

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta							
446249	153072	31102314 /44247	14/11/2023	889,00	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS DERMATOLOGIA							
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor							
Razão Social	INSTITUTO CEM - POSSE					Razão Social	MEDPLUS HOSPITALAR COMERCIO E SERVIÇOS EIRELI						
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - POLICLÍNICA DE POSSE					Nome Fantasia	MEDPLUS HOSPITALAR						
CPF/CNPJ	12.053.184/0002-18					CPF/CNPJ	34.075.280/0001-19						
CEP	73.900-000					CEP	74.917-196						
Endereço	AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHK DE OLIVEIRA - SETOR BUENOS AIRES					Endereço	AV ZOROASTRO ARTIAGA - VILA CRUZEIRO DO SUL						
Cidade	POSSE					Cidade	APARECIDA DE GOIANIA						
UF	GO					UF	GO						
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	107705800						
Contato	NAOR BORGES					Contato	998508626						
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 3519-9974						
Email	naor@institutocem.org.br					Email	comercial01@medplushospitalar.com.br						
Prazo de Entrega Solicitado	4					Prazo de Entrega	2 DIA(s)						
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	60 Dias						
Nome do Vendedor						Nome do Vendedor	PATRICIA MEDPLUS HOSPITALAR						
Tipo de Frete						Tipo de Frete	CIF						
Faturamento Mínimo						Faturamento Mínimo	100,00						
Validade da Proposta						Validade da Proposta	07/12/2023						
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO												
Endereço de cobrança	AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHK DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380												
Endereço de entrega	AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHK DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380												
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	VI. Unit.	Desconto	VI. Total	
MÉDICO / HOSPITALAR													
2		PLACA ELETROCIRURGICA BLUEPAD USO ADULTO INTEIRA MOD A 10				BLUEPAD	BLUEPAD	100,00	UNIDADE	8.8900	0,00	889,00	
OBSERVAR ANEXO EM CASO DE DUVIDA													
											Total do pedido		889,00

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade pode ser conferida no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtuaidoc/public/validar-assinatura> informando o código 319805 e o código verificador 44247.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
446248	153072	31102314 /44247	14/11/2023	314,00	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS DERMATOLOGIA				
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor				
Razão Social	INSTITUTO CEM - POSSE					Razão Social	CIENTIFICA MEDICA HOSPITALAR LTDA			
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - POLICLÍNICA DE POSSE					Nome Fantasia	CIENTIFICA HOSPITALAR			
CPF/CNPJ	12.053.184/0002-18					CPF/CNPJ	07.847.837/0001-10			
CEP	73.900-000					CEP	74.911-360			
Endereço	AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHK DE OLIVEIRA - SETOR BUENOS AIRES					Endereço	AV ANAPOLIS - VILA BRASILIA			
Cidade	POSSE					Cidade	APARECIDA DE GOIANIA			
UF	GO					UF	GO			
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	10.399.060-7			
Contato	NAOR BORGES					Contato	LUANA			
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 3088-9700			
Email	naor@institutocem.org.br					Email	gerenciacmh1@gmail.com			
Prazo de Entrega Solicitado	4					Prazo de Entrega	2 DIA(s)			
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	60 Dias			
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	CAROL CUNHA			
						Tipo de Frete	CIF			
						Faturamento Mínimo	200,00			
						Validade da Proposta	11/11/2023			
Endereço de cobrança	AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHK DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380									
Endereço de entrega	AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHK DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380									
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		CANETA ELETROCIURGICA BISTURI DESCARTAVEL BP20 BLUEPAD	PLACA ELETROCIURGIA BLUEPAD BIPARTIDA PED.(P20)	DBI	40,00	UNIDADE	7,8500	0,00	314,00	
OBSERVAR ANEXO EM CASO DE DUVIDA										
Total do pedido									314,00	



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 14/11/2023 às 16:32, 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 15:26, 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 319805 e o código verificador 44247.