

Dados do Pedido

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
455015	157831	57465 / 51498	02/04/2024	530,00	Concluída	MATERIAIS MÉDICOS				
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor				
Razão Social		INSTITUTO CEM - FORMOSA				Razão Social	MAEVE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA			
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM - FORMOSA				Nome Fantasia	MAEVE HOSPITALAR			
CPF/CNPJ		12.053.184/0008-03				CPF/CNPJ	09.034.672/0001-92			
CEP		73.805-201				CEP	74.985-144			
Endereço		AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA				Endereço	RUA 13 - POLO EMPRESARIAL DE GOIÁS - ETAPA IV			
Cidade		FORMOSA				Cidade	APARECIDA DE GOIANIA			
UF		GO				UF	GO			
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual	10.416.812-9			
Contato		Enivaldo Campos Rodrigues				Contato	62 35651038			
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone	(62) 3565-1033			
Email		comprasmatriz@institutocem.org.br				Email	.			
Prazo de Entrega Solicitado		4				Prazo de Entrega	2 DIA(s)			
Cond. Pagamento Solicitado		A PRAZO				Cond. Pagamento	30 Dias			
Forma de Pagamento		BOLETO BANCÁRIO				Nome do Vendedor	ALESSANDRA COSTA TEXEIRA			
						Tipo de Frete	CIF			
Endereço de cobrança		AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067				Faturamento Mínimo	500,00			
Endereço de entrega		AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067				Validade da Proposta	02/04/2024			
						Motivo da Recusa do Pedido	RECUSO O PEDIDO POIS O ALCOOL GEL NÃO TEMOS MAIS, A CAIXA DE COLETOR NÓS TEMOS			
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; 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. .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. .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE										
Observações do Comprador										
Observações do Fornecedor										
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total	
MÉDICO / HOSPITALAR										
1	39039	ALCOOL GEL 70% 1000 ML	J. FERES	J.FERES	60,00	FRASCO	5,0000	0,00	300,00	
5	38807	CAIXA P/ DESCARTE DE MATERIAL PERFUROCORTANTE 20 LITROS	DESCARBOX	DESCARBOX	40,00	CAIXA	5,7500	0,00	230,00	
Total do pedido									530,00	