

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
362130	116035	144	08/03/2021	3.300,00	O.C. Emitida	SC.47 - AQUISIÇÃO DE ASPIRADORES DE REDE VACUÔMETRO			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM (JARAGUA)					Razão Social	VIVA PRODUTOS HOSPITALARES LTDA		
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM (JARAGUA)					Nome Fantasia	VIVA MEDICAMENTOS		
CNPJ	12.053.184/0001-37					CNPJ	07.173.013/0001-01		
CEP	76.330-000					CEP	74.853-030		
Endereço	AV. DIONE GOMES PEREIRA DA SILVA - SETOR AEROPORTO					Endereço	AV B - JARDIM SANTO ANTONIO		
Cidade	JARAGUA					Cidade	GOIANIA		
UF	GO					UF	GO		
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	10.384.639-5		
Contato	IDELFONSO BIBIANO DA CONCEIÇÃO NETO					Contato	GABRIEL//GUSTAVO//NUBIA		
Telefone						Telefone	(62) 3091-2307		
Email	compras@hejago.org.br					Email	vendas02@vivamedicamentos.com.br		
Prazo de Entrega Solicitado	3					Prazo de Entrega	15 DIA(s)		
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	28 Dias		
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	NUBIA		
						Tipo de Frete	CIF		
						Faturamento Mínimo	750,00		
						Validade da Proposta	20/03/2021		
Endereço de cobrança	AV. DIONE GOMES PEREIRA DA SILVA 76.330-000 SETOR AEROPORTO JARAGUA/GO (14) 9 8109-3089								
Endereço de entrega	AV. DIONE GOMES PEREIRA DA SILVA 76.330-000 SETOR AEROPORTO JARAGUA/GO (14) 9 8109-3089								
Observações do Comprador									
Observações do Fornecedor									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
1		ASPIRADOR DE REDE VACUÔMETRO MASTER 400ML	CX C 01- PRAZO DE ENTREGA 15 DIAS	MORIYA	3,00	UNIDADE	10,0000	0,00	3.300,00
ASPIRADOR PARA REDE DE OXIGÊNIO FIXA									
Total do pedido									3.300,00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
392500	128943	508	24/01/2022	1.007,50	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS 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	comprasmatrix@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	VI. Unit.	Desconto	VI. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
4		BUPIVACAINA + GLICOSE 5 + 80 MG/ML - 4ML	NEOCAINA 0 5% PESADA CX/40 EST. DE 4 ML	CRISTALIA	50,00	AMPOLA	8,4700	0,00	423,50
6		CLINDAMICINA 150 MG/ML 4 ML	HYCLIN 600MG SOL INJ CX/50AMPX4ML	HYPOFARMA	100,00	AMPOLA	5,8400	0,00	584,00
Total do pedido									1.007,50



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 24/01/2022 às 18:11, 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 19:02, 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 48032 e o código verificador 6680.