

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
443877	151971	50465/42294	11/10/2023	964,50	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO MEDICAMENTOS OFTAMOLOGIA					
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor					
Razão Social		INSTITUTO CEM - POSSE				Razão Social		L A VIDAL IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇÃO LTDA			
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM				Nome Fantasia		GRUPO VIDAL			
CPF/CNPJ		12.053.184/0002-18				CPF/CNPJ		00.097.489/0001-61			
CEP		73.900-000				CEP		75.063-330			
Endereço		AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHEK DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES				Endereço		AV 010 - REV. ARCHIBALD			
Cidade		POSSE				Cidade		ANAPOLIS			
UF		GO				UF		GO			
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		192673462			
Contato		NAOR BORGES				Contato		LUCAS - 98214-6000			
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone		(62) 3706-0854			
Email		naor@institutocem.org.br				Email		grupovidal@hotmail.com			
Prazo de Entrega Solicitado		4				Prazo de Entrega		1 DIA(s)			
Cond. Pagamento Solicitado		A PRAZO				Cond. Pagamento		30 Dias			
Forma de Pagamento		BOLETO BANCÁRIO				Nome do Vendedor		L A VIDAL & CIA LTDA			
						Tipo de Frete		CIF			
						Faturamento Mínimo		500,00			
Endereço de cobrança		AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903				Validade da Proposta		10/10/2023			
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	21006	TROPICAMIDA 1% SOL OFTALMICA 10MG/ML 5ML			NOVARTIS	NOVARTIS	50,00	FRASCO	19,2900	0,00	964,50
Total do pedido											964,50

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtuaidoc/public/validar-assinatura-anexo> informando o código 305292 e o código verificador 42294.



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 11/10/2023 às 14:59, 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 14/10/2023 às 10:03, 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 305292 e o código verificador 42294.