

# Dados do Pedido

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
442094	150884	49155/40725	18/09/2023	617,21	Encerrada	SOLICITACAO MATERIAIS DE FARMACIA					
<b>Condições de Negócio do Comprador</b>						<b>Condições de Negócio do Fornecedor</b>					
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS					<b>Razão Social</b>	HOSPDROGAS COMERCIAL LTDA 				
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO CEM					<b>Nome Fantasia</b>	HOSPDROGAS				
<b>CPF/CNPJ</b>	12.053.184/0005-60					<b>CPF/CNPJ</b>	08.774.906/0001-75				
<b>CEP</b>	75.860-000					<b>CEP</b>	74.993-394				
<b>Endereço</b>	RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS					<b>Endereço</b>	AV. OESTE - PQ. IND. VICE-PRES. JOSÉ ALENCAR ETAPA II				
<b>Cidade</b>	QUIRINOPOLIS					<b>Cidade</b>	APARECIDA DE GOIANIA				
<b>UF</b>	GO					<b>UF</b>	GO				
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO					<b>Insc. Estadual</b>	104153377				
<b>Contato</b>	NAOR BORGES					<b>Contato</b>	TELEVENDAS				
<b>Telefone</b>	(62) 9 8152-9051					<b>Telefone</b>	(62) 4012-1199				
<b>Email</b>	naor@institutocem.org.br					<b>Email</b>	hermilton@hospdrogas.com.br				
<b>Prazo de Entrega Solicitado</b>	4					<b>Prazo de Entrega</b>	2 DIA(s)				
<b>Cond. Pagamento Solicitado</b>	A PRAZO					<b>Cond. Pagamento</b>	30 Dias				
<b>Forma de Pagamento</b>	BOLETO BANCÁRIO					<b>Nome do Vendedor</b>	LETICIA				
<b>Endereço de cobrança</b>	RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966					<b>Tipo de Frete</b>	CIF				
<b>Endereço de entrega</b>	RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966					<b>Faturamento Mínimo</b>	500,00				
						<b>Validade da Proposta</b>	30/09/2023				
						<b>Motivo do Cancelamento do Pedido</b>	<b>item sem estoque</b>				
<b>Observações da Proposta</b>											
<p>QUIRINÓPOLIS / GO.            FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60 - 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 + BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS;            ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML NO E-MAIL:            ALMOXARIFADO@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR;            CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR            ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 01/2021 - SES / GO.            COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA/ EQUIPAMENTO.</p>											
<b>Observações do Comprador</b>											
<b>Observações do Fornecedor</b>											
Por favor se atentar nas quantidade da observação											
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vi. Unit.	Desconto	Vi. Total		
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>											
5	34636	FLUMAZENIL SOL INJ 0,1MG/ML 5ML - GEN HIPOLABOR	010.0002	HIPOLABOR	20,00	AMPOLA	7,1547	0,00	143,09		
7	58802	MIDAZOLAM SOL INJ 5 MG/ML 3 ML - GEN FRESENIUS KABI	010.0005	HIPOLABOR	100,00	AMPOLA	1,7600	0,00	176,00		
8	42346	PROPOFOL SOL INJ 10MG / ML 10 ML - PROVIVE / UNIÃO QUÍMICA	010.0029	UNIAO QUIMICA	50,00	FRASCO	5,9623	0,00	298,12		
									<b>Total do pedido</b>	<b>617,21</b>	