

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta						
437004	148605	39301	12/07/2023	1.325,10	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS MEDICOS						
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor						
Razão Social		INSTITUTO CEM - FORMOSA				Razão Social		SEMPRE HOSPITALAR LTDA				
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM - FORMOSA				Nome Fantasia		SEMPRE				
CNPJ		12.053.184/0008-03				CNPJ		37.751.411/0001-29				
CEP		73.805-201				CEP		74.255-140				
Endereço		AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA				Endereço		R C-0159 - JARDIM AMÉRICA				
Cidade		FORMOSA				Cidade		GOIANIA				
UF		GO				UF		GO				
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		10799854-8				
Contato		NAOR BORGES				Contato		VENER				
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone		(62) 9 9462-2822				
Email		naor@institutocem.org.br				Email		vendas16@semprehospitalar.com.br				
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		VENER ROQUE				
						Tipo de Frete		CIF				
						Faturamento Mínimo		1.000,00				
						Validade da Proposta		18/07/2023				
Endereço de cobrança		AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067										
Endereço de entrega		AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067										
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												
Item	Código	Descrição				Referência	Marca	Qtde	UM	VI. Unit.	Desconto	VI. Total
MÉDICO / HOSPITALAR												
1	65229	COLETOR DE SECREÇÃO 1000ML DIMESSÃO 0,7 X 1,4M COM FILTRO				COLETOR	CREMER	30,00	UNIDADE	44,1700	0,00	1.325,10
Total do pedido												1.325,10

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade pode ser verificada no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura> informando o código 265575 e o código verificador 36545.



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 12/07/2023 às 15:57, 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 13/07/2023 às 21:32, 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 265575 e o código verificador 36545.