

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
455176	157828	57560 / 51573	02/04/2024	540,00	O.C. Emitida	MATERIAIS PARA ULTRASSONOGRAFIA			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Razão Social	PRIME COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - ME		
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Nome Fantasia	PRIME HOSPITALAR		
CPF/CNPJ	12.053.184/0008-03					CPF/CNPJ	22.577.298/0001-30		
CEP	73.805-201					CEP	74.830-270		
Endereço	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA					Endereço	R 1102 - SETOR PEDRO LUDOVICO		
Cidade	FORMOSA					Cidade	GOIANIA		
UF	GO					UF	GO		
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	106378570		
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato	GISELLY / ANEUEDE		
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 4018-5882		
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email	compras.primedistribuidora@hotmail.com		
Prazo de Entrega Solicitado	4					Prazo de Entrega	5 DIA(s)		
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias		
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	ANEUEDE PRADO		
Endereço de cobrança	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					Tipo de Frete	CIF		
Endereço de entrega	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					Faturamento Mínimo	500,00		
						Validade da Proposta	31/03/2024		
Observações do Comprador									
<p>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 Nº 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.</p>									
Observações do Fornecedor									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	VI. Unit.	Desconto	VI. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
1	5190	ALCOOL ETILICO ABSOLUTO 99,5% 1000ML	ALCOOL ETILICO ABSOLUTO 99,5% 1000ML	PROLINK	36,00	FRASCO	15,0000	0,00	540,00
FR 1000ML									
Total do pedido									540,00

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura/51573



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COORDENADOR DE COMPRAS, em 03/04/2024 às 11:31, 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 04/04/2024 às 18:31, 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 373287 e o código verificador 51573.