

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta						
436623	148369	39370/36547	10/07/2023	507,70	O.C. Emitida	SOLICITACAO DE MEDICAMENTOS PARA CARRO DE EMERGÊNCIA						
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor						
Razão Social		INSTITUTO CEM - FORMOSA				Razão Social		SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI				
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM - FORMOSA				Nome Fantasia		SUPERMEDICA HOSPITALAR				
CNPJ		12.053.184/0008-03				CNPJ		06.065.614/0001-38				
CEP		73.805-201				CEP		74.255-140				
Endereço		AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA				Endereço		RUA C-159 - JARDIM AMERICA				
Cidade		FORMOSA				Cidade		GOIANIA				
UF		GO				UF		GO				
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		106039750				
Contato		NAOR BORGES				Contato		TELEVENDAS				
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone		(62) 3928-8989				
Email		naor@institutocem.org.br				Email		vendas12@supermedica.com.br				
Prazo de Entrega Solicitado		4				Prazo de Entrega		2 DIA(s)				
Cond. Pagamento Solicitado		A PRAZO				Cond. Pagamento		30 Dias				
Forma de Pagamento		BOLETO BANCÁRIO				Nome do Vendedor		JULIANA RAMALHO				
Endereço de cobrança		AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067				Tipo de Frete		CIF				
Endereço de entrega		AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067				Faturamento Mínimo		1.200,00				
						Validade da Proposta		11/07/2023				
Observações do Comprador												
FORMOSA / GO . AQUISIÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0008-03 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE FORMOSA/GO. COTAR SOMENTE FRETE CIF. FAVOR ATENTAR AO DESCRITIVO DO PRODUTO, SEM ALTERAR QUANTIDADE NEM NOMES – SUJEITO A DEVOLUÇÃO. ENCAMINHAR CÓPIA DA NOTA FISCAL + BOLETO + XML PARA OS E-MAILS: ALMOXARIFADO@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR ENVIAR JUNTOS DO PRODUTO A ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL + BOLETO – SUJEIRO A DEVOLUÇÃO. ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE GESTÃO Nº 3/2022 – SES / GO. COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA/EQUIPAMENTO. ENDEREÇO PARA ENTREGA: POLICLÍNICA DA CIDADE DE FORMOSA/GO - ENDEREÇO: AV. OESTE, QUADRAS 4, 5 E 9, S/N, JARDIM OLIVEIRA, CIDADE FORMOSA/GO. CEP.: 73805-201.												
Observações do Fornecedor												
VENDEDORA: JULIANA RAMALHO RAMAL 5170 - EMAIL: LOCALIZADOR03@SUPERMEDICA.COM.BR 62 9669-4917 - SOMENTE WHATSAPP COT 590537												
Item	Código	Descrição			Referência		Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR												
1	19608	FENITOINA SOL INJ 50MG/ML 5ML - FENITAL.			CRISTALIA		CRISTALIA	60,00	AMPOLA	2,6100	0,00	1566,00
AMP 250MG												
2	32064	HALOPERIDOL SOL INJ 5MG/ML 1ML - UNI HALOPER			UNIAO QUIMICA		UNIAO QUIMICA	50,00	AMPOLA	1,3700	0,00	685,00
3	21241	NALOXONA SOL INJ 0,4MG/ML 1ML - GEN HIPOLABOR			HIPOLABOR - VENC. 31/08/2023		HIPOLABOR	60,00	AMPOLA	4,7100	0,00	2826,00
Total do pedido												5077,00



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 10/07/2023 às 13:32, 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 10/07/2023 às 13:40, 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 263516 e o código verificador 36547.