



# URGENTE

Processo	Data Abertura	Data Emissão	Folha
64056/2021 CHMSBC	03/08/2021	12/08/2021	1

## SUMÁRIO

### Descrição dos Produtos/Serviços

ACIDO FOLINICO

Serviço	Não Padrão	Reposição de estoque
-	-	X

MV	BIONEXO
-	180886846

Orçamento Referência	RS	Fls.
-	-	-

Mapa Comparativo	Fls.
-	09

1º Pedido de Análise Técnica	PLANILHA	13 A 16
1º Retorno de Análise Técnica	PLANILHA	13 A 16

Valor Final	RS	122,50	12
-	-	-	-

2º Pedido da Análise Técnica	-	-
2º Retorno da Análise Técnica	-	-

Negociação	-	-	-
-	-	-	-

Documentação de Exclusividade	-	-
-	-	-

Variação Última Compra	91,17%	12
-	-	-

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 pago 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 442 FOI REPASSADO AO TERCEIRO COLOCADO, DEVIDO AOS DOIS PRIMEIROS ESTAREM REPROVADOS, FLS. 13 A 16.

O PROCESSO INDICOU VARIAÇÃO DE 91,17%, DEVIDO AO ITEM INDUSTRIALIZADO ESTA EM FALTA NO MERCADO. SENDO NECESSÁRIO A AQUISIÇÃO VIA FARMACIA DE MANIPULAÇÃO, FLS. 13 A 16

Fornecedores		Valor Total	Cond. Pagto
1	D. SOARES	RS 122,50	< 30 DIAS
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Justificativa de Urgência	Sim	Não	Folhas
X	-	-	02 A 07

### Aprovação

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

Aprovação	Reserva Financeira Realizada no Montante Supracitado	Emissão
Samuel Araújo Diretor Administrativo CHMSBC	José Ramde Uchoa Jardim Diretor Administrativo Financeiro CHMSBC	
Diretoria Administrativa	Diretoria Financeira	Ordem de Compra: ___/___/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
José Ramde Uchoa Jardim Diretor Administrativo Financeiro CHMSBC		

5 - COMPLEXO HOSP SÃO BERNARDO DO CAMPO  
 SOULMV - Sistema de Gerenciamento de Compras  
 Relatório de Solicitação de Compras

Página: 1 / 1  
 Emitido por: FABIO.GODOY  
 Em: 03/08/2021 10:33

*Jonathas*

Solicitação: 64056  
 Solicitante: EUGÊNIO ROCHA  
 Setor: 561 CENTRO DE DISTRIBUICAO  
 Motivo: 40 FALTA DO PRODUTO NO MERCADO

Data Solic.: 03/08/2021 Data Máxima: 04/08/2021  
 Data da Impressão: 03/08/2021  
 Situação: SOLICITADA

*05/08 02h00*

**URGENTE!**

Obs: COMPRA URGENTE POR MOTIVO DO INSUMO SE ENCONTRAR EM FALTA NO MERCADO/ PREVISÃO DE NORMALIZAÇÃO EM AGOSTO/ SOLICITAÇÃO QUADRIMESTRAL

*ID: 180886846*

Dados da Solicitação						Dados da Última compra				
Seq	Produto	Clas.ABC	Unidade	Quantidade	Cons. Méd Mensal	Est.Atual	Quantidade	Data	Vir Unitário	Fornecedor
1	442 Acido foLINICO 15mg comp	C	COMP C/15MG	50,00	33,00	0,00	500,00	23/11/2020	1,2810	RIOCLARENSE

Especificação: COMPRIMIDO EM BLISTER CONTENDO ACIDO FOLÍNICO 15MG.

_____	Data	_____	Valor Total	_____	Emissor	_____
	03 de Agosto de 2021		64,05			
Somatório(Vl.Ult.Real * Qtd Solicitada)						

Observação: O consumo é baseado nos últimos seis meses consolidados

PRUC. N°:  
 FLS.: *07*  
 Visto \_\_\_\_\_

Ord. Compra: 101971      Solicitação: 64056      Solic: CENTRO DE DISTRIBUICAO      Visto  
 Nº Processo:      Situação:      ABERTA      Dt Ord. Compra: 17/08/2021  
 Fornecedor: 171 DROGARIA SOARES - DROGARIA SOARES LTDA  
 CNPJ/CPF: 61.698.577/0001-03      Insc Est.: 105475425118  
 Endereço: DOMINGOS DE MORAIS      Nr.: 2188      Compl.:  
 Bairro: VILA MARIANA      Cep: 4036000  
 Cidade: SAO PAULO      UF: SP      Conta: 63018 - 7 Agência: 0548 - 7 Banco: 237  
 Contato(s): ROSA.ATENDIMENTO@DROGARIASOARES.COM.BR  
 Telefone Comercial : (11)5574-6955  
 Fax : (11)5574-6955  
 E-Mail : ROSA.ATENDIMENTO@DROGARIASO

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.: 7      Desc. Condição de Pgto.: 30 DIAS  
 Período p/ Entrega: 17/08/2021 à 17/02/2022      R\$ - REAL  
 % Desc: 0,00      VI Desc: 0,00      VI ICMS: 0,00  
 Observação: PC 64056 2021  
 ID 180886846

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
442 - Acido foLINICO 15mg comp	SOARES			COMP C/15MG	50,0000	2,4500	0,0000	0,00	0,0000	122,50
Especificação: COMPRIMIDO EM BLISTER CONTENDO ACIDO FOLÍNICO 15MG.										
Detalhamento:										

Total dos Produtos(+):	122,50
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
<b>Valor Total (=):</b>	<b>122,50</b>

Ord. Compra: 101971

Solicitação: 64056

Solic: CENTRO DE DISTRIBUICAO

**DROGARIA SOARES LTDA.01**  
 RUA DOMINGOS DE MORAIS, 2188  
 VILA MARIANA  
 CEP - 04036-000 - SAO PAULO - SP  
 FONE / FAX: 11 5574-6955

Documento Auxiliar de Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA  
 1 - SAÍDA **1**

Nº 281840

SÉRIE 1

Folhas 1 de 1



CHAVE DE ACESSO

3521 0861 6985 7700 0103 5500 1000 2818 4010 1281 8408

CONSULTA DE AUTENTICIDADE NO PORTAL NACIONAL DA NFE

"www.nfe.fazenda.gov.br/portal" OU NO SITE DA SEFAZ AUTORIZADA.

PROTOCOLO DE AUTORIZACAO DE USO

135210944873288 17/08/2021 12:48:45

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
**VENDAS SUBST.TR**

INSCRIÇÃO ESTADUAL: **105475425118** INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT. CNPJ/CPF: **61.698.577/0001-03**

DESTINATÁRIO / REMETENTE  
 NOME / RAZÃO SOCIAL: **COMPLEXO HOSPITALAR MUNICIPAL DE SAO BERNARDO DO CAMPO**  
 ENDEREÇO: **RUA SILVA JARDIM,470**, 1 BAIRRO / DISTRITO: **CENTRO** CEP: **09715-090**  
 MUNICÍPIO: **SAO BERNARDO CAMPO** FONE / FAX: **11 4365-1490** U.F.: **SP**  
 DATA DA EMISSÃO: **17/08/2021**  
 DATA DA ENTRADA / SAÍDA: **17/08/2021**  
 HORA DA SAÍDA:

COBRANÇA: ... Vencto: 15/10/2021... / V. Orig: 49.00 / V.Liq.: 49.00

BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S.	VALOR DO I.C.M.S.	BASE CÁLCULO I.C.M.S. SUBSTITUIÇÃO	VALOR DO I.C.M.S. SUBSTITUIÇÃO	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS
0,00	0,00	0,00	0,00	49,00
VALOR DO FRETE	VALOR DO SEGURO	DESCONTO	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS	VALOR TOTAL DO I.P.I
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA
				49,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS  
 NOME / RAZÃO SOCIAL: FRETE POR CONTA: **0** CÓDIGO ANTT: PLACA DO VEÍCULO: U.F.: C.N.P.J. / C.P.F.:  
 ENDEREÇO: MUNICÍPIO: U.F.: INSCRIÇÃO ESTADUAL:  
 QUANTIDADE: ESPÉCIE: **VOLUME(S)** MARCA: NÚMERO: **631937** PESO BRUTO: **0,000** PESO LÍQUIDO: **0,000**

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS		NCM / SH	CST	CFOP	UN	QTDE	V. UNITÁRIO	V. TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	V. IPI	ALÍQUOTAS	
C. PROD	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS											ICMS	IPI
5804099	ACIDO FOLINICO 15MG C/ 1 CAPS L:113671 V:16/11/21 Q:20	30049099	060	5405	CAP	20.0000	2.4500	49,00					

**CHMSBC**  
**TERMO DE RECEBIMENTO**  
 Recebi em ordem o(s) material(is) discriminados na presente nota  
 Data: **18 AGO 2021**  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 RE: \_\_\_\_\_  
 Jri: \_\_\_\_\_  
 Viteo: \_\_\_\_\_

CÁLCULO DE ISSQN  
 INSCRIÇÃO MUNICIPAL: **ISENTO** VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS: BASE DE CÁLCULOS DO ISSQN: VALOR DO ISSQN:

DADOS ADICIONAIS  
 ENDEREÇO DE ENTREGA: RUA PAULO COPPINE 35 - CENTRO - 09850655 - SAO BERNARDO DO CAMP - SP. - Deposito Bradesco - AG:548 C/C:63018-7 - ENTREGAR DIA 18/08 NO RECEBIMENTO ATE AS 16H OC 101971 DESP REALIZADA C/ BASE NO C DE GESTA O SS N 001/2018 C/PMSBC Pedido Cliente:631937 \*\* ATENCAO \*\* AS SOLICITACOES DE T ROCA OU DEVOLUCAO DE MERCADORIAS, SOMENTE SERAO ACEITAS NO PRAZO MAXIMO DE 24h APOS O RECEBIMENTO DA NFE, MEDIANTE O ENVIO DE E-MAIL PARA: sac@drogariasoare.com.br, INFORMANDO O No.DA NFE, MEDICAMENTO E MOTIVO. \*\* ICMS RECOLHIDO POR ST ART.313-A.G DO RICMS/SP DECRETO 45.490/2000.

RESERVADO AO FISCO



## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco  
900001695No. compromisso cliente  
000003448Data do Crédito  
20/10/2021Valor  
49,00

## Dados do Remetente

Nome  
FUNDAÇÃO DO ABC

CNPJ/CPF

Convênio  
0033-0110-004906687254Data da Solicitação  
20/10/2021Agência/Conta Corrente  
0110 / 000130508742

## Dados do Destinatário

Nome  
DROGARIA SOARES LTDACNPJ/CPF  
61.698.577/0001-03Tipo Conta  
Conta CorrenteBanco/ISPB  
0237/Agência  
00548Conta Corrente  
0000000000000630187Valor  
49,00Finalidade  
Crédito em ContaTipo de Serviço  
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária  
A5658BC53CDEA2659AB98A7**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)

**DROGARIA SOARES LTDA.01**

RUA DOMINGOS DE MORAIS, 2188  
 VILA MARIANA  
 CEP - 04036-000 - SAO PAULO - SP  
 FONE / FAX: 11 5574-6955

Documento Auxiliar de  
 Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA  
 1 - SAÍDA **1**  
**Nº 281986**  
 SÉRIE 1  
**Folhas 1 de 1**



CHAVE DE ACESSO

3521 0861 6985 7700 0103 5500 1090 2819 8610 1281 9867

CONSULTA DE AUTENTICIDADE NO PORTAL NACIONAL DA NFE:  
 "www.nfe.fazenda.gov.br/portal" OU NO SITE DA SEFAZ AUTORIZADA.

NATUREZA DA OPERAÇÃO  
**VENDAS SUBST.TR**

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO  
**135210976012276 24/08/2021 11:25:13**

INSCRIÇÃO ESTADUAL  
**105475425118**

INSC. ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.

C.N.P.J./C.P.F.

**61.698.577/0001-03**

DESTINATÁRIO / REMETENTE

NOME / RAZÃO SOCIAL  
**COMPLEXO HOSPITALAR MUNICIPAL DE SAO BERNARDO DO CAMPO**

INSCRIÇÃO SUPRAMA

C.N.P.J. / C.P.F.

**57.571.275/0017-60**

DATA DA EMISSÃO

**24/08/2021**

ENDEREÇO  
**RUA SILVA JARDIM,470 , 1**

BAIRRO / DISTRITO

**CENTRO**

CEP

**09715-090**

DATA DA ENTRADA / SAÍDA

**24/08/2021**

MUNICÍPIO  
**SAO BERNARDO CAMPO**

FONE / FAX

**11 4365-1490**

U.F.

**SP**

INSCRIÇÃO ESTADUAL

HORA DA SAÍDA

FATURA

**COBRANÇA: ... Vencido: 22/10/2021... / V. Orig: 73.50 / V.Liq.: 73.50**

CÁLCULO DO IMPOSTO

BASE DE CÁLCULO DO I.C.M.S. 0,00	VALOR DO I.C.M.S. 0,00	BASE CÁLCULO I.C.M.S. SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR DO I.C.M.S. SUBSTITUIÇÃO 0,00	VALOR TOTAL DOS PRODUTOS 73,50
VALOR DO FRETE 0,00	VALOR DO SEGURO 0,00	DESCONTO 0,00	OUTRAS DESPESAS ACESSÓRIAS 0,00	VALOR TOTAL DO I.P.I 0,00
				VALOR TOTAL DA NOTA 73,50

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

NOME / RAZÃO SOCIAL	FRETE POR CONTA 0	CÓDIGO ANT	PLACA DO VEÍCULO	U.F.	C.N.P.J. / C.P.F.
ENDEREÇO	MUNICÍPIO	U.F.	INSCRIÇÃO ESTADUAL		
QUANTIDADE	ESPÉCIE VOLUME(S)	MARCA	NÚMERO 632149	PESO BRUTO 0,000	PESO LÍQUIDO 0,000

DADOS DO PRODUTO / SERVIÇOS

C. PROD	DESCRIÇÃO DOS PRODUTOS / SERVIÇOS	NCM / SH	CST	CFOP	UN	QTDE	V. UNITÁRIO	V. TOTAL	BC ICMS	V. ICMS	V. IPI	ALÍQUOTAS	
												ICMS	IPI
5804099	ACIDO FOLINICO 15MG C/ 1 CAPS L:113927 V:23/11/21 Q:30	30049099	060	5405	CAP	30.0000	2.4500	73,50					

CÁLCULO DE ISSQN

INSCRIÇÃO MUNICIPAL <b>ISENTO</b>	VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS	BASE DE CÁLCULO DO ISSQN	VALOR DO ISSQN
--------------------------------------	--------------------------	--------------------------	----------------

DADOS ADICIONAIS

ENDEREÇO DE ENTREGA: RUA PAULO COPPINI 35 - CENTRO - 09850655 - SAO BERNARDO DO CAMP - SP. - Deposito Bradesco / AG:548 C/C:63018-7 - ENTREGAR DIA 25/08 NO RECEBIMENTO ATÉ AS 16H O/C 101971/DESP REALIZADA C/ BASE NO C DE GESTA/O SS N001/2018 C/PMSBC Pedido Cliente:632149 \*\* ATENÇÃO \*\* AS SOLICITAÇÕES DE TR/OCA OU DEVOLUÇÃO DE MERCADORIAS, SOMENTE SERAO ACEITAS NO PRAZO MAXIMO DE 24h APOS O RECEBIMENTO DA NFE, MEDIANTE O ENVIO DE E-MAIL PARA: sac@drogariassoares.com.br, INFORMANDO O No. DA NFE, MEDICAMENTO E MOTIVO. \*\* ICMS RECOLHIDO POR ST ART.313-A, G D O RICMS/SP DECRETO 45.490/2000.

RESERVADO AO C/PMSBC  
**TERMO DE RECEBIMENTO**  
 Recebi em ordem o(s) material(is)  
 discriminados na presente nota

Data: **25 AGO 2021**  
 Nome: \_\_\_\_\_  
 RE: \_\_\_\_\_  
 Unidade: \_\_\_\_\_  
 Vist.: \_\_\_\_\_



## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco  
900000832No. compromisso cliente  
000002444Data do Crédito  
01/10/2021Valor  
73,50

## Dados do Remetente

Nome  
FUNDAÇÃO DO ABC

CNPJ/CPF

Convênio  
0033-0110-004906687254Data da Solicitação  
01/10/2021Agência/Conta Corrente  
0110 / 000130508742

## Dados do Destinatário

Nome  
DROGARIA SOARES LTDACNPJ/CPF  
61.698.577/0001-03Tipo Conta  
Conta CorrenteBanco/ISPB  
0237/Agência  
00548Conta Corrente  
0000000000000630187Valor  
73,50Finalidade  
Crédito em ContaTipo de Serviço  
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária  
A5658BC47E3927970CA4BA7**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)