | BAIRRO/DISTRITO | CEP | DATA DE ENTRADA/SAÍDA |
|---|---|---|---|
| ESTRADA DOS ALVARENGAS, 1001 - | ASSUNCAO | 09850-550 | 15/07/2021 |

| MUNICÍPIO | FONE/FAX | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL | HORA DE ENTRADA/SAÍDA |
|---|---|---|---|---|
| Sao Bernardo do Campo | 1143531862 | SP | | 08:00 |

**FATURA**

**CÁLCULO DO IMPOSTO**

| BASE DE CÁLCULO DO ICMS | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST | VALOR DO ICMS ST | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 254,70 |

| VALOR DO FRETE | VALOR DO SEGURO | DESCONTO | OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS | VALOR DO IPI | VALOR TOTAL DA NOTA |
|---|---|---|---|---|---|
| 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 254,70 |

**TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS**

| RAZÃO SOCIAL | FRETE POR CONTA | CÓDIGO ANTT | PLACA DO VEÍCULO | UF | CNPJ/CPF |
|---|---|---|---|---|---|
| PROPRIO | 3-Remetente Próprio | | | | |

| ENDEREÇO | MUNICÍPIO | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
|---|---|---|---|
| | | | |

| QUANTIDADE | ESPÉCIE | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO |
|---|---|---|---|---|---|
| 1 | VOLUME | | | 0,000 | 0,000 |

**DADOS DO PRODUTO/SERVIÇO**

| CÓDIGO | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO | NCM/SH | CST | CFOP | UNID. | QTD. | VLR. UNIT. | VLR. TOTAL | BC ICMS | VLR. ICMS | VLR. IPI | ALÍQ. ICMS | ALÍQ. IPI |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7897076909121<br>21969 | CLORIDRATO MINOCICLINA 100MG 30CP RANBAXY<br>FABRICANTE: RANBAXY FARMACEUTICA LTDA<br>CNPJ FABRICANTE: 73.633.650/0001-90 REGISTRO MS Nº: 1.2352.0091.003-6 LOTE AB52039 FAB 05/20 VAL 04/23 | 30042099 | 2500 | 5405 | un | 3,0000<br>90 | 84,9000 | 254,70 | | | | | |

CHMSBC
TERMO DE RECEBIMENTO
Recebi em ordem o(os) material(is) discriminados na presente nota

Data: 15 JUL 2021
Nome: Lin
RL: 915
Unidade:
Visto:

não padrão.
HU.

**CÁLCULO DO ISSQN**

| INSCRIÇÃO MUNICIPAL | VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS | BASE DE CÁLCULO DO ISSQN | VALOR DO ISSQN |
|---|---|---|---|
| | | | |

**DADOS ADICIONAIS**

| INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES | RESERVADO AO FISCO |
|---|---|
| EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL - LC 123 / 2006 * ORDEM COMPRA Nº 100905 * DESPESA REALIZADA COM BASE NO CONTRATO DE GESTÃO SS Nº 001.2018 COM A PMSBC * DEPOSITO BANCARIO * DADOS BANCARIOS: BANCO DO BRASIL; AGENCIA 0712-9; C/C 78260-2 * | |

Santander

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:** 16/09/2021 - 16/09/2021

**Quantidade:** 1 **Valor Total:** R$ 254,70

**TED CIP**

| Favorecido | CNPJ/CPF/ Código Favorecido | No. compromisso Cliente | No. compromisso Banco | Valor R$ | Data do Pagamento | Tipo de Pagamento | Liberação | Identificação | Autenticação |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| PLATANUS FARMACIA DE MANIPULAC | 05.207.715/0001-33 | 0000001733 | 900000062 | 254,70 | 16/09/2021 | TED CIP | MPPUTINI 16/09/2021 | BCO: 0001 AG: 0712 CONTA: 0000782602 COD.ISPB: | A5658BC9CC4D24095ACCE22 |
| **Total** | | | | 254,70 | | | | | 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)