

Ord. Compra: 122731 Solicitação: 79542 Solic: CENTRO DE DISTRIBUICAO
Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 03/08/2023
Fornecedor: 28568 ATIVA HOSPITALAR - ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR
CNPJ/CPF: 04.274.988/0001-38 Insc Est.: 10.428.094-8
Endereço: JOSE MATHIAS DA SILVEIRA Nr.: 175 Compl.:
Bairro: NOSSA SENHORA DE FATI Cep: 75709020
Cidade: CATALAO UF: GO Conta: 15122 - 0 Agência: 2401 - 5 Banco: 237
Contato(s): FABIANA
E-Mail : FABIANA@ATIVAHOSP.COM.BR
Telefone Comercial : 16.39939100 RAMAL 9126

Comprador: COMPLEXO DE SAUDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO-MATRIZ
Endereço: DOS ALVARENGAS Nº 1001 CNPJ: 57.571.275/0025-70
Cidade: SAO BERNARDO DO CAMPO Insc. Est.: ISENT0
Bairro: ASSUNÇÃO Fone/Fax: -
Responsável: WELLINGTON DA COSTA CARNEIRO 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 CSSBC e com carta de compromisso de troca. PAGAMENTO: somente depósito bancário. As NFs deverão ser emitidas por unidade do CSSBC, conforme OC. O prazo de pagamento acordado na OC será iniciado a partir do RECEBIMENTO dos produtos e da NF. OBRIGATÓRIO informar na NF: nº da Ordem de Compra, dados bancários, produto, quantidade, marca, lote, validade, embalagem e a seguinte frase "Despesa custeada com recursos do contrato de gestão SS nº 001.2022, firmado no município de São Bernardo do Campo". 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: 03/08/2023 à 12/12/2023 R\$ - REAL
% Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00
Observação: | OC gerada pela integracao com a Bionexo. PDC numero: 299989232

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
637 - prOTAMIna 1.000 UNIDADES INTERNACIONAIS/ML AMPOLA 5ML	CELLERA			AMP C/5ML	20.000,0000	3,4765	0,0000	0,00	0,0000	69.530,00
Especificação: SOLUCAO INJETAVEL, AMPOLA CONTENDO 5ML DE SOLUCAO DE CLORIDRATO DE PROTAMINA 10MG/ML, EQUIVALENTE A 1000UI/ML DE PROTAMINA.										

Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	69.530,00
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 (=):	69.530,00

GERENTE	COORDENADOR		
Data	Data	Data	Data

Ord. Compra: 122732 Solicitação: 79542 Solic: CENTRO DE DISTRIBUICAO
Nº Processo: Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 03/08/2023
Fornecedor: 139092 SULMEDIC - SULMEDIC COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA
CNPJ/CPF: 09.944.371/0003-68 Insc Est.:
Endereço: RODOVIA DOS BANDEIRANTES Nr.: 2400 Compl.:
Bairro: DISTRITO INDUSTRIAL Cep: 13213008
Cidade: JUNDIAI UF: SP Conta: - Agência: - Banco:
Contato(s):
E-Mail : (47) 3473-8845
Telefone Comercial : FISCAL@SULMEDIC.COM

Comprador: COMPLEXO DE SAUDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO-MATRIZ
Endereço: DOS ALVARENGAS Nº 1001 CNPJ: 57.571.275/0025-70
Cidade: SAO BERNARDO DO CAMPO Insc. Est.: ISENT0
Bairro: ASSUNÇÃO Fone/Fax: -
Responsável: WELLINGTON DA COSTA CARNEIRO 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 CSSBC e com carta de compromisso de troca. PAGAMENTO: somente depósito bancário. As NFs deverão ser emitidas por unidade do CSSBC, conforme OC. O prazo de pagamento acordado na OC será iniciado a partir do RECEBIMENTO dos produtos e da NF. OBRIGATÓRIO informar na NF: nº da Ordem de Compra, dados bancários, produto, quantidade, marca, lote, validade, embalagem e a seguinte frase "Despesa custeada com recursos do contrato de gestão SS nº 001.2022, firmado no município de São Bernardo do Campo". 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: 12/12/2023 à 12/12/2023 R\$ - REAL
% Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00
Observação: | OC gerada pela integracao com a Bionexo. PDC numero: 299989232

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
289 - OMEPRAZOL 40MG FA	UNIAO QUIMICA			FA C/40MG	20.000,0000	6,0000	0,0000	0,00	0,0000	120.000,00

Especificação: PO LIOFILO INJETAVEL, FRASCO AMPOLA COMPANHADO DE DILUENTE.

Nº	Período p/ Entrega	Quantidade
1	12/12/2023 à 12/12/2023	20000

Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	120.000,00
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 (=):	120.000,00

GERENTE	COORDENADOR		
Data	Data	Data	Data