

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta						
441873	150838	3108237 /40637	14/09/2023	340,00	O.C. Emitida	SOL. SUPORTE P/ CAIXA DE PERFUROCORTANTE DESCARPAX, CABIDE						
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor						
Razão Social		INSTITUTO CEM - POSSE				Razão Social		PRIME COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - ME				
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM				Nome Fantasia		PRIME HOSPITALAR				
CPF/CNPJ		12.053.184/0002-18				CPF/CNPJ		22.577.298/0001-30				
CEP		73.900-000				CEP		74.830-270				
Endereço		AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHKE DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES				Endereço		R 1102 - SETOR PEDRO LUDOVICO				
Cidade		POSSE				Cidade		GOIANIA				
UF		GO				UF		GO				
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		106378570				
Contato		NAOR BORGES				Contato		GISELLY / ANEUEDE				
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone		(62) 4018-5882				
Email		naor@institutocem.org.br				Email		compras.primedistribuidora@hotmail.com				
Prazo de Entrega Solicitado		4				Prazo de Entrega		7 DIA(s)				
Cond. Pagamento Solicitado		A PRAZO				Cond. Pagamento		45 Dias				
Forma de Pagamento		BOLETO BANCÁRIO				Nome do Vendedor		ANEUEDE PRADO				
						Tipo de Frete		CIF				
						Faturamento Mínimo		300,00				
Endereço de cobrança		AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903				Validade da Proposta		15/09/2023				
Endereço de entrega		AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903										
Observações do Comprador												
POSSE / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE - 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; ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML+ORDEM DE COMPRA NOS E-MAILS: ALMOX@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR; 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												
Item	Código	Descrição			Referência		Marca	Qtde	UM	VL. Unit.	Desconto	VL. Total
MÉDICO / HOSPITALAR												
1		SUPORTE PARA CAIXA DE PERFURO CORTANTE 07 LITROS			SUPORTE PARA CAIXA DE PERFURO CORTANTE 07 LITROS		DESCARPACK	4,00	UNIDADE	55,0000	0,00	220,00
UTENSILIOS DOMESTICOS												
2		CABIDE DE PAREDE PARA JALECO			CABIDE DE PARDE INDIVIDUAL CROMADO.		GERAL	8,00	UNIDADE	15,0000	0,00	120,00
Total do pedido												340,00



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 14/09/2023 às 17:33, 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 14/09/2023 às 20:14, 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 292739 e o código verificador 40637.