

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta						
446546	153476	51645/44105	20/11/2023	2.939,50	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS ENFERMAGEM						
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor						
Razão Social		INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS				Razão Social		L A VIDAL IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇÃO LTDA				
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM				Nome Fantasia		GRUPO VIDAL				
CPF/CNPJ		12.053.184/0005-60				CPF/CNPJ		00.097.489/0001-61				
CEP		75.860-000				CEP		75.063-330				
Endereço		RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS				Endereço		AV 010 - REV. ARCHIBALD				
Cidade		QUIRINOPOLIS				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		2 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				
						Faturamento Mínimo		800,00				
						Validade da Proposta		20/11/2023				
Endereço de cobrança		RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966										
Endereço de entrega		RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966										
Observações do Comprador												
QUIRINÓPOLIS / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60 - 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 + BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML NO E-MAIL: ALMOXARIFADO@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR; CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 01/2021 - 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	44442	FIXADOR CITOPATOLOGICO 100ML				KOLPLAST	KOLPLAST	10,00	FRASCO	13,9500	0,00	139,50
FIXADOR CELULAR EM SPRAY												
2	36724	MACACÃO DE SEGURANÇA EM TNT IMPERMEÁVEL TAM. M				STEEFLEX	STEEFLEX	100,00	UNIDADE	28,0000	0,00	2.800,00
CONFECCIONADO EM TECIDO NÃO TECIDO (TNT) 100% POLIPROPILENO LAMINADO; PROTEÇÃO CONTRA LÍQUIDOS (IMPERMEÁVEL), GRAMATURA 40; DESCARTÁVEL; COM FILME DE POLIETILENO MICROPOROSO; CAPUZ DE DUAS PEÇAS COM ELÁSTICO; FECHAMENTO FRONTAL COM ZÍPER BIDIRECIONAL COM ABA PROTETORA.												
											Total do pedido	2.939,50



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 20/11/2023 às 16:27, 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 20/11/2023 às 16:47, 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 321717 e o código verificador 44105.