

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
453947	156735	55077 / 48499	14/03/2024	1.355,00	O.C. Emitida	MATERIAIS MÉDICOS III	
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor	
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS					<b>Razão Social</b>	ULTRAMEDI COMERCIO DE MEDICAMENTOS E HOSPITALARES LTDA
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO CEM - QUIRINÓPOLIS					<b>Nome Fantasia</b>	ULTRAMEDI COMERCIO DE MEDICAMENTOS E HOSPITALARES LTDA
<b>CPF/CNPJ</b>	12.053.184/0005-60					<b>CPF/CNPJ</b>	38.312.083/0001-27
<b>CEP</b>	75.860-000					<b>CEP</b>	24.904-585
<b>Endereço</b>	RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS					<b>Endereço</b>	RODOVIA ERNANI DO AMARAL PEIXOTO - MARQUES DE MARICÁ
<b>Cidade</b>	QUIRINOPOLIS					<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>	2					<b>Prazo de Entrega</b>	3 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>	RODRIGO EUGENIO
<b>Endereço de cobrança</b>	RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966					<b>Tipo de Frete</b>	CIF
<b>Endereço de entrega</b>	RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966					<b>Faturamento Mínimo</b>	1.000,00
						<b>Validade da Proposta</b>	29/02/2024

#### Observações do Comprador

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 Fornecedor

Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	VI. Unit.	Desconto	VI. Total
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>									
1	044459	SERINGA DESCARTÁVEL 10ML LUER SLIP C/ DISP SEG E AGULHA 25 X 0,7 MM	SR	SR	500,00	UNIDADE	2,7100	0,00	1.355,00
<b>Total do pedido</b>									<b>1.355,00</b>

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura/48499, informando o código verificador 48499.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
453208	156735	55077 / 48499	04/03/2024	215,00	O.C. Emitida	MATERIAIS MÉDICOS III	
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor	
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS					<b>Razão Social</b>	JLO HOSPITALAR MATERIAL MEDICO E DESCARTAVEIS LTDA
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO CEM - QUIRINÓPOLIS						
<b>CPF/CNPJ</b>	12.053.184/0005-60					<b>Nome Fantasia</b>	JLO HOSPITALAR
<b>CEP</b>	75.860-000					<b>CPF/CNPJ</b>	36.936.957/0001-91
<b>Endereço</b>	RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS					<b>CEP</b>	74.210-110
<b>Cidade</b>	QUIRINOPOLIS					<b>Endereço</b>	R T-0041 - SETOR BUENO
<b>UF</b>	GO					<b>Cidade</b>	GOIANIA
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO					<b>UF</b>	GO
<b>Contato</b>	Enivaldo Campos Rodrigues					<b>Insc. Estadual</b>	108661571
<b>Telefone</b>	(62) 9 9973-7067					<b>Contato</b>	6236240490
<b>Email</b>	comprasmatriz@institutocem.org.br					<b>Telefone</b>	(62) 3624-0490
<b>Prazo de Entrega Solicitado</b>	2					<b>Email</b>	vendasjlohospitalar@gmail.com
<b>Cond. Pagamento Solicitado</b>	A PRAZO					<b>Prazo de Entrega</b>	3 DIA(s)
<b>Forma de Pagamento</b>	BOLETO BANCÁRIO					<b>Cond. Pagamento</b>	28 Dias
<b>Endereço de cobrança</b>	RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966					<b>Nome do Vendedor</b>	LEONARDO DIEGO
<b>Endereço de entrega</b>	RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966					<b>Tipo de Frete</b>	CIF
						<b>Faturamento Mínimo</b>	1.500,00
						<b>Validade da Proposta</b>	29/02/2024

Observações do Comprador
<p>QUIRINÓPOLIS / GO.</p> <p>.FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ.</p> <p>. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60. INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE QUIRINÓPOLIS;</p> <p>. COTAR SOMENTE O SOLICITADO.</p> <p>. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ÍTENS - SUJEITO A DEVOLUÇÃO;</p> <p>.COTAR SOMENTE FRETE CIF;</p> <p>.NÃO DESCONTAR NOSSOS TÍTULOS EM FACTORING. NÃO PAGAMOS JUROS;</p> <p>.ENVIAR JUNTO A MERCADORIA CÓPIA DA ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL + BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS;</p> <p>.ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML NO E-MAIL: ALMOXARIFADO@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR</p> <p>.ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO N° 01/2021 - SES / GO.</p> <p>.COMPRAS A VISTA DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO.</p>

Observações do Fornecedor
<p>Leonardo Oliveira (62) 9 9217-5019 WhatsApp LEONARDOOLIVEIRA@JLOHOSPITALAR.COM <a href="https://www.jlohospitalar.com">https://www.jlohospitalar.com</a></p>

Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	VL Unit.	Desconto	VL Total
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>									
1	044459	SERINGA DESCARTÁVEL 10ML LUER SLIP C/ DISP SEG E AGULHA 25 X 0,7 MM	SERINGA 10ML C/AG 25X7 LUER SLIP	SR	500,00	UNIDADE	0,4300	0,00	215,00
<b>Total do pedido</b>									<b>215,00</b>



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COORDENADOR DE COMPRAS, em 14/03/2024 às 10:04, 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 14/03/2024 às 17:41, 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 367124 e o código verificador 48499.