

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
432651	146441	37315 / 33520	19/05/2023	1.099,71	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE II				
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor				
Razão Social		INSTITUTO CEM - POSSE				Razão Social	COUTINHO E FERNANDES PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA			
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM				Nome Fantasia	GRANMEDICA DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS PARA SAUDE			
CNPJ		12.053.184/0002-18				CNPJ	37.531.583/0001-97			
CEP		73.900-000				CEP	74.954-410			
Endereço		AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHEK DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES				Endereço	AV MAJOR MANOEL AUGUSTO SILVA BRANDAO - PARQUE VEIGA JARDIM			
Cidade		POSSE				Cidade	APARECIDA DE GOIANIA			
UF		GO				UF	GO			
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual	10.798.415-6			
Contato		Enivaldo Campos Rodrigues				Contato	LEONARDO GESTOR DE NEGÓCIOS			
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone	(62) 3574-3048			
Email		comprasmatriz@institutocem.org.br				Email	granmedica.negocios@gmail.com			
Prazo de Entrega Solicitado		2				Prazo de Entrega	5 DIA(s)			
Cond. Pagamento Solicitado		A PRAZO				Cond. Pagamento	30 Dias			
Forma de Pagamento		BOLETO BANCÁRIO				Nome do Vendedor	LEONARDO FERREIRA - GESTOR DE NEGÓCIOS			
Endereço de cobrança		AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903				Tipo de Frete	CIF			
Endereço de entrega		AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903				Faturamento Mínimo	1.000,00			
						Validade da Proposta	31/05/2023			
Observações do Comprador										
POSSE / GO. .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. .FRETE COTAR SOMENTE CIF. . FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE POSSE/ GO. . COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ITENS - 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 - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; ALMOX@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR .ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML+ORDEM DE COMPRA NOS E-MAILS: CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - SES / GO. .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: .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										
2	7721	ESTOJO DE TESTE PARA ANALISE DE TEORES DE CL E PH	GENCO	GENCO	9,00	UNIDADE	122,1900	9.898,20	1.099,71	
PARA ANÁLISE DAS PISCINAS EQUIVALENTE A MARCA GENCO										
Total do pedido									1.099,71	

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade pode ser verificada no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtuaidoc/public/validar-assinatura> conferida no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtuaidoc/public/validar-assinatura> informando o código 243816 e o código verificador 33520.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
432650	146441	37315 / 33520	19/05/2023	891,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE II				
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor				
Razão Social		INSTITUTO CEM - POSSE				Razão Social	SEMPRE HOSPITALAR LTDA			
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM				Nome Fantasia	SEMPRE			
CNPJ		12.053.184/0002-18				CNPJ	37.751.411/0001-29			
CEP		73.900-000				CEP	74.255-140			
Endereço		AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHEK DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES				Endereço	R C-0159 - JARDIM AMÉRICA			
Cidade		POSSE				Cidade	GOIANIA			
UF		GO				UF	GO			
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual	10799854-8			
Contato		Enivaldo Campos Rodrigues				Contato	VENER			
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone	(62) 9 9462-2822			
Email		comprasmatriz@institutocem.org.br				Email	vendas16@semprehospitalar.com.br			
Prazo de Entrega Solicitado		2				Prazo de Entrega	3 DIA(s)			
Cond. Pagamento Solicitado		A PRAZO				Cond. Pagamento	30 Dias			
Forma de Pagamento		BOLETO BANCÁRIO				Nome do Vendedor	VENER ROQUE			
						Tipo de Frete	CIF			
						Faturamento Mínimo	800,00			
						Validade da Proposta	20/05/2023			
Endereço de cobrança		AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903								
Endereço de entrega		AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903								
Observações do Comprador										
POSSE / GO. .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. .FRETE COTAR SOMENTE CIF. .FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE POSSE/ GO. .COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ITENS - SUJEITO A DEVOLUÇÃO; CIF. .NÃO DESCONTAR NOSSOS TÍTULOS EM FACTORING. NÃO PAGAMOS JUROS; .ENVIAR JUNTO A MERCADORIA CÓPIA DA ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; .ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML+ORDEM DE COMPRA NOS E-MAILS: ALMOX@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - SES / GO. .COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA / EQUIPAMENTO.										
Observações do Fornecedor										
Não consigo entregar em Posse- Go com este valor										
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total	
MÉDICO / HOSPITALAR										
1		CAMPO CIRURGICO FENESTRADO SMS AZUL 40 X 30 X 30 CM	CAMPO	PROTDESC	450,00	UNIDADE	1,9800	0,00	891,00	
Total do pedido									891,00	



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 19/05/2023 às 14:27, 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 22/05/2023 às 11:28, 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 243816 e o código verificador 33520.