

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

**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**

Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>									
2	78498	HIPOCLORITO DE SODIO 10% 5L	CICLOFARMA	CICLOFARMA	15,00	GALÃO	69,0000	0,00	1.035,00
<b>Total do pedido</b>									<b>1.035,00</b>