

# 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				
<b>Condições de Negócio do Comprador</b>						<b>Condições de Negócio do Fornecedor</b>				
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO CEM - GOIANESIA					<b>Razão Social</b>	CA DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS HOSPITALARES EIRELI-ME			
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO CEM - FILIAL GOIANÉSIA					<b>Nome Fantasia</b>	CA DISTRIBUIDORA			
<b>CPF/CNPJ</b>	12.053.184/0003-07					<b>CPF/CNPJ</b>	26.457.348/0001-04			
<b>CEP</b>	76.383-637					<b>CEP</b>	74.915-025			
<b>Endereço</b>	AV. ULISSES GUIMARÃES, ESQUINA COM AV. CONTORNO, S/N, - ESPERANÇA					<b>Endereço</b>	AV. BARÃO DO RIO BRANCO - JARDIM LUZ			
<b>Cidade</b>	GOIANESIA					<b>Cidade</b>	APARECIDA DE GOIANIA			
<b>UF</b>	GO					<b>UF</b>	GO			
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO					<b>Insc. Estadual</b>	10.675.970-1			
<b>Contato</b>	Enivaldo Campos Rodrigues					<b>Contato</b>	(62) 3983-2238/3983-2239			
<b>Telefone</b>	(62) 9 9973-7067					<b>Telefone</b>	(62) 3983-2239			
<b>Email</b>	comprasmatriz@institutocem.org.br					<b>Email</b>	vendas02.cadistribuidora@gmail.com			
<b>Prazo de Entrega Solicitado</b>	3					<b>Prazo de Entrega</b>	2 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>	ELISANGELA CORDEIRO DA ROCHA			
<b>Endereço de cobrança</b>	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734					<b>Tipo de Frete</b>	CIF			
<b>Endereço de entrega</b>	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734					<b>Faturamento Mínimo</b>	600,00			
						<b>Validade da Proposta</b>	28/06/2024			
						<b>Motivo da Recusa do Pedido</b>	cliente com restrições de compras, desacordo comercial			
<b>Observações da Proposta</b>										
<p>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 N° 65/2020 - SES / GO.          .COMPRAS A VISTA DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO.</p>										
<b>Observações do Comprador</b>										
<b>Observações do Fornecedor</b>										
ATENÇÃO CONDIÇÃO DE PAGAMENTO DEPENDE DE ANALISE PREVIA DE CRÉDITO										
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total	
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>										
1	6038	SULFATO DE MAGNESIO SOL INJ 50% 10ML	SAMTEC	SAMTEC	200,00	AMPOLA	6,7500	0,00	1.350,00	
<b>Total do pedido</b>									<b>1.350,00</b>	