

Dados do Pedido

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta
459617	160387	59610 /54501	12/06/2024	1.350,00	Encerrada	MEDICAMENTOS III

Condições de Negócio do Comprador		Condições de Negócio do Fornecedor	
Razão Social	INSTITUTO CEM - GOIANESIA	Razão Social	CA DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS HOSPITALARES EIRELI-ME
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FILIAL GOIANÉSIA	Nome Fantasia	CA DISTRIBUIDORA
CPF/CNPJ	12.053.184/0003-07	CPF/CNPJ	26.457.348/0001-04
CEP	76.383-637	CEP	74.915-025
Endereço	AV. ULISSES GUIMARÃES, ESQUINA COM AV. CONTORNO, S/N, - ESPERANÇA	Endereço	AV. BARÃO DO RIO BRANCO - JARDIM LUZ
Cidade	GOIANESIA	Cidade	APARECIDA DE GOIANIA
UF	GO	UF	GO
Insc. Estadual	ISENTO	Insc. Estadual	10.675.970-1
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues	Contato	(62) 3983-2238/3983-2239
Telefone	(62) 9 9973-7067	Telefone	(62) 3983-2239
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br	Email	vendas02.cadistribuidora@gmail.com
Prazo de Entrega Solicitado	3	Prazo de Entrega	2 DIA(s)
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO	Cond. Pagamento	30 Dias
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO	Nome do Vendedor	ELISANGELA CORDEIRO DA ROCHA
Endereço de cobrança	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734	Tipo de Frete	CIF
Endereço de entrega	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734	Faturamento Mínimo	600,00
		Validade da Proposta	28/06/2024
		Motivo da Recusa do Pedido	cliente com restrições de compras, desacordo comercial

Observações da Proposta

GOIANÉSIA / GO.
 .FRETE COTAR SOMENTE CIF.
 .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ.
 .FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0003-07 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE GOIANÉSIA.
 .COTAR SOMENTE O SOLICITADO, FAVOR NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE.
 .NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE - SUJEITO A DEVOLUÇÃO.
 .COTAR O FRETE SOMENTE CIF.
 .NÃO DESCONTAR NOSSOS TÍTULOS EM FACTORING, NÃO PAGAMOS JUROS.
 .ENVIAR JUNTO A MERCADORIA CÓPIA DA ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL E DO BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOR JUNTAS;
 .ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML+ORDEM DE COMPRA NOS E-MAILS: ALMOXARIFADO@POLICLINICAGOIANESIA.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAGOIANESIA.ORG.BR
 .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 65/2020 - SES / GO.
 .COMPRAS A VISTA DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO.

Observações do Comprador

Observações do Fornecedor

ATENÇÃO CONDIÇÃO DE PAGAMENTO DEPENDE DE ANÁLISE PREVIA DE CRÉDITO

Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
1	6038	SULFATO DE MAGNESIO SOL INJ 50% 10ML	SAMTEC	SAMTEC	200,00	AMPOLA	6,7500	0,00	1.350,00
Total do pedido									1.350,00