

| Nro Pedido | Nro Gerencial | Nro Processo | Data | Valor | Situação | Descrição da proposta | |
|------------------------------------|---|--------------|------------|--------|--------------|---|---|
| 392328 | 128950 | 507 | 21/01/2022 | 370,15 | O.C. Emitida | SOLICITAÇÃO DE CORRELATOS COMPLEMENTAR - HEJA | |
| Condições de Negócio do Comprador | | | | | | Condições de Negócio do Fornecedor | |
| Razão Social | INSTITUTO CEM | | | | | Razão Social | HOSPFAR INDUSTRIA E COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES S/A |
| Nome Fantasia | INSTITUTO CEM (JARAGUA) | | | | | Nome Fantasia | HOSPFAR GOIANIA |
| CNPJ | 12.053.184/0004-80 | | | | | CNPJ | 26.921.908/0001-21 |
| CEP | 76.330-000 | | | | | CEP | 74.620-385 |
| Endereço | R ORDENER FERREIRA RIOS - SETOR JARDIM AEROPORTO | | | | | Endereço | RUA: 3, QD:0, LTS: 02,05/07-11 - SETOR: MORAIS |
| Cidade | JARAGUA | | | | | Cidade | GOIANIA |
| UF | GO | | | | | UF | GO |
| Insc. Estadual | ISENTO | | | | | Insc. Estadual | 10.232.108-6 |
| Contato | Enivaldo Campos Rodrigues | | | | | Contato | ORLANDO 08007033500 / CRISTINA 11-21853500 SP/RJ |
| Telefone | (62) 9 9973-7067 | | | | | Telefone | (62) 3269-3500 |
| Email | comprasmatriz@institutocem.org.br | | | | | Email | igor.lobo@hospfar.com.br;televendasspi@hospfar.com.br |
| Prazo de Entrega Solicitado | 4 | | | | | Prazo de Entrega | 1 DIA(s) |
| Cond. Pagamento Solicitado | A PRAZO | | | | | Cond. Pagamento | 28 Dias |
| Forma de Pagamento | BOLETO BANCÁRIO | | | | | Nome do Vendedor | LEYDISLENE ROSANGELA MARQUES |
| Endereço de cobrança | AV. DIONE GOMES PEREIRA DA SILVA 76.330-000 SETOR AEROPORTO JARAGUA/GO (14) 9 8109-3089 | | | | | Tipo de Frete | CIF |
| Endereço de entrega | AV. DIONE GOMES PEREIRA DA SILVA 76.330-000 SETOR AEROPORTO JARAGUA/GO (14) 9 8109-3089 | | | | | Faturamento Mínimo | 300,00 |
| | | | | | | Validade da Proposta | 24/01/2022 |

Observações do Comprador

FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0004-80 - COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE;
 NÃO DESCONTAR NOSSOS TÍTULOS EM FACTORING. NÃO PAGAMOS JUROS;
 ENVIAR JUNTO A MERCADORIA CÓPIA DA ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOR JUNTOS;
 ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML NO E-MAIL: ALMOXARIFADO@HEJAGO.ORG.BR;
 ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 06/2021 - 2º TERMO ADITIVO.

Observações do Fornecedor

A HOSPFAR garante preço por 03 (três) dias úteis após o fechamento da cotação. Agradecemos a oportunidade de poder ofertar nossos produtos e serviços. Nosso objetivo é garantir qualidade e segurança em toda a nossa cadeia de distribuição.

| Item | Código | Descrição | Referência | Marca | Qtde | UM | Vl. Unit. | Desconto | Vl. Total |
|----------------------------|--------|-------------------------------------|--|---------|--------|---------|-----------|----------|---------------|
| MÉDICO / HOSPITALAR | | | | | | | | | |
| 1 | | CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO N 22 | CATETER IV PERIF 22G SOBRE AGULHA CX/100 | POLYMED | 500,00 | UNIDADE | 0,7403 | 0,00 | 370,15 |
| Total do pedido | | | | | | | | | 370,15 |



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 21/01/2022 às 17:26, conforme horário oficial de Brasília/DF, com fundamentos na portaria nº 117/2020



Documento assinado eletronicamente por WELLITON FELIPE DA SILVA ALVES, 436.895.948-55, DIRETOR FINANCEIRO, em 24/01/2022 às 09:29, conforme horário oficial de Brasília/DF, com fundamentos na portaria nº 117/2020



Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site:
<https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo> informando o código 47408 e o código verificador 6678.