

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
446000	153109	3010231 /44408	13/11/2023	3.596,00	O.C. Emitida	SOL. MEDICAMENTOS PARA HEMODIALISE			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Razão Social L A VIDAL IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇÃO LTDA			
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Nome Fantasia GRUPO VIDAL			
CPF/CNPJ	12.053.184/0008-03					CPF/CNPJ 00.097.489/0001-61			
CEP	73.805-201					CEP 75.063-330			
Endereço	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA					Endereço AV 010 - REV. ARCHIBALD			
Cidade	FORMOSA					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 3 DIA(s)			
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento 60 Dias			
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor LUCAS VIDAL			
						Tipo de Frete CIF			
Endereço de cobrança	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					Faturamento Mínimo 800,00			
Endereço de entrega	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					Validade da Proposta 13/11/2023			
Observações do Comprador									
FORMOSA / GO . AQUISIÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0008-03 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE FORMOSA/GO. COTAR SOMENTE FRETE CIF. FAVOR ATENTAR AO DESCRITIVO DO PRODUTO, SEM ALTERAR QUANTIDADE NEM NOMES – SUJEITO A DEVOLUÇÃO. ENCAMINHAR CÓPIA DA NOTA FISCAL + BOLETO + XML PARA OS E-MAILS: ALMOXARIFADO@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR ENVIAR JUNTOS DO PRODUTO A ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL + BOLETO – SUJEIRO A DEVOLUÇÃO. ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE GESTÃO Nº 3/2022 – SES / GO. COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA/EQUIPAMENTO. ENDEREÇO PARA ENTREGA: POLICLÍNICA DA CIDADE DE FORMOSA/GO - ENDEREÇO: AV. OESTE, QUADRAS 4, 5 E 9, S/N, JARDIM OLIVEIRA, CIDADE FORMOSA/GO. CEP.: 73805-201.									
Observações do Fornecedor									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
1		ACTILYSE 10MG, CAIXA COM 1 FRASCO-AMPOLA COM PÓ PARA SOLUÇÃO DE USO INTRAVENOSO + 1 FRASCO COM 10ML DE DILUENTE	BOEHRINGER	BOEHRINGER	4,00	UNIDADE	899,0000	0,00	3.596,00
Total do pedido									3.596,00



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 13/11/2023 às 10:37, 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 13/11/2023 às 22:20, 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 318432 e o código verificador 44408.