

Dados do Pedido

| Nro Pedido | Nro Gerencial | Nro Processo | Data | Valor | Situação | Descrição da proposta |
|------------|---------------|---------------|------------|----------|-----------|--|
| 459334 | 159191 | 59152 / 53781 | 10/06/2024 | 1.051,70 | Encerrada | EMERGENCIAL - MATERIAIS PARA QUALIDADE |

| Condições de Negócio do Comprador | | Condições de Negócio do Fornecedor | |
|------------------------------------|---|---|--|
| Razão Social | INSTITUTO CEM - GOIANESIA | Razão Social | SEMPRE HOSPITALAR LTDA |
| Nome Fantasia | INSTITUTO CEM - FILIAL GOIANÉSIA | Nome Fantasia | SEMPRE |
| CPF/CNPJ | 12.053.184/0003-07 | CPF/CNPJ | 37.751.411/0001-29 |
| CEP | 76.383-637 | CEP | 74.255-140 |
| Endereço | AV. ULISSES GUIMARÃES, ESQUINA COM AV. CONTORNO, S/N, - ESPERANÇA | Endereço | R C-0159 - JARDIM AMÉRICA |
| Cidade | GOIANESIA | Cidade | GOIANIA |
| UF | GO | UF | GO |
| Insc. Estadual | ISENTO | Insc. Estadual | 10799854-8 |
| Contato | Enivaldo Campos Rodrigues | Contato | VENER |
| Telefone | (62) 9 9973-7067 | Telefone | (62) 9 9462-2822 |
| Email | comprasmatriz@institutocem.org.br | Email | - |
| Prazo de Entrega Solicitado | 3 | Prazo de Entrega | 4 DIA(s) |
| Cond. Pagamento Solicitado | A PRAZO | Cond. Pagamento | 30 Dias |
| Forma de Pagamento | BOLETO BANCÁRIO | Nome do Vendedor | VENER ROQUE |
| 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 | 1.000,00 |
| | | Validade da Proposta | 13/05/2024 |
| | | Motivo do Cancelamento do Pedido | Não vamos atender com pagamento para 30 dias somente a vista |

| Observações da Proposta |
|--|
| <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 Nº 65/2020 - SES / GO. .COMPRAS A VISTA DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO.</p> |

| Observações do Comprador |
|--------------------------|
| |

| Observações do Fornecedor |
|---------------------------|
| |

| Item | Código | Descrição | Referência | Marca | Qtde | UM | Vl. Unit. | Desconto | Vl. Total |
|----------------------------|--------|-----------------------------|-------------|----------|-------|-------|-----------|----------|-----------------|
| MÉDICO / HOSPITALAR | | | | | | | | | |
| 2 | 78498 | HIPOCLORITO DE SODIO 10% 5L | HIPOCLORITO | MEGACLIN | 13,00 | GALÃO | 80,9000 | 0,00 | 1.051,70 |
| Total do pedido | | | | | | | | | 1.051,70 |