

# Dados do Pedido

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta
436631	148317	39301 / 36545	10/07/2023	198,00	Encerrada	SOLICITAÇÃO DE MATERIAS MÉDICOS

Condições de Negócio do Comprador		Condições de Negócio do Fornecedor	
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO CEM - FORMOSA	<b>Razão Social</b>	ZA.COM COMERCIO E SOLUCOES EMPRESARIAIS EIRELI
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO CEM - FORMOSA	<b>Nome Fantasia</b>	Z&A.COM SOLUCOES EMPRESARIAIS
<b>CPF/CNPJ</b>	12.053.184/0008-03	<b>CPF/CNPJ</b>	30.314.811/0001-28
<b>CEP</b>	73.805-201	<b>CEP</b>	74.465-270
<b>Endereço</b>	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA	<b>Endereço</b>	R MAES, DAS - JD NOVA ESPERANÇA
<b>Cidade</b>	FORMOSA	<b>Cidade</b>	GOIANIA
<b>UF</b>	GO	<b>UF</b>	GO
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO	<b>Insc. Estadual</b>	10800323-0
<b>Contato</b>	Enivaldo Campos Rodrigues	<b>Contato</b>	MARCOS OU SUZANA
<b>Telefone</b>	(62) 9 9973-7067	<b>Telefone</b>	(62) 9 9155-0179
<b>Email</b>	comprasmatriz@institutocem.org.br	<b>Email</b>	z.com28.12@gmail.com
<b>Prazo de Entrega Solicitado</b>	4	<b>Prazo de Entrega</b>	10 DIA(s)
<b>Cond. Pagamento Solicitado</b>	A PRAZO	<b>Cond. Pagamento</b>	30 Dias
<b>Forma de Pagamento</b>	BOLETO BANCÁRIO	<b>Nome do Vendedor</b>	MARCOS CAMARGO
<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>	0,00
		<b>Validade da Proposta</b>	31/07/2023
		<b>Motivo do Cancelamento do Pedido</b>	<b>divergência na unidade de medida</b>

**Observações da Proposta**

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;  
 .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE GESTÃO N° 03/2022 /2022 – SES / GO.  
 .COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA / EQUIPAMENTOS;  
 .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 Comprador**

**Observações do Fornecedor**

Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>									
3	726	ALMOTOLIA 250ML PLASTICA TRANSPARENTE	250ML	PROLAB	20,00	UNIDADE	9,9000	0,00	198,00
<b>Total do pedido</b>									<b>198,00</b>