

Dados do Pedido

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta
446414	153198	51645 / 44105	17/11/2023	2.606,92	Concluída	SOLICITAÇÃO MATERIAIS PARA ENFERMAGEM

Condições de Negócio do Comprador		Condições de Negócio do Fornecedor	
Razão Social	INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS	Razão Social	BF DE ANDRADE HOSPITALAR LTDA
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM		
CPF/CNPJ	12.053.184/0005-60	Nome Fantasia	BF DE ANDRADE HOSPITALAR
CEP	75.860-000	CPF/CNPJ	36.979.350/0001-99
Endereço	RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS	CEP	74.835-530
Cidade	QUIRINOPOLIS	Endereço	R TAMBUQUI - PARQUE AMAZONIA
UF	GO	Cidade	GOIANIA
Insc. Estadual	ISENTO	UF	GO
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues	Insc. Estadual	10.792.452-8
Telefone	(62) 9 9973-7067	Contato	GLAZIELLY FAGUNDES
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br	Telefone	(62) 3241-1425
Prazo de Entrega Solicitado	4	Email	vendas3@bfdeandradehospitalar.com.br
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO	Prazo de Entrega	1 DIA(s)
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO	Cond. Pagamento	60 Dias
Endereço de cobrança	RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966	Nome do Vendedor	B F DE ANDRADE - PROTECTION INDUSTRIACOMERCIO E DISTRIBUICAO
Endereço de entrega	RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966	Tipo de Frete	CIF
		Faturamento Mínimo	800,00
		Validade da Proposta	30/11/2023
		Motivo do Cancelamento do Pedido	Prezado, estamos realizando o cancelamento desta OC devido o estoque do desinfetante ter zerado. Agradeço a compreensão e fico a disposição para esclarecimentos. Atenciosamente, Glazielly.

Observações da Proposta

QUIRINÓPOLIS / GO.

.FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ.
 . FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60. INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE QUIRINÓPOLIS;
 . COTAR SOMENTE O SOLICITADO.
 . NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ÍTENS - 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 + BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS;
 .ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML NO E-MAIL: ALMOXARIFADO@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR
 .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 01/2021 - SES / GO.
 .COMPRAS A VISTA DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO.

Observações do Comprador

Observações do Fornecedor

Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
5	0644	AGULHA HIPODERMICA DESC. S/ DISP DE SEGURANÇA 40 X 1,20MM	9359	MEDIX	400,00	UNIDADE	0,0798	0,00	31,92
13	52283	DESINFETANTE HOSPITALAR DE ALTO NIVEL ORTOFTALALDEIDO 0,55	9426	VICPHARMA	10,00	GALÃO	257,5000	0,00	2.575,00
Total do pedido									2.606,92