

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
439456	149740	46923 / 38840	11/08/2023	1.389,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÕES DE MEDICAMENTOS PARA ENDOSCOPIA			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social			INSTITUTO CEM - FORMOSA			Razão Social	MAEVE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA		
Nome Fantasia			INSTITUTO CEM - FORMOSA			Nome Fantasia	MAEVE HOSPITALAR		
CNPJ			12.053.184/0008-03			CNPJ	09.034.672/0001-92		
CEP			73.805-201			CEP	74.640-030		
Endereço			AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA			Endereço	RUA 13 - POLO EMPRESARIAL DE GOIÁS - ETAPA IV		
Cidade			FORMOSA			Cidade	APARECIDA DE GOIANIA		
UF			GO			UF	GO		
Insc. Estadual			ISENTO			Insc. Estadual	10.416.812-9		
Contato			Enivaldo Campos Rodrigues			Contato	62 35651038		
Telefone			(62) 9 9973-7067			Telefone	(62) 3565-1033		
Email			comprasmatriz@institutocem.org.br			Email	analistacomercial@maevehospitalar.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	ALESSANDRA TEIXEIRA		
						Tipo de Frete	CIF		
						Faturamento Mínimo	800,00		
						Validade da Proposta	14/08/2023		
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 .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. .AQUISIÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO. .FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0008-03 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE ORMOSA/GO. .COTAR SOMENTE FRETE CIF; .FAVOR ATENTAR AO DESCRITIVO DO PRODUTO, SEM ALTERAR QUANTIDADE NEM NOMES - SUJEITO A DEVOLUÇÃO; ALMOXARIFADO@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR .ENVIAR JUNTOS DO PRODUTO A ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL + BOLETO – SUJEIRO A DEVOLUÇÃO; GESTÃO Nº 03/2022 /2022 – SES / GO. .COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA / EQUIPAMENTOS; ENDEREÇO: AV. OESTE, QUADRAS 4, 5 E 9, S/N, JARDIM OLIVEIRA, FORMOSA/GO. CEP.: 73805-201. .ENCAMINHAR CÓPIA DA NOTA FISCAL + BOLETO + XML PARA OS E-MAILS: .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE									
Observações do Fornecedor									
62-98153-8549									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
1	496	LIDOCAINA GEL 2% 30G	PHARLAB	PHARLAB	100,00	TUBO	4,5800	0,00	458,00
2	48547	PROPOFOL SOL INJ 10MG/ML AMP 10ML - GUANGDONG JIABO PHARMA	UNIAO QUIMICA	UNIAO QUIMICA	100,00	FRASCO / AMPOLA	9,3100	0,00	931,00
FR/AMP 10 ML									
Total do pedido									1.389,00

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticação pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-a-naturalidade-do-informando-o-código-277466-e-o-código-verificador-38840



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 11/08/2023 às 17:29, 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 16/08/2023 às 09:26, 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 277466 e o código verificador 38840.