

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
446880	153082	3010233 / 44157	23/11/2023	1.002,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA AMBULATÓRIO	
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor	
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO CEM - FORMOSA					<b>Razão Social</b>	ULTRAMEDI COMERCIO DE MEDICAMENTOS E HOSPITALARES LTDA
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO CEM - FORMOSA					<b>Nome Fantasia</b>	ULTRAMEDI COMERCIO DE MEDICAMENTOS E HOSPITALARES LTDA
<b>CPF/CNPJ</b>	12.053.184/0008-03					<b>CPF/CNPJ</b>	38.312.083/0001-27
<b>CEP</b>	73.805-201					<b>CEP</b>	24.904-585
<b>Endereço</b>	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA					<b>Endereço</b>	RODOVIA ERNANI DO AMARAL PEIXOTO - MARQUES DE MARICÁ
<b>Cidade</b>	FORMOSA					<b>Cidade</b>	MARICA
<b>UF</b>	GO					<b>UF</b>	RJ
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO					<b>Insc. Estadual</b>	118106
<b>Contato</b>	Enivaldo Campos Rodrigues					<b>Contato</b>	RODRIGO EUGENIO
<b>Telefone</b>	(62) 9 9973-7067					<b>Telefone</b>	(21) 9 8473-3374
<b>Email</b>	comprasmatriz@institutocem.org.br					<b>Email</b>	comercial@ultramedi.com.br
<b>Prazo de Entrega Solicitado</b>	4					<b>Prazo de Entrega</b>	3 DIA(s)
<b>Cond. Pagamento Solicitado</b>	A PRAZO					<b>Cond. Pagamento</b>	60 Dias
<b>Forma de Pagamento</b>	BOLETO BANCÁRIO					<b>Nome do Vendedor</b>	RODRIGO EUGENIO
<b>Endereço de cobrança</b>	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					<b>Tipo de Frete</b>	CIF
<b>Endereço de entrega</b>	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					<b>Faturamento Mínimo</b>	1.000,00
						<b>Validade da Proposta</b>	30/11/2023

#### Observações do Comprador

FORMOSA / GO  
.FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ.  
.AQUISIÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO.  
.FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0008-03 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE ORMOSA/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;  
.GESTÃO N° 03/2022 /2022 – SES / GO. .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE  
.COMPRAS A VISTA DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO.  
.ENDEREÇO PARA ENTREGA: POLICLÍNICA DA CIDADE DE FORMOSA/GO - ENDEREÇO: AV. OESTE, QUADRAS 4, 5 E 9, S/N, JARDIM OLIVEIRA, FORMOSA/GO. CEP: 73805-201.

#### Observações do Fornecedor

Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>									
1		GLUTARON 2% FRASCO DE 1 L	GLUTARON	GLUTARON	6,00	LITRO	79,0000	0,00	474,00
GLUTARON GLUTARALDEIDO DESINFETANTE 2% 1 LITRO									
3		INSULINA REGULAR CANETA 100UI/ML 3 ML - CAIXA COM 5 CANETAS	NOVOLIN	NOVOLIN	6,00	CAIXA	88,0000	0,00	528,00
NOVOLIN R									
<b>Total do pedido</b>									<b>1.002,00</b>

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticação pode ser verificada no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validacao/446880-153082-3010233-44157



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 23/11/2023 às 16:55, 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 24/11/2023 às 07:28, 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 323562 e o código verificador 44157.