



Processo	Data Abertura	Data Emissão	Folha
60784/2021 CSSBC	30/03/2021	14/04/2021	1

**SUMÁRIO**

Descrição dos Produtos/Serviços

AQUISIÇÃO DE AMICACINA

Serviço	Não Padrão	Reposição de estoque
-	-	-

R\$ Fls.

Orçamento Referência - -

Dt Fls.

1º Pedido de Análise Técnica PLANILHA 07

1º Retorno de Análise Técnica PLANILHA 07

Dt Fls.

2º Pedido da Análise Técnica - -

2º Retorno da Análise Técnica - -

Fls.

Documentação de Exclusividade - -

MV	BIONEXO
-	166091175

Fls. 03

Mapa Comparativo

Valor Final R\$ 5.760,00 06

Negociação R\$ 97,80 -1,66% 05

Varição Última Compra -4,19% 06

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
4	1	1	-	-	-	NÃO

*Justificativa (Itens fechados a partir do 2º colocado)	Não fatura para o CSSBC	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
-	-	-	-	-	-	-	-	-

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

Fornecedores		Valor Total	Cond. Pagto
1	MEDICAMENTAL	R\$ 5.760,00	60 DIAS
2			
3			
4			
5			
6			
7			

Justificativa de Urgência	Sim	Não	Folhas
-	-	X	-

Aprovação

Henrique Madureira Coordenador de Compras e Contratos CHMSBC 15.04.21	Ana Paula Ribeiro Advogada CHMSBC	
Depto. Compras	Depto. Jurídico	Comissão de Análise e Julgamento

Reserva Financeira Realizada no Montante Supracitado	Observações	Emissão
Jose Paulo da Jardim Chefe Administrativo Financeiro CHMSBC		Ordem de Compra: 15704/2021

Autorização - Diretoria Geral do CSSBC

AUTORIZO	NÃO AUTORIZO
a emissão da Ordem de Compra no valor supracitado	a despesa pretendida/Solicito o cancelamento do processo
Jose Paulo da Jardim Chefe Administrativo Financeiro	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.

Solicitação: 60784 ✓  
 Solicitante: FABIO.GODOY  
 Setor: 561 CENTRO DE DISTRIBUICAO  
 Motivo: 8 COMPRA PARA REPOSICAO ESTOQUE

Data Solicitud: 30/03/2021  
 Data da Impressão:  
 Situação: SOLICITADA  
 Data Máxima: 30/09/2021  
 166091175

Obs: solicitação de compras quadrimestral

08/09

Dados da Solicitação						Dados da Última compra				
Seq	Produto	Clas.ABC	Unidade	Quantidade	Cons. Méd Mensal	Est.Atual	Quantidade	Data	Vlr Unitário	Fornecedor
1	704 AMICACINA 500MG AMPOLA 2ML	C	AMP C/2ML	3.000,00	648,00	900,00	1.200,00	26/03/2021	2,0040	ANBIOTON
Nº Entregas		Período p/ Entrega		Quantidade						
1		30/09/2021 à 30/09/2021		3000						

Especificação: SOLUCAO INJETAVEL, AMPOLA CONTENDO 2ML DE SOLUCAO DE SULFATO DE AMICACINA 250MG/ML.

Data	Valor Total	Emissor
30 de Março de 2021	6.012,00	
Somatório(Vl.Ult.Real * Qtd Solicitada)		

Observação: O consumo é baseado nos últimos seis meses consolidados

Fls. N.º: 08  
 Visto



Ord. Compra: 98025 Solicitação: 60784 Solic: CENTRO DE DISTRIBUICA

Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 15/04/2021

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.: ISENT0  
Bairro: ASSUNÇÃO Fone/Fax: -  
Responsável: CAIQUE.SILVA 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: 15/04/2021 à 15/10/2021 Moeda: R\$ -  
% Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00  
Observação: PC 60784 2021  
ID 166091175

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qty Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
704 - AMICACINA 500MG	TEUTO			AMP	3.000,0000	1,9200	0,0000	0,00	0,0000	5.760,00
AMPOLA 2ML				C/2ML						
Especificação: SOLUCAO INJETAVEL, AMPOLA CONTENDO 2ML DE SOLUCAO DE SULFATO DE AMICACINA 250MG/ML.										

Nº	Período p/ Entrega	Quantidade
1	30/09/2021 à 30/09/2021	3000

Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	5.760,00
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 (=):	5.760,00



RECEBEMOS DE MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA OS PRODUTOS E/OU SERVIÇOS CONSTANTES DA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA ABAIXO. EMISSÃO: 16/04/2021 VALOR TOTAL: R\$ 16.921,36 DESTINATÁRIO: FUNDAÇÃO DO ABC - ESTRADA DOS ALVARENGAS NO, 1001 BAIRRO ALVARENGA SAO BERNARDO DO CAMPO-SP



NFe N° 000.071.972  
Série 001

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

<b>IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE</b>  <b>MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA</b> VIA ANHANGUERA, S/N - KM 307 950M GP2 CANDIDO PORTINARI - 14093-500 RIBEIRAO PRETO - SP Fone/Fax: 1635054900 www.medicamental.com.br		<b>DANFE</b> Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica 0 - ENTRADA 1 - SAÍDA <b>N° 000.071.972</b> <b>Série 001</b> Folha 1/2	 CHAVE DE ACESSO <b>3521 0431 3782 8800 0166 5500 1000 0719 7211 2815 9714</b> 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 <b>135210414832942 - 16/04/2021 18:56:41</b>
NATUREZA DA OPERAÇÃO <b>VENDA DE MERCADORIA</b>		CNPJ / CPF <b>31.378.288/0001-66</b>	
INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>797409146110</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.		

DESTINATÁRIO / REMETENTE NOME / RAZÃO SOCIAL <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b>		CNPJ / CPF <b>57.571.275/0017-60</b>	DATA DA EMISSÃO <b>16/04/2021</b>
ENDEREÇO <b>ESTRADA DOS ALVARENGAS NO, 1001</b>	BAIRRO / DISTRITO <b>BAIRRO ALVARENGA</b>	CEP <b>09850-550</b>	DATA DA SAÍDA/ENTRADA <b>16/04/2021</b>
MUNICÍPIO <b>SAO BERNARDO DO CAMPO</b>	UF <b>SP</b>	FONE / FAX <b>11435315001864</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL
INFORMAÇÕES DO LOCAL DE ENTREGA NOME / RAZÃO SOCIAL <b>FUNDAÇÃO DO ABC</b>		CNPJ / CPF <b>57.571.275/0017-60</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL
ENDEREÇO <b>RUA PAULO COPPINI, 035 - PORTAO 2/ ALMOXARIFA</b>	BAIRRO / DISTRITO <b>DOS CASA</b>	CEP <b>09850-655</b>	
MUNICÍPIO <b>SAO BERNARDO DO CAMPO</b>	UF <b>SP</b>	FONE / FAX <b>1143531500</b>	

FATURA / DUPLICATA Num. <b>001</b> Venc. <b>15/06/2021</b> Valor <b>RS 16.921,36</b>		CÁLCULO DO IMPOSTO	
BASE CÁLC. ICMS <b>16.361,86</b>	VALOR DO ICMS <b>2.419,17</b>	VALOR DO ICMS-FCP <b>0,00</b>	BASE CÁLC. ICMS S.T. <b>0,00</b>
VALOR DO FRETE <b>0,00</b>	VALOR DO SEGURO <b>0,00</b>	DESCONTO <b>0,00</b>	OUTRAS DESPESAS <b>0,00</b>
VALOR TOTAL IPI <b>0,00</b>		VALOR ICMS S.T.-FCP <b>0,00</b>	TOTAL PRODUTOS <b>16.921,36</b>
VALOR ICMS DESONERADO <b>122,82</b>		TOTAL DA NOTA <b>16.921,36</b>	

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS NOME / RAZÃO SOCIAL <b>NIKKEY RIO PRETO LOGISTICA E TRANSPORTE LTDA</b>		FRETE POR CONTA <b>0-Remetente</b>	CÓDIGO ANTT	PLACA DO VEÍCULO	UF	CNPJ / CPF <b>15.066.184/0001-60</b>
ENDEREÇO <b>RUA IZOLINA PAGANUCCI DA COSTA,895</b>		MUNICÍPIO <b>SAO JOSE DO RIO PRETO</b>	UF <b>SP</b>	INSCRIÇÃO ESTADUAL <b>647598751114</b>		
QUANTIDADE <b>78</b>	ESPECIE <b>Volumes</b>	MARCA	NUMERAÇÃO	PESO BRUTO <b>198,910</b>	PESO LÍQUIDO <b>198,910</b>	

CÓDIGO PRODUTO	DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO	NCM/SH	O/CST	CFOP	UN	QUANT	VALOR UNIT	VALOR TOTAL	B.CÁLC ICMS	VALOR ICMS	VALOR IPI	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
26921	AMICACINA 250MG/ML SOL INJ AMP 50X02 ML/TEUTO HOSP/AM G+ Lote: 9070104 Qtd: 53 Val: 3/10/2022	30049099	000	5102	UN	53	96,0000	5.088,00	5.088,00	610,56		12,00	
15710	ANDROCORTIL 100MG 50AMP/TEUTO HOSP R+ Lote: 2595514 Qtd: 60 Val: 30/06/2022	30043210	000	5102	CX	60	118,5000	7.110,00	7.110,00	1.279,80		18,00	
34963	ATADURA GESSADA N/EST 15F. 20 CM X 4M C/20/POLAR FIX HOSP Lote: 45494 Qtd: 10 Val: 14/12/2024	90211020	040	5102	CX	10	55,9500	559,50	0,00	0,00		0,00	
24215	CICLOMIDRIN SOL OPTA 05 ML/LATINOFARMA HOSP S- PMC-18.26 Lote: 20120193 Qtd: 40 Val: 01/12/2022	30049049	000	5102	FR	40	9,0265	361,06	361,06	64,99		18,00	

<b>DADOS ADICIONAIS</b> INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES Inf. Contribuinte: OCS. 94746 ✓ 95375 ✓ 94887 ✓ 98025 ✓ 98037 ✓ 96252 ✓ "DESPESA REALIZADA COM BASE NO CONTRATO DE GESTAO SS No001/2018 COM A PMSBC. ENTREGAR NA SEGUNDA 19/04/21 POR FAVOR HR. 8H AS 16H30 NAO RECEBEM FORA DE HR Orc 12815294 Fichas 1/5 1 vols, 2/5 1 vols, 3/5 1 vols, 4/5 65 vols, 5/5 10 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@portaldentrega.com.br Inf. fisco: Valor Aprox Tributos Federal: R\$ 2.224,17 Estadual: R\$ 2.064,14 Municipal: R\$ 0,00 Fonte: IBPT Valor Dispensado R\$ 122,82. (A) Isencao conforme Convenio ICMS no 126/2010 Regime Especial - 035738/2018 - Portaria CAT no 116/2017 ROTA: CD SAO PAULO - R 140 - GDE SP	<b>RESERVADO AO FISCO</b>  <b>CHMSBC</b> <b>TERMO DE RECEBIMENTO</b> Recebi em ordem o(s) material(is) discriminados na presente nota  <b>19 ABR 2021</b> Data: _____ Nome: <u>Dilcia</u> RE: <u>900</u> Unidade: <u>16 Alvaro</u> Visto: _____
--	--

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

Nº. 000.071.972  
Série 001  
Folha 2/2



CHAVE DE ACESSO

3521 0431 3782 8800 0166 5500 1000 0719 7211 2815 9714

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**

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

135210414832942 - 16/04/2021 18:56:41

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	ALIQ. ICMS	ALIQ. IPI
26212 4382	FLUCONAZOL 2MG/ML CX 6BLS X 100ML/CRISTALIA HOSP G+ Lote: 20110775 Qtd: 50 Val: 11/11/2022 98037	30049099	000	5102	CX	300	73,5600	3.678,00	3.678,00	441,36		12,00	
33584 110	SORO FISIOLÓGICO 0,9% SOL 100ML BSF/HALEX ISTAR HOSP O+ Lote: 0000139856 Qtd: 60 Val: 15/06/2022 94887	30049099	000	5102	UN	60	2,0800	124,80	124,80	22,46		18,00	



## Emissão 2ª Via

No. compromisso banco  
900134055No. compromisso cliente  
0000000000000858956Data do Crédito  
24/06/2021Valor  
16.921,36

## Dados do Remetente

Nome  
FUNDAÇÃO DO ABC

CNPJ/CPF

Convênio  
0033-0110-004901356489Data da Solicitação  
24/06/2021Agência/Conta Corrente  
0110 / 000130356088

## Dados do Destinatário

Nome  
MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDACNPJ/CPF  
31.378.288/0001-66Tipo Conta  
Conta CorrenteBanco/ISPB  
0001/Agência  
03370Conta Corrente  
000000000000061581Valor  
16.921,36Finalidade  
Pagamento de FornecedoresTipo de Serviço  
Pagamento Fornecedor

Complemento do Tipo de Serviço

Autenticação Bancária  
CBD9B7C394C6D6ACB01F583**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)