URGENTE

Processo	Data Abertura	Data Emissão	Folha
64042/2021 CHMSBC	02/08/2021	04/08/2021	1

SUMÁRIO

Descrição dos Produtos/Serviços
AMPICILA

Serviço	Não Padrão	Reposição de estoque
-	-	X

MV	BIONEXO
-	180556987

	R$	Fls.
Orçamento Referência	-	-
	Dt	Fls.
1º Pedido de Análise Técnica	PLANILHA	09
1º Retorno de Análise Técnica	PLANILHA	09
	Dt	Fls.
2º Pedido da Análise Técnica	-	-
2º Retorno da Análise Técnica	-	-
		Fls.
Documentação de Exclusividade		-

				Fls.
Mapa Comparativo				05
Valor Final	R$	3.606,16		08
Negociação	R$	100,22	-2,70%	07
Variação Última Compra			-5,16%	08

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
-	-	-	-	-	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
	-	-	-	-	-	-	-	-

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

	Fornecedores	Valor Total	Cond. Pagto
1	MEDICAMENTAL	R$ 3.606,16	60 DIAS
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Justificativa de Urgência	Sim	Não	Folhas
	X	-	02 A 03

Aprovação

Depto. Compras	Depto. Jurídico	Comissão de Análise e Julgamento
Henrique Madureira Coordenador de Compras e Contratos CHMSBC 05.08.21	Larissa Helena Freire Advogada CHMSBC	

Aprovação	Reserva Financeira Realizada no Montante Supracitado	Emissão
Edsamuel Araújo Diretor Administrativo CHMSBC	José Ramon Uchôa Jardim Diretor Administrativo Financeiro CHMSBC	
Diretoria Administrativa	Diretoria Financeira	Ordem de Compra: 12/08/2021

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 Diretora Geral CHMSBC		

ULMV - Sistema de Gerenciamento de Compras
elatório de Solicitação de Compras

Emitido por: FABIO.GODOY
Em: 02/08/2021 11:22

Solicitação: 64042
Solicitante: EUGÊNIO ROCHA
Setor: 561 CENTRO DE DISTRIBUICAO
Motivo: 42 PROBLEMAS C/ FORNECEDOR

Data Solic.: 02/08/2021
Data da Impressão: 02/08/2021
Situação: SOLICITADA

Data Máxima: 03/08/2021

URGENTE!

Obs: SC URGENTE PELO FORNECEDOR ACACIA TER INFORMADO NÃO TER O INSUMO PARA ATENDIMENTO OC 101500 / SOLICITAÇÃO QUADRIMESTRAL

Dados da Solicitação							Dados da Última compra			
Seq	Produto	Clas.ABC	Unidade	Quantidade	Cons. Méd Mensal	Est.Atual	Quantidade	Data	Vlr Unitário	Fornecedor
1	779 AMPICILINA + SULBACTAM 1,5G FA	C	FA C/1500MG	450,00	90,00	40,00	100,00	23/07/2021	6,4500	FRESENIUS KABI

Especificação: PO LIOFILO INJETAVEL EM FRASCO AMPOLA.

Data	Valor Total	Emissor
02 de Agosto de 2021	2.902,50 Somatório(Vl.Ult.Real * Qtd Solicitada)	

Observação: O consumo é baseado nos últimos seis meses consolidados

PROC. Nº:
FLS.:
Visto

Ord. Compra: 101822 Solicitação: 64042 Solic: CENTRO DE DISTRIBUICAO

Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 12/08/2021

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: 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: 12/08/2021 à 12/02/2022 R$ - REAL
% Desc: 0,00 Vl Desc: 0,00 Vl ICMS: 0,00
Observação: PC 64042 2021
ID 180556987

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	Vl.Unit.	Vl Desc.	%Des	Vl IMP	Vl Total
779 - AMPICILINA + SULBACTAM 1,5G FA	MYLAN			FA C/1500MG	450,0000	8,0137	0,0000	0,00	0,0000	3.606,17

Especificação: PO LIOFILO INJETAVEL EM FRASCO AMPOLA.
Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	3.606,17
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 (=):	3.606,17

RECEBEMOS DE MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA ABAIXO. EMISSÃO: 12/08/2021 VALOR TOTAL: R$ 23.955,98 DESTINATÁRIO: FUNDACAO DO ABC - ESTRADA DOS ALVARENGAS, 1001 BAIRRO ALVARENGA SAO BERNARDO DO CAMPO-SP

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NFe Nº. 000.093.152
Série 001

43

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

medicamental

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

Nº. 000.093.152
Série 001
Folha 1/1

CHAVE DE ACESSO
3521 0831 3782 8800 0166 5500 1000 0931 5211 3031 4262
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 DE MERCADORIA	**135210926574909 - 12/08/2021 21:02:28**

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ / CPF
797409146110		**31.378.288/0001-66**

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
FUNDACAO DO ABC	**57.571.275/0017-60**	**12/08/2021**

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA DA SAÍDA/ENTRADA
ESTRADA DOS ALVARENGAS, 1001	**BAIRRO ALVARENGA**	**09850-550**	**12/08/2021**

MUNICÍPIO	UF	FONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA/ENTRADA
SAO BERNARDO DO CAMPO	**SP**	**11435315001864**		**22:02:00**

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
FUNDACAO DO ABC	**57.571.275/0017-60**	

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP
RUA PAULO COPPINI, 035 - PORTAO 2/ ALMOXARIFA	**DOS CASA**	**09850-655**

MUNICÍPIO	UF	FONE / FAX
SAO BERNARDO DO CAMPO	**SP**	**1143531500**

FATURA / DUPLICATA

Num.	001
Venc:	11/10/2021
Valor	R$ 23.955,98

CÁLCULO DO IMPOSTO

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
23.955,98	4.182,25	0,00	0,00	0,00	0,00	23.955,98
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	23.955,98

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
NIKKEY RIO PRETO LOGISTICA E TRANSPORTE - EIRELI	0-Remetente				15.066.184/0001-60

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA MARIA CERON VOLPE,2260	**SAO JOSE DO RIO PRETO**	**SP**	**647598751114**

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
3	Volumes			11,994	11,994

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
31958 7779	AMPICILINA+SULBACTAM 1,5G SOL INJ CX C/30 FA 20ML/MYLAN/AM G+ Lote: 7104963 Qtd: 9 Val: 28/02/2023 101822	30041011	200	5102	UN	9 270	240,4111	2.163,70	2.163,70	259,64			12,00	
28748 7389	BERIPLEX 500UI FR+DIL 20ML G/CSL BEHRING HOSP Lote: P100166922 Qtd: 2 Val: 31/08/2022 101829	30021239	700	5102	UN	2	1.341,5400	2.683,08	2.683,08	482,95			18,00	
31537 20146	HAEMOCOMPLETTAN 1G PO LIOF FA VD INC/CSL BEHRING HOSP Lote: P100256094 Qtd: 10 Val: 30/04/2025 101829	30021239	700	5102	UN	10	1.910,9200	19.109,20	19.109,20	3.439,66			18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Contribuinte: OCS
101829
101822
"DESPESA REALIZADA COM BASE NO CONTRATO DE GESTAO SS No001/2018 COM A PMSBC.
ENTREGAR AMANHA 13/08/21 POR FAVOR
HR 8H AS 16H30 NAO RECEBEM FORA DE HR
Orc 13030695 Fichas 1/3 1 vols, 2/3 1 vols, 3/3 1 vols
ATENDIMENTO 16 3505-4900 R: 1605 hospitalar@medicamental.com.br
AFE: AUTORZ/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$ 4.394,02 Estadual: R$ 4.182,25 Municipal: R$ 0.00 Fonte: IBPT
Regime Especial - 035738/2018 - Portaria CAT no 116/2017
ROTA: CD SAO PAULO - R 140 - GDE SP

RESERVADO AO CONTRIBUINTE

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

Data: 13 AGO 2021
Nome: Dilia
RE: 900
Assinatura: Hc alves

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:** 22/11/2021 - 22/11/2021

Quantidade: 1 **Valor Total:** R$ 23.955,98

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	0000004919	900003039	23.955,98	22/11/2021	TED CIP	AMUNIN 19/11/2021	BCO: 0001 AG: 3370 CONTA: 0000061581 COD.ISPB:	A5658BC6137A9438052BCD7
Total				23.955,98					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: 27/08/2021 VALOR TOTAL: R$ 2.737,83 DESTINATÁRIO: FUNDACAO DO ABC - ESTRADA DOS ALVARENGAS, 1001 BAIRRO ALVARENGA SAO BERNARDO DO CAMPO-SP

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NFe Nº. 000.095.515
Série 001

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

medicamental

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

Nº. 000.095.515
Série 001
Folha 1/2

CHAVE DE ACESSO
3521 0831 3782 8800 0166 5500 1000 0955 1511 3057 6973
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 DE MERCADORIA	**135210994878367 - 27/08/2021 18:44:54**

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ / CPF
797409146110		**31.378.288/0001-66**

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
FUNDACAO DO ABC	**57.571.275/0017-60**	**27/08/2021**

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA DA SAÍDA/ENTRADA
ESTRADA DOS ALVARENGAS, 1001	**BAIRRO ALVARENGA**	**09850-550**	**27/08/2021**

MUNICÍPIO	UF	FONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA/ENTRADA
SAO BERNARDO DO CAMPO	**SP**	**11435315001864**		**19:44:00**

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
FUNDACAO DO ABC	**57.571.275/0017-60**	

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP
RUA PAULO COPPINI, 035 - PORTAO 2/ ALMOXARIFA	**DOS CASA**	**09850-655**

MUNICÍPIO	UF	FONE / FAX
SAO BERNARDO DO CAMPO	**SP**	**1143531500**

FATURA / DUPLICATA

Num.	001
Venc.	26/10/2021
Valor	R$ 2.737,83

CÁLCULO DO IMPOSTO

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
1.417,83	179,86	0,00	0,00	0,00	0,00	2.737,83

VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS	VALOR TOTAL IPI	VALOR ICMS DESONERADO	TOTAL DA NOTA
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	289,76	2.737,83

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
NIKKEY RIO PRETO LOGISTICA E TRANSPORTE - EIRELI	**0-Remetente**				**15.066.184/0001-60**

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA MARIA CERON VOLPE,2260	**SAO JOSE DO RIO PRETO**	**SP**	**647598751114**

QUANTIDADE	ESPÉCIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
8	Volumes			66,705	66,705

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
35326 600	AGUA P/ INJECAO SOL INJ C/40 FR 250ML/EQUIPLEX HOSP R+ Lote: 2113794 Qtd: 5 Val: 30/06/2023 FCI:9F4FE1CA-1112-41C6-A613-D6551F6AE8A8	30049099	500 100 748	5102	UN	5 300	92,0000	460,00	460,00	61,18			13,30	
31958 778	AMPICILINA+SULBACTAM 1,5G SOL INJ CX C/30 FA 20ML/MYLAN/AM G+ Lote: 7104963 Qtd: 3 Val: 28/02/2023	30041011 101822	200	5102	UN	3 90	240,4100	721,23	721,23	86,55			12,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Contribuinte: OCS
102022
101176
101822
101271
102006
102027
100980
100748
"DESPESA REALIZADA COM BASE NO CONTRATO DE GESTAO SS No001/2018 COM A PMSBC.
ENTREGAR SEGUNDA 30/08/21 POR FAVOR
HR 8H AS 16H30 NAO RECEBEM FORA DE HR
Orc 13056727 Fichas 1/4 1 vols, 2/4 1 vols, 3/4 1 vols, 4/4 5 vols
ATENDIMENTO 16 3505-4900 R: 1605 hospitalar@medicamental.com.br
AFE: AUTORZ/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$ 595,45 Estadual: R$ 334,52 Municipal: R$ 0,00 Fonte: IBPT
Valor Dispensado R$ 289,76.
(A) Aliquota de ICMS conforme Artigo 54, inciso XVII, do RICMS/SP
(B) Anexo I, Artigo 154, do RICMS/SP - Convenio 162/94
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(os) material(is) discriminados na presente nota
30 AGO 2021
Data:
Nome:
RI
Unidade:
Visto:

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:** 21/12/2021 - 21/12/2021

Quantidade: 1 **Valor Total:** R$ 2.737,83

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	0000007262	900005329	2.737,83	21/12/2021	TED CIP	MPPUTINI 21/12/2021	BCO: 0001 AG: 3370 CONTA: 0000061581 COD.ISPB:	A5658BC395077C40DF2E2D6
Total				2.737,83					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 AO LADO. EMISSÃO: 18/03/2022 VALOR TOTAL: R$ 12.889,77 DESTINATÁRIO: FUNDACAO DO ABC - ESTRADA DOS ALVARENGAS, 1001 BAIRRO ALVARENGA SAO BERNARDO DO CAMPO-SP

DATA DE RECEBIMENTO	IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

NFe Nº. 000.132.805
Série 001

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

medicamental

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

Nº. 000.132.805
Série 001
Folha 1/2

CHAVE DE ACESSO
3522 0331 3782 8800 0166 5500 1000 1328 0511 3435 2531

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 DE MERCADORIA	135220361777917 - 18/03/2022 20:37:38

INSCRIÇÃO ESTADUAL	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.	CNPJ / CPF
797409146110		31.378.288/0001-66

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	DATA DA EMISSÃO
FUNDACAO DO ABC	57.571.275/0017-60	18/03/2022

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP	DATA DA SAÍDA/ENTRADA
ESTRADA DOS ALVARENGAS, 1001	BAIRRO ALVARENGA	09850-550	18/03/2022

MUNICÍPIO	UF	FONE / FAX	INSCRIÇÃO ESTADUAL	HORA DA SAÍDA/ENTRADA
SAO BERNARDO DO CAMPO	SP	11435315001864		21:37:00

INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA

NOME / RAZÃO SOCIAL	CNPJ / CPF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
FUNDACAO DO ABC	57.571.275/0017-60	

ENDEREÇO	BAIRRO / DISTRITO	CEP
RUA PAULO COPPINI, 035 - PORTAO 2/ ALMOXARIFA	DOS CASA	09850-655

MUNICÍPIO	UF	FONE / FAX
SAO BERNARDO DO CAMPO	SP	1143531500

FATURA / DUPLICATA

Núm.	001
Venc.	17/05/2022
Valor	R$ 12.889,77

CÁLCULO DO IMPOSTO

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
11.169,27	1.958,85	0,00	0,00	0,00	0,00	12.889,77
VALOR DO FRETE	**VALOR DO SEGURO**	**DESCONTO**	**OUTRAS DESPESAS**	**VALOR TOTAL IPI**	**VALOR ICMS DESONERADO**	**TOTAL DA NOTA**
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	377,67	12.889,77

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF
NIKKEY RIO PRETO LOGISTICA E TRANSPORTE - EIRELI	0-Remetente				15.066.184/0001-60

ENDEREÇO	MUNICÍPIO	UF	INSCRIÇÃO ESTADUAL
RUA MARIA CERON VOLPE,2260	SAO JOSE DO RIO PRETO	SP	647598751114

QUANTIDADE	ESPECIE	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO	PESO LÍQUIDO
5	Volumes			11,210	11,210

DADOS DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	BASE ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	VALOR ST+FCP	ALIQ ICMS	ALIQ IPI
31958 779	AMPICILINA 1G + SULBACTAM 500MG INJ IM/IV C/30 FA/MYLAN/AM G+ Lote: 7105039 Qt: 3 Val: 30/06/23 101822	30041011	200	5102	UN	3 90	240,4100	721,23	721,23	86,55			12,00	
15334 946	BACLOFEN 10MG CX C/20 CPR/TEUTO S+ PMC: 23,49 Lote: 2717171 Qt: 20 Val: 30/12/23 106138	30049099	000	5102	CX	20 400	2,2600	45,20	45,20	8,14			18,00	

DADOS ADICIONAIS

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

Inf. Contribuinte: OCS
101755
105558
106127
106138
107845
106276
106445
108093
104469
104650
107832
108290
104200
101822

CHMSBC
TERMO DE RECEBIMENTO
Recebi em ordem o(os) material(is) discriminados na presente nota
Data: 21 MAR 2022
Nome: Eric Ninieira
RE: 010486
Unidade:
Visto:

"DESPESA REALIZADA COM BASE NO CONTRATO DE GESTAO SS No001/2018 COM A PMSBC.
ENTREGAR SEGUNDA 21/03/22 POR FAVOR
HR SH AS 16H30 NAO RECEBEM FORA DE HR
Ord 13434066 Fichas 1/5 1 vols, 2/5 1 vols, 3/5 1 vols, 4/5 1 vols, 5/5 1 vols
ATENDIMENTO 16 3505-4900 R: 1605 hospitalar@medicamental.com.br
AFE: AUTORZ/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$ 1.946,08 Estadual: R$ 1.843,37 Municipal: R$ 0,00 Fonte: IBPT
Valor Dispensado R$ 377,67.
(A) Anexo I,Artigo154,doRICMS/SP-Convenio162/94
Regime Especial - 035738/2018 - Portaria CAT no 116/2017
ROTA: CD SAO PAULO - R 140 - GDE SP

RESERVADO AO FISCO

1 OIC

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:** 20/05/2022 - 20/05/2022

Quantidade: 1 **Valor Total:** R$ 12.889,77

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	0000017945	900014932	12.889,77	20/05/2022	TED CIP	MPPUTINI 20/05/2022	BCO: 0001 AG: 3370 CONTA: 0000061581 COD.ISPB:	A5658BC9B08F35FC3CDD257
Total				12.889,77					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)