

Dados do Pedido

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta
460436	159191	59152 / 53781	25/06/2024	1.035,00	Encerrada	EMERGENCIAL - MATERIAIS PARA QUALIDADE

Condições de Negócio do Comprador		Condições de Negócio do Fornecedor	
Razão Social	INSTITUTO CEM - GOIANESIA	Razão Social	ULTRAMEDI COMERCIO DE MEDICAMENTOS E HOSPITALARES LTDA
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FILIAL GOIANÉSIA	Nome Fantasia	ULTRAMEDI COMERCIO DE MEDICAMENTOS E HOSPITALARES LTDA
CPF/CNPJ	12.053.184/0003-07	CPF/CNPJ	38.312.083/0001-27
CEP	76.383-637	CEP	24.904-585
Endereço	AV. ULISSES GUIMARÃES, ESQUINA COM AV. CONTORNO, S/N, - ESPERANÇA	Endereço	RODOVIA ERNANI DO AMARAL PEIXOTO - MARQUES DE MARICÁ
Cidade	GOIANESIA	Cidade	MARICA
UF	GO	UF	RJ
Insc. Estadual	ISENTO	Insc. Estadual	118106
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues	Contato	RODRIGO EUGENIO
Telefone	(62) 9 9973-7067	Telefone	(21) 9 8473-3374
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br	Email	comercial@ultramedi.com.br
Prazo de Entrega Solicitado	3	Prazo de Entrega	3 DIA(s)
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO	Cond. Pagamento	30 Dias
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO	Nome do Vendedor	RODRIGO EUGENIO
		Tipo de Frete	CIF
		Faturamento Mínimo	1.000,00
		Validade da Proposta	31/05/2024
		Motivo da Recusa do Pedido	ZEROU EM ESTOQUE SEM PREVISÃO DE RECEBIMENTO
Endereço de cobrança	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734		
Endereço de entrega	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734		

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	VI. Unit.	Desconto	VI. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
2	78498	HIPOCLORITO DE SODIO 10% 5L	CICLOFARMA	CICLOFARMA	15,00	GALÃO	69,0000	0,00	1.035,00
Total do pedido									1.035,00