

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
432201	146117	33442 / 37265	12/05/2023	370,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO MATERIAIS PARA FISIOTERAPIA				
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor				
Razão Social		INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS				Razão Social	HOSPMED COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA			
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM				Nome Fantasia	HOSPMED			
CNPJ		12.053.184/0005-60				CNPJ	37.821.276/0001-40			
CEP		75.860-000				CEP	74.303-030			
Endereço		RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS				Endereço	AV C-0018 - SETOR SUDOESTE			
Cidade		QUIRINOPOLIS				Cidade	GOIANIA			
UF		GO				UF	GO			
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual	108012930			
Contato		Enivaldo Campos Rodrigues				Contato	MARLENE			
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone	(62) 9 8128-6045			
Email		comprasmatriz@institutocem.org.br				Email	hospmed.compras01@gmail.com			
Prazo de Entrega Solicitado		4				Prazo de Entrega	4 DIA(s)			
Cond. Pagamento Solicitado		A PRAZO				Cond. Pagamento	30 Dias			
Forma de Pagamento		BOLETO BANCÁRIO				Nome do Vendedor	MARLENE			
						Tipo de Frete	CIF			
						Faturamento Mínimo	370,00			
Endereço de cobrança		RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966				Validade da Proposta	09/06/2023			
Endereço de entrega		RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966								
Observações do Comprador										
QUIRINÓPOLIS / GO. .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. . FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60. INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE QUIRINÓPOLIS; . COTAR SOMENTE O SOLICITADO. . NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ÍTENS - SUJEITO A DEVOLUÇÃO; .COTAR SOMENTE FRETE CIF; .NÃO DESCONTAR NOSSOS TÍTULOS EM FACTORING. NÃO PAGAMOS JUROS; .ENVIAR JUNTO A MERCADORIA CÓPIA DA ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL + BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; .ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML NO E-MAIL: ALMOXARIFADO@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR /2021 - SES / GO. .COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA / EQUIPAMENTO.										
Observações do Fornecedor										
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total	
MÉDICO / HOSPITALAR										
1		DIFUSOR DE AROMA COM CROMOTERAPIA, TAMANHO: 500ML (AROMATIZADOR AROMATERAPIA UMIDIFICADOR CROMOTERAPIA DIFUSOR FLORES)	AROMA DIFFUSER	AROMA DIFFUSER	2,00	UNIDADE	185,0000	0,00	370,00	
Total do pedido									370,00	



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 12/05/2023 às 15:23, conforme horário oficial de Brasília/DF, com fundamentos na portaria nº 117/2020



Documento assinado eletronicamente por WELLITON FELIPE DA SILVA ALVES, 436.895.948-55, DIRETOR FINANCEIRO, em 15/05/2023 às 10:30, conforme horário oficial de Brasília/DF, com fundamentos na portaria nº 117/2020



Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo> informando o código 240576 e o código verificador 33442.