

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
445495	152963	3110234/44206	07/11/2023	11.868,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE			
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			
CPF/CNPJ	12.053.184/0008-03					CPF/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	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato VENER			
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone (62) 9 9462-2822			
Email	comprasmatriz@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 60 Dias			
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor SEMPRE HOSPITALAR			
						Tipo de Frete CIF			
						Faturamento Mínimo 1.200,00			
Endereço de cobrança	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					Validade da Proposta 10/11/2023			
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 DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO. .ENDEREÇO PARA ENTREGA: POLICLÍNICA DA CIDADE DE FORMOSA/GO - ENDEREÇO: AV. OESTE, QUADRAS 4, 5 E 9, S/N, JARDIM OLIVEIRA, FORMOSA/GO. CEP.: 73805-201. .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE									
Observações do Fornecedor									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
1		KIT CATETER VENOSO DE LONGA PERMANÊNCIA - PERMCATH Nº 24CM	KIT CATETER	BIOMEDICAL	6,00	KIT	989,0000	0,00	5.934,00
2		KIT CATETER VENOSO DE LONGA PERMANÊNCIA - PERMCATH Nº 28CM	KIT CATETER	BIOMEDICAL	6,00	KIT	989,0000	0,00	5.934,00
Total do pedido									11.868,00

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade desta assinatura pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtuaidoc/public/validar-assinatura/445495 informando o código 314931 e o código verificador 44206



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 07/11/2023 às 12:09, 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 08/11/2023 às 13:41, 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 314931 e o código verificador 44206.