

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
455339	158004	57465 / 51498	05/04/2024	750,00	O.C. Emitida	MATERIAIS MÉDICOS II			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Razão Social PM DOS REIS LTDA			
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Nome Fantasia APARECIDA MED HOSPITALAR			
CPF/CNPJ	12.053.184/0008-03					CPF/CNPJ 37.116.181/0001-26			
CEP	73.805-201					CEP 74.933-550			
Endereço	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA					Endereço AV GUAJUPIA - JARDIM HELVECIA			
Cidade	FORMOSA					Cidade APARECIDA DE GOIANIA			
UF	GO					UF GO			
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual 108008282			
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato 62985743848			
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone (62) 9 8574-3848			
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email ,			
Prazo de Entrega Solicitado	3					Prazo de Entrega 10 DIA(s)			
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento 30 Dias			
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor FABRICIO			
						Tipo de Frete CIF			
						Faturamento Mínimo 750,00			
Endereço de cobrança	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					Validade da Proposta 23/04/2024			
Endereço de entrega	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067								
Observações do Comprador									
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 Nº 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 Fornecedor									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	VI. Unit.	Desconto	VI. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
1	5810	APOIO ERGONÔMICO P/ PÉS	GENERICA	GENERICA	10,00	UNIDADE	75,0000	0,00	750,00
APOIO ERGONÔMICO PARA PÉS COM REGULAGEM DE ALTURA PARA 3 POSIÇÕES - DESCANÇA PÉS ERGONÔMICO.									
Total do pedido									750,00



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COORDENADOR DE COMPRAS, em 05/04/2024 às 09:48, 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 09/04/2024 às 11:53, 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 374938 e o código verificador 51498.