

Dados do Pedido

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta						
452729	156249	55077 / 48499	27/02/2024	486,00	Encerrada	MATERIAIS HOSPITALARES						
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor						
Razão Social		INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS				Razão Social		DMI MATERIAL MEDICO HOSPITALAR LTDA				
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM - QUIRINÓPOLIS				Nome Fantasia		DMI				
CPF/CNPJ		12.053.184/0005-60				CPF/CNPJ		37.109.097/0004-28				
CEP		75.860-000				CEP		74.530-010				
Endereço		RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS				Endereço		AV CASTELO BRANCO - ST. COIMBRA				
Cidade		QUIRINOPOLIS				Cidade		GOIANIA				
UF		GO				UF		GO				
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		106157892				
Contato		Enivaldo Campos Rodrigues				Contato		KENNEDY				
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone		(62) 3541-3334				
Email		comprasmatriz@institutocem.org.br				Email		kennedy.dmi@gmail.com				
Prazo de Entrega Solicitado		6				Prazo de Entrega		2 DIA(s)				
Cond. Pagamento Solicitado		A PRAZO				Cond. Pagamento		30 Dias				
Forma de Pagamento		BOLETO BANCÁRIO				Nome do Vendedor		DILAMAR				
						Tipo de Frete		CIF				
						Faturamento Mínimo		300,00				
Endereço de cobrança		RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966				Validade da Proposta		08/03/2024				
Endereço de entrega		RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966				Motivo da Recusa do Pedido		O PRODUTO FOI COTADO ERRADO				
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												
1	39441	EQUIPO PARA SOL PARENT FOTO MACROGOTAS GRAVIT C/ INJ LATERAL				25	GLOMED	450,00	UNIDADE	1,0800	0,00	486,00
Total do pedido												486,00