



URGENTE

Processo	Data Abertura	Data Emissão	Folha
64014/2021 CHMSBC	29/07/2021	02/08/2021	1

SUMÁRIO

Descrição dos Produtos/Serviços

CLORIDRATO DE MINOCICLINA

Serviço	Não Padrão	Reposição de estoque
-	-	X

MV	BIONEXO
-	180234501

R\$ Fls.

Mapa Comparativo	Fls.
-	09

Orçamento Referência

Dt Fls.

Valor Final R\$ 84,90 12

1º Pedido de Análise Técnica PLANILHA 13

1º Retorno de Análise Técnica PLANILHA 13

Dt Fls.

Negociação

2º Pedido da Análise Técnica - -

2º Retorno da Análise Técnica - -

Fls.

Variação Última Compra 0,00% 12

Documentação de Exclusividade -

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	Marca reprovada ou não homologada
-	-	-	-	X	-	-	-	-

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

AS FLS. 10 A 11, NEGOCIAÇÃO DO PROCESSO

O ITEM 21969 FOI REPASSADO AO SEGUNDO COLOCADO, DEVIDO AO PRIMEIRO REQUISITAR PAGAMENTO À VISTA, FLS. 09.

Fornecedores		Valor Total	Cond. Pagto
1	PLATANUS	R\$ 84,90	60 DIAS
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Justificativa de Urgência	Sim	Não	Folhas
	X	-	02 A 07

Aprovação

<p>Henrique Madureira Coordenador de Compras e Contratos CHMSBC</p> <p>03.08.21</p> <p>Depto. Compras</p>	<p>Larissa Helena Freire Advogada CHMSBC</p> <p>Depto. Jurídico</p>	<p>Comissão de Análise e Julgamento</p>
---	---	---

Aprovação	Reserva Financeira Realizada no Montante Supracitado	Emissão
<p>Edsamyel Araújo Diretor Administrativo CHMSBC</p> <p>Diretoria Administrativa</p>	<p>José Ramde Uchoa Jardim Diretor Administrativo Financeiro CHMSBC</p> <p>Diretoria Financeira</p>	<p>Ordem de Compra 06/08/2021</p>

Autorização - Diretoria Geral do CHMSBC

AUTORIZO		NÃO AUTORIZO
<p>a emissão da Ordem de Compra no valor supracitado</p> <p>Dra. Agnes M. F. Ferrari Diretora Geral CHMSBC</p>	<p>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.</p>	<p>a despesa pretendida/Solicitou o cancelamento do processo</p>

Solicitação: 64014
Solicitante: EUGÊNIO ROCHA
Setor: 561 CENTRO DE DISTRIBUICAO
Motivo: 6 COMPRA DE PRODUTO NAO PADRAO

Data Solic.: 29/07/2021 Data Máxima: 30/07/2021
Data da Impressão: 29/07/2021
Situação: SOLICITADA

URGENTE!

180/234501

02/08

Obs: ENTREGA IMEDIATA - ANTONIO O C JUNIOR

Seq	Produto	Dados da Solicitação					Dados da Última compra			
		Clas.ABC	Unidade	Quantidade	Cons. Méd Mensa	Est.Atual	Quantidade	Data	Vlr Unitário	Fornecedor
1	21969 CLORIDRATO DE MINOCICLINA 100MG COMP	C	COMPRIMIDO	30,00	0,00	0,00	30,00	22/07/2021	2,8300	PLATANUS FARMACIA

Especificação: CLORIDRATO DE MINOCICLINA 100MG COMPRIMIDO REVESTIDO

Data	Valor Total	Emissor
29 de Julho de 2021	84,90	

Somatório(Vl.Ult.Real * Qtd Solicitada)

Observação: O consumo é baseado nos últimos seis meses consolidados

ROCHA, N.º. _____
FLS.: _____
Visto _____

Ord. Compra: 101686 Solicitação: 64014 Solic: CENTRO DE DISTRIBUICAO
Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 06/08/2021
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.: ISENT0
Bairro: ASSUNÇÃO Fone/Fax: -
Responsável: JONATHAN A D S RODRIGUEZ 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: 06/08/2021 à 05/02/2022 R\$ - REAL
% Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00
Observação: PC 64014 2021
ID 180234501

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
21969 - CLORIDRATO DE MINOCICLINA 100MG COMP	RANBAXY			COMPRIMI DO	30,0000	2,8300	0,0000	0,00	0,0000	84,90
Especificação: CLORIDRATO DE MINOCICLINA 100MG COMPRIMIDO REVESTIDO										
Detalhamento:										

Total dos Produtos(+):	84,90
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 (=):	84,90

Nº 000.002.159

SÉRIE: 1

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

**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 000.002.159

SÉRIE: 1

Página 1 de 1

CONTROLE DO FISCO



CHAVE DE ACESSO

3521 0805 2077 1500 0133 5500 1000 0021 5916 0520 6308

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

135210901263223 - 07/08/2021 11:44

NATUREZA DA OPERAÇÃO

VENDA MERCADORIA ST

INSCRIÇÃO ESTADUAL

116510306110

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIB.

CNPJ / CPF

05.207.715/0001-33

DESTINATÁRIO/REMETENTE

NOME/RAZÃO SOCIAL

COMPLEXO HOSPITALAR MUNICIPAL DE SAO BERNARDO DO CAMPO

CNPJ/CPF

57.571.275/0017-60

DATA DA EMISSÃO

07/08/2021

ENDEREÇO

ESTRADA DOS ALVARENGAS, 1001 -

BAIRRO/DISTRITO

ASSUNCAO

CEP

09850-550

DATA DE ENTRADA/SAÍDA

09/08/2021

MUNICÍPIO

Sao Bernardo do Campo

FONE/FAX

1143531862

UF

SP

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DE ENTRADA/SAÍDA

08:00

FATURA

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO ICMS	0,00	VALOR DO ICMS	0,00	BASE DE CÁLCULO DO ICMS ST	0,00	VALOR DO ICMS ST	0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS	84,90
VALOR DO FRETE	0,00	VALOR DO SEGURO	0,00	DESCONTO	0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	0,00	VALOR DO IPI	0,00
								VALOR TOTAL DA NOTA	84,90

TRANSPORTADOR/VOLUMES TRANSPORTADOS

RAZÃO SOCIAL	PRETE 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.	VL. UNIT.	VL. TOTAL	BC ICMS	VL. ICMS	VL. IPI	ALÍQ. ICMS	ALÍQ. IPI
7897076909121	CLORIDRATO MINOCICLINA 100MG 30CP RANBAXY FABRICANTE: RANBAXY FARMACEUTICA LTDA CNPJ FABRICANTE: 73.633.650/0001-90 REGISTRO MS Nº: 1.2352.0091.003-6 LOTE DFC0384A FAB 02/21 VAL 01/24	30042099	2500	5405	un	1,0000	84,9000	84,90					
21969						30 CP							

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

Data:

09 AGO 2021

Nome:

RE:

Assinatura:

Assinatura:

CÁLCULO DO ISSQN

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

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES EMPRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL - LC 123 / 2006 * ORD EM COMPRA Nº 101686 * DESPESA REALIZADA COM BASE NO CONTRAT O DE GESTÃO SS Nº 001.2018 COM A PMSBC * DEPOSITO BANCARIO * DADOS BANCARIOS: BANCO DO BRASIL; AGENCIA 0712-9; C/C 782 60-2 *	RESERVADO AO FISCO
---	--------------------



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: 11/11/2021 - 11/11/2021

Quantidade: 1

Valor Total: R\$ 84,90

TED CIP									
Favorecido	CNPJ/CPF/ Código Favorecido	No. compromisso Cliente	No. compromisso Banco	Valor R\$ Pagamento	Data do Pagamento	Tipo de Pagamento	Liberação	Identificação	Autenticação
PLATANUS FARMACIA DE MANIPULAC	05.207.715/0001-33	0000004099	900002398	84,90	11/11/2021	TED CIP	MPPUTINI 11/11/2021	BCO: 0001 AG: 0712 CONTA: 0000782602 COD.ISPB: A5658BCCA4F432778DAFF0E	
Total				84,90					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)