

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta						
446136	153211	311023/4465	14/11/2023	970,00	O.C. Emitida	SOLICITACAO TERMOHIGROMETROS						
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor						
Razão Social		INSTITUTO CEM - FORMOSA				Razão Social		SYMEX PRODUTOS MEDICOS HOSPITALARES LTDA				
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM - FORMOSA				Nome Fantasia		SYMEX HOSPITALAR				
CPF/CNPJ		12.053.184/0008-03				CPF/CNPJ		45.212.514/0001-49				
CEP		73.805-201				CEP		74.275-220				
Endereço		AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA				Endereço		R C-0184 - JARDIM AMERICA				
Cidade		FORMOSA				Cidade		GOIANIA				
UF		GO				UF		GO				
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		108947033				
Contato		NAOR BORGES				Contato		VINICIUS FERREIRA				
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone		(62) 4106-1571				
Email		naor@institutocem.org.br				Email		vendas@symex.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		VINICIUS FERREIRA				
						Tipo de Frete		CIF				
Endereço de cobrança		AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067				Faturamento Mínimo		500,00				
Endereço de entrega		AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067				Validade da Proposta		17/11/2023				
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	VI. Unit.	Desconto	VI. Total
MÉDICO / HOSPITALAR												
1		TERMOMETRO MEDIDOR DE UMIDADE E TEMPERATURA COM SENSOR EXTERNO. DEVE POSSUIR MINIMO E MAXIMA				1	KLX	20,00	UNIDADE	48,5000	0,00	970,00
Total do pedido												970,00



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 14/11/2023 às 10:29, 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 17/11/2023 às 15:29, 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 319369 e o código verificador 44165.