

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
433440	146510		01/06/2023	1.029,60	O.C. Emitida	PEDIDO 024 - MEDICAMENTOS			
<b>Condições de Negócio do Comprador</b>						<b>Condições de Negócio do Fornecedor</b>			
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO PATRIS					<b>Razão Social</b>	CA DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS HOSPITALARES EIRELI-ME		
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO PATRIS					<b>Nome Fantasia</b>	CA DISTRIBUIDORA		
<b>CNPJ</b>	37.678.845/0002-21					<b>CNPJ</b>	26.457.348/0001-04		
<b>CEP</b>	72.830-015					<b>CEP</b>	74.915-025		
<b>Endereço</b>	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					<b>Endereço</b>	AV. BARÃO DO RIO BRANCO - JARDIM LUZ		
<b>Cidade</b>	LUZIANIA					<b>Cidade</b>	APARECIDA DE GOIANIA		
<b>UF</b>	GO					<b>UF</b>	GO		
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO					<b>Insc. Estadual</b>	10.675.970-1		
<b>Contato</b>	MAYARA MARTELLI					<b>Contato</b>	(62) 3983-2238/3983-2239		
<b>Telefone</b>						<b>Telefone</b>	(62) 3983-2239		
<b>Email</b>	compras2@institutopatris.org.br					<b>Email</b>	vendas02.cadistribuidora@gmail.com		
<b>Prazo de Entrega Solicitado</b>	4					<b>Prazo de Entrega</b>	2 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>	ELISANGELA CORDEIRO CASTELLAMARY		
						<b>Tipo de Frete</b>	CIF		
						<b>Faturamento Mínimo</b>	400,00		
						<b>Validade da Proposta</b>	26/05/2023		
<b>Endereço de cobrança</b>	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947								
<b>Endereço de entrega</b>	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947								
<b>Observações do Comprador</b>									
<p>- AQUISIÇÃO PARA ATENDER DEMANDA DO HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIANIA;  - DADOS PARA FATURAMENTO CNPJ: 37.678.845/0002-21 (INSTITUTO PATRIS).  - PARA RESPONDER A COTAÇÃO, É NECESSÁRIO QUE AS 5 (CINCO) CERTIDÕES DE DÉBITOS ESTEJAM NEGATIVAS, SÃO ELAS: FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA.  - NO ATO DA ENTREGA DO PEDIDO É OBRIGATÓRIO ENTREGAR JUNTAMENTE COM A NOTA FISCAL AS CERTIDÕES: MUNICIPAL, ESTADUAL, FEDERAL, FGTS E CERTIDÃO TRABALHISTA (TODAS ATUALIZADAS E SEM DÉBITOS);  - HORÁRIO DE ENTREGA: DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA DAS 08:00 ÀS 17:00HS / MEDICAMENTOS E MATERIAL MÉDICO;  - OS MATERIAIS DEVERÃO SER ENTREGUES ACOMPANHADOS DE NF COM A ESPECIFICAÇÃO DOS ITENS, MARCA E QUANTIDADE;  - NÃO SERÃO ACEITOS MEDICAMENTOS/MATERIAL MÉDICO COM VALIDADE INFERIOR A UM ANO (1 ANO). EXCETO QUANDO INFORMADO E AUTORIZADO ANTES DA EMISSÃO DO PEDIDO.  - AS EMPRESAS DEVERÃO ORÇAR OS ITENS DE ACORDO COM O SOLICITADO/ESPECIFICADO. AS -INCLUIR NO VALOR DO PRODUTO TODOS OS IMPOSTOS E TAXAS;  - FRETE CIF; EM NENHUMA HIPÓTESE DEVE-SE SER COTADO FRETE FOB, CASO EXISTA, ESSE VALOR DEVE SER INCLUSO NOS VALORES UNITÁRIOS DOS ITENS;  - ENVIAR JUNTO A NOTA AS CND'S (CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITO) FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA;</p> <p>- OBRIGATORIAMENTE, NOS DADOS ADICIONAIS DA NF, DEVE CONSTAR A SEGUINTE INFORMAÇÃO: CONTRATO DE GESTÃO 045/2022 SES-GO - INSTITUTO PATRIS / HOSPITAL REGIONAL DE LUZIANIA.  - INFORMAR TAMBÉM O NÚMERO DO PEDIDO (QUE CONSTA NESSA ORDEM DE COMPRA);  - NA AUSÊNCIA DE BOLETO BANCÁRIO, INFORMAR TAMBÉM DADOS BANCÁRIOS PARA DEPÓSITO;  OBS: CASO SEJA SUA PRIMEIRA PARTICIPAÇÃO NAS COMPRAS DO INSTITUTO PATRIS, GENTILEZA INFORMAR QUE ESTÁ TUDO OK COM O CADASTRO, PARA QUE NÃO TENHAMOS PROBLEMAS COM FATURAMENTO/ENTREGA, ETC.</p> <p>QUALQUER DÚVIDA ENTRAR EM CONTATO COM O SETOR DE COMPRAS, PELO TEL. 65-98158-9616 (MAYARA MARTELLI)</p>									
<b>Observações do Fornecedor</b>									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>									
5	38968	AMPICILINA SODICA PO P/ SOL INJ 1G	TEUTO	TEUTO	50,00	FRASCO / AMPOLA	5,6000	0,00	280,00
27	5447	GLICOSE SOL INJ 5% 250ML	EQUIPLEX	EQUIPLEX	80,00	FRASCO	5,6800	0,00	454,40
33	21994	LORATADINA COMP 10MG	VITAMEDIC	VITAMEDIC	48,00	COMPRI M I D O	0,1500	0,00	7,20
49	5467	SALBUTAMOL SPRAY 200 DOSES	TEUTO	TEUTO	20,00	FRASCO	12,9000	0,00	258,00
52	6943	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA COMP 400 + 80MG	VITAMEDIC	VITAMEDIC	120,00	COMPRI M I D O	0,2500	0,00	30,00
<b>Total do pedido</b>									<b>1.029,60</b>

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
433421	146510		31/05/2023	4.965,80	O.C. Emitida	PEDIDO 024 - MEDICAMENTOS			
<b>Condições de Negócio do Comprador</b>						<b>Condições de Negócio do Fornecedor</b>			
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO PATRIS					<b>Razão Social</b>	HOSPDROGAS COMERCIAL LTDA 		
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO PATRIS					<b>Nome Fantasia</b>	HOSPDROGAS		
<b>CNPJ</b>	37.678.845/0002-21					<b>CNPJ</b>	08.774.906/0001-75		
<b>CEP</b>	72.830-015					<b>CEP</b>	74.993-394		
<b>Endereço</b>	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					<b>Endereço</b>	AV. OESTE - PQ. IND. VICE-PRES. JOSÉ ALENCAR ETAPA II		
<b>Cidade</b>	LUZIANIA					<b>Cidade</b>	APARECIDA DE GOIANIA		
<b>UF</b>	GO					<b>UF</b>	GO		
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO					<b>Insc. Estadual</b>	104153377		
<b>Contato</b>	MAYARA MARTELLI					<b>Contato</b>	TELEVENDAS		
<b>Telefone</b>						<b>Telefone</b>	(62) 4012-1199		
<b>Email</b>	compras2@institutopatris.org.br					<b>Email</b>	hermilton@hospdrogas.com.br		
<b>Prazo de Entrega Solicitado</b>	4					<b>Prazo de Entrega</b>	2 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>	LILLIAN PEREIRA COSTA		
						<b>Tipo de Frete</b>	CIF		
						<b>Faturamento Mínimo</b>	600,00		
						<b>Validade da Proposta</b>	31/05/2023		
<b>Endereço de cobrança</b>	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947								
<b>Endereço de entrega</b>	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947								
<b>Observações do Comprador</b>									
<p>- AQUISIÇÃO PARA ATENDER DEMANDA DO HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIANIA;  - DADOS PARA FATURAMENTO CNPJ: 37.678.845/0002-21 (INSTITUTO PATRIS).  - PARA RESPONDER A COTAÇÃO, É NECESSÁRIO QUE AS 5 (CINCO) CERTIDÕES DE DÉBITOS ESTEJAM NEGATIVAS, SÃO ELAS: FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA.  - NO ATO DA ENTREGA DO PEDIDO É OBRIGATÓRIO ENTREGAR JUNTAMENTE COM A NOTA FISCAL AS CERTIDÕES: MUNICIPAL, ESTADUAL, FEDERAL, FGTS E CERTIDÃO TRABALHISTA (TODAS ATUALIZADAS E SEM DÉBITOS);  - HORÁRIO DE ENTREGA: DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA DAS 08:00 ÀS 17:00HS / MEDICAMENTOS E MATERIAL MÉDICO;  - OS MATERIAIS DEVERÃO SER ENTREGUES ACOMPANHADOS DE NF COM A ESPECIFICAÇÃO DOS ITENS, MARCA E QUANTIDADE;  - NÃO SERÃO ACEITOS MEDICAMENTOS/MATERIAL MÉDICO COM VALIDADE INFERIOR A UM ANO (1 ANO). EXCETO QUANDO INFORMADO E AUTORIZADO ANTES DA EMISSÃO DO PEDIDO.  - AS EMPRESAS DEVERÃO ORÇAR OS ITENS DE ACORDO COM O SOLICITADO/ESPECIFICADO. AS -INCLUIR NO VALOR DO PRODUTO TODOS OS IMPOSTOS E TAXAS;  - FRETE CIF; EM NENHUMA HIPÓTESE DEVE-SE SER COTADO FRETE FOB, CASO EXISTA, ESSE VALOR DEVE SER INCLUSO NOS VALORES UNITÁRIOS DOS ITENS;  - ENVIAR JUNTO A NOTA AS CND'S (CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITO) FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA;</p> <p>- OBRIGATORIAMENTE, NOS DADOS ADICIONAIS DA NF, DEVE CONSTAR A SEGUINTE INFORMAÇÃO: CONTRATO DE GESTÃO 045/2022 SES-GO - INSTITUTO PATRIS / HOSPITAL REGIONAL DE LUZIANIA.  - INFORMAR TAMBÉM O NÚMERO DO PEDIDO (QUE CONSTA NESSA ORDEM DE COMPRA);  - NA AUSÊNCIA DE BOLETO BANCÁRIO, INFORMAR TAMBÉM DADOS BANCÁRIOS PARA DEPÓSITO;  OBS: CASO SEJA SUA PRIMEIRA PARTICIPAÇÃO NAS COMPRAS DO INSTITUTO PATRIS, GENTILEZA INFORMAR QUE ESTÁ TUDO OK COM O CADASTRO, PARA QUE NÃO TENHAMOS PROBLEMAS COM FATURAMENTO/ENTREGA, ETC.</p> <p>QUALQUER DÚVIDA ENTRAR EM CONTATO COM O SETOR DE COMPRAS, PELO TEL. 65-98158-9616 (MAYARA MARTELLI)</p>									
<b>Observações do Fornecedor</b>									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>									
4	12501	AMPICILINA 2,0G + SULBACTAM 1,0G	UND	BLAU	60,00	FRASCO / AMPOLA	10,0100	0,00	600,60
12	40893	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 250ML	FR	EQUIPLEX	920,00	BOLSA	4,2500	0,00	3.910,00
22	39773	FENTANILA, CITRATO SOL INJ 50MCG/ML 2ML	CX COM 50	UNIAO QUIMICA	100,00	AMPOLA	1,6000	0,00	160,00
25	39370	GLICERINA ENEMA SOL 12% FR. 500ML	FR	EQUIPLEX	48,00	FRASCO	6,1500	0,00	295,20
<b>Total do pedido</b>									<b>4.965,80</b>

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
433420	146510		31/05/2023	1.010,60	O.C. Emitida	PEDIDO 024 - MEDICAMENTOS			
<b>Condições de Negócio do Comprador</b>						<b>Condições de Negócio do Fornecedor</b>			
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO PATRIS					<b>Razão Social</b>	COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA		
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO PATRIS					<b>Nome Fantasia</b>	COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA		
<b>CNPJ</b>	37.678.845/0002-21					<b>CNPJ</b>	67.729.178/0004-91		
<b>CEP</b>	72.830-015					<b>CEP</b>	13.916-074		
<b>Endereço</b>	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					<b>Endereço</b>	PRAÇA EMILIO MARCONATO - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOÃO ALDO NASSIF		
<b>Cidade</b>	LUZIANIA					<b>Cidade</b>	JAGUARIUNA		
<b>UF</b>	GO					<b>UF</b>	SP		
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO					<b>Insc. Estadual</b>	0629965800102		
<b>Contato</b>	MAYARA MARTELLI					<b>Contato</b>	ALINE REZENDE/GLAUCIA/NATALIA/DAIANE/MARCIA /RENATO		
<b>Telefone</b>						<b>Telefone</b>	(19) 3522-5808		
<b>Email</b>	compras2@institutopatris.org.br					<b>Email</b>	paula.rodrigues@rioclarense.com.br;eliossane.praseres@rioclarense.com.br		
<b>Prazo de Entrega Solicitado</b>	4					<b>Prazo de Entrega</b>	2 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>	DEYVISON		
<b>Endereço de cobrança</b>	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947					<b>Tipo de Frete</b>	CIF		
<b>Endereço de entrega</b>	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947					<b>Faturamento Mínimo</b>	500,00		
						<b>Validade da Proposta</b>	02/06/2023		
<b>Observações do Comprador</b>									
<p>- AQUISIÇÃO PARA ATENDER DEMANDA DO HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIANIA;  - DADOS PARA FATURAMENTO CNPJ: 37.678.845/0002-21 (INSTITUTO PATRIS).  - PARA RESPONDER A COTAÇÃO, É NECESSÁRIO QUE AS 5 (CINCO) CERTIDÕES DE DÉBITOS ESTEJAM NEGATIVAS, SÃO ELAS: FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA.  - NO ATO DA ENTREGA DO PEDIDO É OBRIGATÓRIO ENTREGAR JUNTAMENTE COM A NOTA FISCAL AS CERTIDÕES: MUNICIPAL, ESTADUAL, FEDERAL, FGTS E CERTIDÃO TRABALHISTA (TODAS ATUALIZADAS E SEM DÉBITOS);  - HORÁRIO DE ENTREGA: DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA DAS 08:00 ÀS 17:00HS / MEDICAMENTOS E MATERIAL MÉDICO;  - OS MATERIAIS DEVERÃO SER ENTREGUES ACOMPANHADOS DE NF COM A ESPECIFICAÇÃO DOS ITENS, MARCA E QUANTIDADE;  - NÃO SERÃO ACEITOS MEDICAMENTOS/MATERIAL MÉDICO COM VALIDADE INFERIOR A UM ANO (1 ANO). EXCETO QUANDO INFORMADO E AUTORIZADO ANTES DA EMISSÃO DO PEDIDO.  - AS EMPRESAS DEVERÃO ORÇAR OS ITENS DE ACORDO COM O SOLICITADO/ESPECIFICADO. AS -INCLUIR NO VALOR DO PRODUTO TODOS OS IMPOSTOS E TAXAS;  - FRETE CIF; EM NENHUMA HIPÓTESE DEVE-SE SER COTADO FRETE FOB, CASO EXISTA, ESSE VALOR DEVE SER INCLUSO NOS VALORES UNITÁRIOS DOS ITENS;  - ENVIAR JUNTO A NOTA AS CND'S (CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITO) FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA;</p> <p>- OBRIGATORIAMENTE, NOS DADOS ADICIONAIS DA NF, DEVE CONSTAR A SEGUINTE INFORMAÇÃO: CONTRATO DE GESTÃO 045/2022 SES-GO - INSTITUTO PATRIS / HOSPITAL REGIONAL DE LUZIANIA.  - INFORMAR TAMBÉM O NÚMERO DO PEDIDO (QUE CONSTA NESSA ORDEM DE COMPRA);  - NA AUSÊNCIA DE BOLETO BANCÁRIO, INFORMAR TAMBÉM DADOS BANCÁRIOS PARA DEPÓSITO;  OBS: CASO SEJA SUA PRIMEIRA PARTICIPAÇÃO NAS COMPRAS DO INSTITUTO PATRIS, GENTILEZA INFORMAR QUE ESTÁ TUDO OK COM O CADASTRO, PARA QUE NÃO TENHAMOS PROBLEMAS COM FATURAMENTO/ENTREGA, ETC.</p> <p>QUALQUER DÚVIDA ENTRAR EM CONTATO COM O SETOR DE COMPRAS, PELO TEL. 65-98158-9616 (MAYARA MARTELLI)</p>									
<b>Observações do Fornecedor</b>									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>									
15	5173	DEXAMETASONA SOL INJ 4MG/ML 2,5ML	DEXAMETASONA 4MG/ML CX C/100AP X 2,5ML IM /IV GEN	HIPOLABOR	400,00	FRASCO / AMPOLA	1,9600	0,00	784,00
38	5060	MIDAZOLAM SOL INJ 5MG/ML 3ML	MIDAZOLAM 15MG/3ML CX C/100AP X 3ML GEN	HIPOLABOR	100,00	AMPOLA	2,2660	0,00	226,60
<b>Total do pedido</b>									<b>1.010,60</b>

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
433394	146510		31/05/2023	467,40	O.C. Emitida	PEDIDO 024 - MEDICAMENTOS				
<b>Condições de Negócio do Comprador</b>						<b>Condições de Negócio do Fornecedor</b>				
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO PATRIS					<b>Razão Social</b>	GOYAZ SERVICE COMÉRCIO E LOGÍSTICA LTDA			
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO PATRIS					<b>Nome Fantasia</b>	GOYAZ SERVICE HOSPITALAR			
<b>CNPJ</b>	37.678.845/0002-21					<b>CNPJ</b>	07.928.753/0001-00			
<b>CEP</b>	72.830-015					<b>CEP</b>	75.368-155			
<b>Endereço</b>	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					<b>Endereço</b>	RUA SILVIO CALDAS QD. 13 LT. 17 - RESIDENCIAL LIMOEIRO			
<b>Cidade</b>	LUZIANIA					<b>Cidade</b>	GOIANIRA			
<b>UF</b>	GO					<b>UF</b>	GO			
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO					<b>Insc. Estadual</b>	104331356			
<b>Contato</b>	MAYARA MARTELLI					<b>Contato</b>	ANA CAROLINA			
<b>Telefone</b>						<b>Telefone</b>	(62) 3433-7715			
<b>Email</b>	compras2@institutopatris.org.br					<b>Email</b>	.			
<b>Prazo de Entrega Solicitado</b>	4					<b>Prazo de Entrega</b>	1 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>	ANA CAROLINA RODRIGUES DA SILVA			
						<b>Tipo de Frete</b>	CIF			
						<b>Faturamento Mínimo</b>	300,00			
						<b>Validade da Proposta</b>	02/06/2023			
<b>Endereço de cobrança</b>	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947									
<b>Endereço de entrega</b>	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947									
<b>Observações do Comprador</b>										
<p>- AQUISIÇÃO PARA ATENDER DEMANDA DO HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIANIA;  - DADOS PARA FATURAMENTO CNPJ: 37.678.845/0002-21 (INSTITUTO PATRIS).  - PARA RESPONDER A COTAÇÃO, É NECESSÁRIO QUE AS 5 (CINCO) CERTIDÕES DE DÉBITOS ESTEJAM NEGATIVAS, SÃO ELAS: FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA.  - NO ATO DA ENTREGA DO PEDIDO É OBRIGATÓRIO ENTREGAR JUNTAMENTE COM A NOTA FISCAL AS CERTIDÕES: MUNICIPAL, ESTADUAL, FEDERAL, FGTS E CERTIDÃO TRABALHISTA (TODAS ATUALIZADAS E SEM DÉBITOS);  - HORÁRIO DE ENTREGA: DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA DAS 08:00 ÀS 17:00HS / MEDICAMENTOS E MATERIAL MÉDICO;  - OS MATERIAIS DEVERÃO SER ENTREGUES ACOMPANHADOS DE NF COM A ESPECIFICAÇÃO DOS ITENS, MARCA E QUANTIDADE;  - NÃO SERÃO ACEITOS MEDICAMENTOS/MATERIAL MÉDICO COM VALIDADE INFERIOR A UM ANO (1 ANO). EXCETO QUANDO INFORMADO E AUTORIZADO ANTES DA EMISSÃO DO PEDIDO.  - AS EMPRESAS DEVERÃO ORÇAR OS ITENS DE ACORDO COM O SOLICITADO/ESPECIFICADO. AS -INCLUIR NO VALOR DO PRODUTO TODOS OS IMPOSTOS E TAXAS;  - FRETE CIF; EM NENHUMA HIPÓTESE DEVE-SE SER COTADO FRETE FOB, CASO EXISTA, ESSE VALOR DEVE SER INCLUSO NOS VALORES UNITÁRIOS DOS ITENS;  - ENVIAR JUNTO A NOTA AS CND'S (CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITO) FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA;</p> <p>- OBRIGATORIAMENTE, NOS DADOS ADICIONAIS DA NF, DEVE CONSTAR A SEGUINTE INFORMAÇÃO: CONTRATO DE GESTÃO 045/2022 SES-GO - INSTITUTO PATRIS / HOSPITAL REGIONAL DE LUZIANIA.  - INFORMAR TAMBÉM O NÚMERO DO PEDIDO (QUE CONSTA NESSA ORDEM DE COMPRA);  - NA AUSÊNCIA DE BOLETO BANCÁRIO, INFORMAR TAMBÉM DADOS BANCÁRIOS PARA DEPÓSITO;  OBS: CASO SEJA SUA PRIMEIRA PARTICIPAÇÃO NAS COMPRAS DO INSTITUTO PATRIS, GENTILEZA INFORMAR QUE ESTÁ TUDO OK COM O CADASTRO, PARA QUE NÃO TENHAMOS PROBLEMAS COM FATURAMENTO/ENTREGA, ETC.</p> <p>QUALQUER DÚVIDA ENTRAR EM CONTATO COM O SETOR DE COMPRAS, PELO TEL. 65-98158-9616 (MAYARA MARTELLI)</p>										
<b>Observações do Fornecedor</b>										
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total	
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>										
48	11323	RINGER SIMPLES SOL INJ 500ML	HALEXISTAR	HALEXISTAR	60,00	FRASCO	7,7900	0,00	467,40	
<b>Total do pedido</b>									<b>467,40</b>	

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
433393	146510		31/05/2023	14.655,53	O.C. Emitida	PEDIDO 024 - MEDICAMENTOS			
<b>Condições de Negócio do Comprador</b>						<b>Condições de Negócio do Fornecedor</b>			
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO PATRIS					<b>Razão Social</b>	AMPLA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA		
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO PATRIS					<b>Nome Fantasia</b>	AMPLA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENT		
<b>CNPJ</b>	37.678.845/0002-21					<b>CNPJ</b>	33.472.974/0001-27		
<b>CEP</b>	72.830-015					<b>CEP</b>	71.215-650		
<b>Endereço</b>	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					<b>Endereço</b>	SGCV/SUL LOTE 15 BLOCO C LOJA 122 E 123 ED JADE HOTEL HOME OFFICE - GUARA		
<b>Cidade</b>	LUZIANIA					<b>Cidade</b>	BRASILIA		
<b>UF</b>	GO					<b>UF</b>	DF		
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO					<b>Insc. Estadual</b>	07.913.705/001-62		
<b>Contato</b>	MAYARA MARTELLI					<b>Contato</b>	61991998146		
<b>Telefone</b>						<b>Telefone</b>	(61) 3546-6904		
<b>Email</b>	compras2@institutopatris.org.br					<b>Email</b>	comercial@amplamedicamentos.com.br		
<b>Prazo de Entrega Solicitado</b>	4					<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>	ANTONIO DE JESUS		
<b>Endereço de cobrança</b>	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947					<b>Tipo de Frete</b>	CIF		
<b>Endereço de entrega</b>	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947					<b>Faturamento Mínimo</b>	1.000,00		
<b>Observações do Comprador</b>						<b>Validade da Proposta</b>	07/06/2023		
<p>- AQUISIÇÃO PARA ATENDER DEMANDA DO HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIANIA;  - DADOS PARA FATURAMENTO CNPJ: 37.678.845/0002-21 (INSTITUTO PATRIS).  - PARA RESPONDER A COTAÇÃO, É NECESSÁRIO QUE AS 5 (CINCO) CERTIDÕES DE DÉBITOS ESTEJAM NEGATIVAS, SÃO ELAS: FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA.  - NO ATO DA ENTREGA DO PEDIDO É OBRIGATÓRIO ENTREGAR JUNTAMENTE COM A NOTA FISCAL AS CERTIDÕES: MUNICIPAL, ESTADUAL, FEDERAL, FGTS E CERTIDÃO TRABALHISTA (TODAS ATUALIZADAS E SEM DÉBITOS);  - HORÁRIO DE ENTREGA: DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA DAS 08:00 ÀS 17:00HS / MEDICAMENTOS E MATERIAL MÉDICO;  - OS MATERIAIS DEVERÃO SER ENTREGUES ACOMPANHADOS DE NF COM A ESPECIFICAÇÃO DOS ITENS, MARCA E QUANTIDADE;  - NÃO SERÃO ACEITOS MEDICAMENTOS/MATERIAL MÉDICO COM VALIDADE INFERIOR A UM ANO (1 ANO). EXCETO QUANDO INFORMADO E AUTORIZADO ANTES DA EMISSÃO DO PEDIDO.  - AS EMPRESAS DEVERÃO ORÇAR OS ITENS DE ACORDO COM O SOLICITADO/ESPECIFICADO. AS -INCLUIR NO VALOR DO PRODUTO TODOS OS IMPOSTOS E TAXAS;  - FRETE CIF; EM NENHUMA HIPÓTESE DEVE-SE SER COTADO FRETE FOB, CASO EXISTA, ESSE VALOR DEVE SER INCLUSO NOS VALORES UNITÁRIOS DOS ITENS;  - ENVIAR JUNTO A NOTA AS CND'S (CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITO) FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA;</p> <p>- OBRIGATORIAMENTE, NOS DADOS ADICIONAIS DA NF, DEVE CONSTAR A SEGUINTE INFORMAÇÃO: CONTRATO DE GESTÃO 045/2022 SES-GO - INSTITUTO PATRIS / HOSPITAL REGIONAL DE LUZIANIA.  - INFORMAR TAMBÉM O NÚMERO DO PEDIDO (QUE CONSTA NESSA ORDEM DE COMPRA);  - NA AUSÊNCIA DE BOLETO BANCÁRIO, INFORMAR TAMBÉM DADOS BANCÁRIOS PARA DEPÓSITO;  OBS: CASO SEJA SUA PRIMEIRA PARTICIPAÇÃO NAS COMPRAS DO INSTITUTO PATRIS, GENTILEZA INFORMAR QUE ESTÁ TUDO OK COM O CADASTRO, PARA QUE NÃO TENHAMOS PROBLEMAS COM FATURAMENTO/ENTREGA, ETC.</p> <p>QUALQUER DÚVIDA ENTRAR EM CONTATO COM O SETOR DE COMPRAS, PELO TEL. 65-98158-9616 (MAYARA MARTELLI)</p>									
<b>Observações do Fornecedor</b>									
<b>Item</b>	<b>Código</b>	<b>Descrição</b>	<b>Referência</b>	<b>Marca</b>	<b>Qtde</b>	<b>UM</b>	<b>Vl. Unit.</b>	<b>Desconto</b>	<b>Vl. Total</b>
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>									
2		ALTEPLASE SOL INJ 50 MG	ALTEPLASE 50 MG/50ML 50 ML	BOEHRINGER	1,00	AMPOLA	3.476,5300	0,00	3.476,53
37	41108	MICAFUNGINA SODICA PO P/ SOL INJ 100MG	MICAFUNGINA 100MG/FRASCO	ASTELLAS	20,00	FRASCO	558,9500	0,00	11.179,00
<b>Total do pedido</b>									<b>14.655,53</b>

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
433392	146510		31/05/2023	972,80	O.C. Emitida	PEDIDO 024 - MEDICAMENTOS				
<b>Condições de Negócio do Comprador</b>						<b>Condições de Negócio do Fornecedor</b>				
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO PATRIS					<b>Razão Social</b>	CA DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS HOSPITALARES EIRELI-ME			
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO PATRIS					<b>Nome Fantasia</b>	CA DISTRIBUIDORA			
<b>CNPJ</b>	37.678.845/0002-21					<b>CNPJ</b>	26.457.348/0001-04			
<b>CEP</b>	72.830-015					<b>CEP</b>	74.915-025			
<b>Endereço</b>	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					<b>Endereço</b>	AV. BARÃO DO RIO BRANCO - JARDIM LUZ			
<b>Cidade</b>	LUZIANIA					<b>Cidade</b>	APARECIDA DE GOIANIA			
<b>UF</b>	GO					<b>UF</b>	GO			
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO					<b>Insc. Estadual</b>	10.675.970-1			
<b>Contato</b>	MAYARA MARTELLI					<b>Contato</b>	(62) 3983-2238/3983-2239			
<b>Telefone</b>						<b>Telefone</b>	(62) 3983-2239			
<b>Email</b>	compras2@institutopatris.org.br					<b>Email</b>	vendas02.cadistribuidora@gmail.com			
<b>Prazo de Entrega Solicitado</b>	4					<b>Prazo de Entrega</b>	2 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>	ELISANGELA CORDEIRO CASTELLAMARY			
<b>Tipo de Frete</b>						<b>Tipo de Frete</b>	CIF			
<b>Faturamento Mínimo</b>						<b>Faturamento Mínimo</b>	400,00			
<b>Validade da Proposta</b>						<b>Validade da Proposta</b>	26/05/2023			
<b>Endereço de cobrança</b>	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947									
<b>Endereço de entrega</b>	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947									
<b>Observações do Comprador</b>										
<p>- AQUISIÇÃO PARA ATENDER DEMANDA DO HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIANIA;  - DADOS PARA FATURAMENTO CNPJ: 37.678.845/0002-21 (INSTITUTO PATRIS).  - PARA RESPONDER A COTAÇÃO, É NECESSÁRIO QUE AS 5 (CINCO) CERTIDÕES DE DÉBITOS ESTEJAM NEGATIVAS, SÃO ELAS: FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA.  - NO ATO DA ENTREGA DO PEDIDO É OBRIGATÓRIO ENTREGAR JUNTAMENTE COM A NOTA FISCAL AS CERTIDÕES: MUNICIPAL, ESTADUAL, FEDERAL, FGTS E CERTIDÃO TRABALHISTA (TODAS ATUALIZADAS E SEM DÉBITOS);  - HORÁRIO DE ENTREGA: DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA DAS 08:00 ÀS 17:00HS / MEDICAMENTOS E MATERIAL MÉDICO;  - OS MATERIAIS DEVERÃO SER ENTREGUES ACOMPANHADOS DE NF COM A ESPECIFICAÇÃO DOS ITENS, MARCA E QUANTIDADE;  - NÃO SERÃO ACEITOS MEDICAMENTOS/MATERIAL MÉDICO COM VALIDADE INFERIOR A UM ANO (1 ANO). EXCETO QUANDO INFORMADO E AUTORIZADO ANTES DA EMISSÃO DO PEDIDO.  - AS EMPRESAS DEVERÃO ORÇAR OS ITENS DE ACORDO COM O SOLICITADO/ESPECIFICADO. AS -INCLUIR NO VALOR DO PRODUTO TODOS OS IMPOSTOS E TAXAS;  - FRETE CIF; EM NENHUMA HIPÓTESE DEVE-SE SER COTADO FRETE FOB, CASO EXISTA, ESSE VALOR DEVE SER INCLUSO NOS VALORES UNITÁRIOS DOS ITENS;  - ENVIAR JUNTO A NOTA AS CND'S (CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITO) FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA;</p> <p>- OBRIGATORIAMENTE, NOS DADOS ADICIONAIS DA NF, DEVE CONSTAR A SEGUINTE INFORMAÇÃO: CONTRATO DE GESTÃO 045/2022 SES-GO - INSTITUTO PATRIS / HOSPITAL REGIONAL DE LUZIANIA.  - INFORMAR TAMBÉM O NÚMERO DO PEDIDO (QUE CONSTA NESSA ORDEM DE COMPRA);  - NA AUSÊNCIA DE BOLETO BANCÁRIO, INFORMAR TAMBÉM DADOS BANCÁRIOS PARA DEPÓSITO;  OBS: CASO SEJA SUA PRIMEIRA PARTICIPAÇÃO NAS COMPRAS DO INSTITUTO PATRIS, GENTILEZA INFORMAR QUE ESTÁ TUDO OK COM O CADASTRO, PARA QUE NÃO TENHAMOS PROBLEMAS COM FATURAMENTO/ENTREGA, ETC.</p> <p>QUALQUER DÚVIDA ENTRAR EM CONTATO COM O SETOR DE COMPRAS, PELO TEL. 65-98158-9616 (MAYARA MARTELLI)</p>										
<b>Observações do Fornecedor</b>										
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total	
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>										
5	38968	AMPICILINA SODICA PO P/ SOL INJ 1G	TEUTO	TEUTO	50,00	FRASCO / AMPOLA	5,6000	0,00	280,00	
27	5447	GLICOSE SOL INJ 5% 250ML	EQUIPLEX	EQUIPLEX	70,00	FRASCO	5,6800	0,00	397,60	
33	21994	LORATADINA COMP 10MG	VITAMEDIC	VITAMEDIC	48,00	COMPRIMIDO	0,1500	0,00	7,20	
49	5467	SALBUTAMOL SPRAY 200 DOSES	TEUTO	TEUTO	20,00	FRASCO	12,9000	0,00	258,00	
52	6943	SULFAMETOXAZOL + TRIMETOPRIMA COMP 400 + 80MG	VITAMEDIC	VITAMEDIC	120,00	COMPRIMIDO	0,2500	0,00	30,00	
<b>Total do pedido</b>									<b>972,80</b>	

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
433391	146510		31/05/2023	4.831,60	O.C. Emitida	PEDIDO 024 - MEDICAMENTOS			
<b>Condições de Negócio do Comprador</b>						<b>Condições de Negócio do Fornecedor</b>			
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO PATRIS					<b>Razão Social</b>	HOSPDROGAS COMERCIAL LTDA		
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO PATRIS					<b>Nome Fantasia</b>	HOSPDROGAS		
<b>CNPJ</b>	37.678.845/0002-21					<b>CNPJ</b>	08.774.906/0001-75		
<b>CEP</b>	72.830-015					<b>CEP</b>	74.993-394		
<b>Endereço</b>	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					<b>Endereço</b>	AV. OESTE - PQ. IND. VICE-PRES. JOSÉ ALENCAR ETAPA II		
<b>Cidade</b>	LUZIANIA					<b>Cidade</b>	APARECIDA DE GOIANIA		
<b>UF</b>	GO					<b>UF</b>	GO		
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO					<b>Insc. Estadual</b>	104153377		
<b>Contato</b>	MAYARA MARTELLI					<b>Contato</b>	TELEVENDAS		
<b>Telefone</b>						<b>Telefone</b>	(62) 4012-1199		
<b>Email</b>	compras2@institutopatris.org.br					<b>Email</b>	hermilton@hospdrogas.com.br		
<b>Prazo de Entrega Solicitado</b>	4					<b>Prazo de Entrega</b>	2 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>	LILLIAN PEREIRA COSTA		
						<b>Tipo de Frete</b>	CIF		
						<b>Faturamento Mínimo</b>	600,00		
						<b>Validade da Proposta</b>	31/05/2023		
<b>Endereço de cobrança</b>	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947								
<b>Endereço de entrega</b>	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947								
<b>Observações do Comprador</b>									
<p>- AQUISIÇÃO PARA ATENDER DEMANDA DO HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIANIA;  - DADOS PARA FATURAMENTO CNPJ: 37.678.845/0002-21 (INSTITUTO PATRIS).  - PARA RESPONDER A COTAÇÃO, É NECESSÁRIO QUE AS 5 (CINCO) CERTIDÕES DE DÉBITOS ESTEJAM NEGATIVAS, SÃO ELAS: FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA.  - NO ATO DA ENTREGA DO PEDIDO É OBRIGATÓRIO ENTREGAR JUNTAMENTE COM A NOTA FISCAL AS CERTIDÕES: MUNICIPAL, ESTADUAL, FEDERAL, FGTS E CERTIDÃO TRABALHISTA (TODAS ATUALIZADAS E SEM DÉBITOS);  - HORÁRIO DE ENTREGA: DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA DAS 08:00 ÀS 17:00HS / MEDICAMENTOS E MATERIAL MÉDICO;  - OS MATERIAIS DEVERÃO SER ENTREGUES ACOMPANHADOS DE NF COM A ESPECIFICAÇÃO DOS ITENS, MARCA E QUANTIDADE;  - NÃO SERÃO ACEITOS MEDICAMENTOS/MATERIAL MÉDICO COM VALIDADE INFERIOR A UM ANO (1 ANO). EXCETO QUANDO INFORMADO E AUTORIZADO ANTES DA EMISSÃO DO PEDIDO.  - AS EMPRESAS DEVERÃO ORÇAR OS ITENS DE ACORDO COM O SOLICITADO/ESPECIFICADO. AS -INCLUIR NO VALOR DO PRODUTO TODOS OS IMPOSTOS E TAXAS;  - FRETE CIF; EM NENHUMA HIPÓTESE DEVE-SE SER COTADO FRETE FOB, CASO EXISTA, ESSE VALOR DEVE SER INCLUSO NOS VALORES UNITÁRIOS DOS ITENS;  - ENVIAR JUNTO A NOTA AS CND'S (CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITO) FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA;</p> <p>- OBRIGATORIAMENTE, NOS DADOS ADICIONAIS DA NF, DEVE CONSTAR A SEGUINTE INFORMAÇÃO: CONTRATO DE GESTÃO 045/2022 SES-GO - INSTITUTO PATRIS / HOSPITAL REGIONAL DE LUZIANIA.  - INFORMAR TAMBÉM O NÚMERO DO PEDIDO (QUE CONSTA NESSA ORDEM DE COMPRA);  - NA AUSÊNCIA DE BOLETO BANCÁRIO, INFORMAR TAMBÉM DADOS BANCÁRIOS PARA DEPÓSITO;  OBS: CASO SEJA SUA PRIMEIRA PARTICIPAÇÃO NAS COMPRAS DO INSTITUTO PATRIS, GENTILEZA INFORMAR QUE ESTÁ TUDO OK COM O CADASTRO, PARA QUE NÃO TENHAMOS PROBLEMAS COM FATURAMENTO/ENTREGA, ETC.</p>									
QUALQUER DÚVIDA ENTRAR EM CONTATO COM O SETOR DE COMPRAS, PELO TEL. 65-98158-9616 (MAYARA MARTELLI)									
<b>Observações do Fornecedor</b>									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>									
4	12501	AMPICILINA 2,0G + SULBACTAM 1,0G	UND	BLAU	60,00	FRASCO / AMPOLA	10,0100	0,00	600,60
12	40893	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 250ML	FR	EQUIPLEX	900,00	BOLSA	4,2500	0,00	3.825,00
22	39773	FENTANILA, CITRATO SOL INJ 50MCG/ML 2ML	CX COM 50	UNIAO QUIMICA	100,00	AMPOLA	1,6000	0,00	160,00
25	39370	GLICERINA ENEMA SOL 12% FR. 500ML	FR	EQUIPLEX	40,00	FRASCO	6,1500	0,00	246,00
<b>Total do pedido</b>									<b>4.831,60</b>

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
433390	146510		31/05/2023	12.741,00	O.C. Emitida	PEDIDO 024 - MEDICAMENTOS	
<b>Condições de Negócio do Comprador</b>						<b>Condições de Negócio do Fornecedor</b>	
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO PATRIS					<b>Razão Social</b>	ELLO DISTRIBUICAO LTDA - EPP
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO PATRIS					<b>Nome Fantasia</b>	ELLO DISTRIBUICAO
<b>CNPJ</b>	37.678.845/0002-21					<b>CNPJ</b>	14.115.388/0001-80
<b>CEP</b>	72.830-015					<b>CEP</b>	74.780-562
<b>Endereço</b>	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					<b>Endereço</b>	AV: ANAPOLIS - VILA PEDROSO
<b>Cidade</b>	LUZIANIA					<b>Cidade</b>	GOIANIA
<b>UF</b>	GO					<b>UF</b>	GO
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO					<b>Insc. Estadual</b>	10574978248
<b>Contato</b>	MAYARA MARTELLI					<b>Contato</b>	WILLIAM PERILLO - 98406-6004
<b>Telefone</b>						<b>Telefone</b>	(62) 4009-2100
<b>Email</b>	compras2@institutopatris.org.br					<b>Email</b>	comercial@ellodistribuicao.com.br;compras@ellodistribuicao.com.br;daniela@ellodistribuicao.com.br;
<b>Prazo de Entrega Solicitado</b>	4					<b>Prazo de Entrega</b>	2 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>	NATALIA DIAS
<b>Endereço de cobrança</b>	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947					<b>Tipo de Frete</b>	CIF
<b>Endereço de entrega</b>	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947					<b>Faturamento Mínimo</b>	1.000,00
						<b>Validade da Proposta</b>	31/05/2023

**Observações do Comprador**

- AQUISIÇÃO PARA ATENDER DEMANDA DO HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIANIA;  
- DADOS PARA FATURAMENTO CNPJ: 37.678.845/0002-21 (INSTITUTO PATRIS).  
- PARA RESPONDER A COTAÇÃO, É NECESSÁRIO QUE AS 5 (CINCO) CERTIDÕES DE DÉBITOS ESTEJAM NEGATIVAS, SÃO ELAS: FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA.  
- NO ATO DA ENTREGA DO PEDIDO É OBRIGATÓRIO ENTREGAR JUNTAMENTE COM A NOTA FISCAL AS CERTIDÕES: MUNICIPAL, ESTADUAL, FEDERAL, FGTS E CERTIDÃO TRABALHISTA (TODAS ATUALIZADAS E SEM DÉBITOS);  
- HORÁRIO DE ENTREGA: DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA DAS 08:00 ÀS 17:00HS / MEDICAMENTOS E MATERIAL MÉDICO;  
- OS MATERIAIS DEVERÃO SER ENTREGUES ACOMPANHADOS DE NF COM A ESPECIFICAÇÃO DOS ITENS, MARCA E QUANTIDADE;  
- NÃO SERÃO ACEITOS MEDICAMENTOS/MATERIAL MÉDICO COM VALIDADE INFERIOR A UM ANO (1 ANO). EXCETO QUANDO INFORMADO E AUTORIZADO ANTES DA EMISSÃO DO PEDIDO.  
- AS EMPRESAS DEVERÃO ORÇAR OS ITENS DE ACORDO COM O SOLICITADO/ESPECIFICADO. AS -INCLUIR NO VALOR DO PRODUTO TODOS OS IMPOSTOS E TAXAS;  
- FRETE CIF; EM NENHUMA HIPÓTESE DEVE-SE SER COTADO FRETE FOB, CASO EXISTA, ESSE VALOR DEVE SER INCLUSO NOS VALORES UNITÁRIOS DOS ITENS;  
- ENVIAR JUNTO A NOTA AS CND'S (CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITO) FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA;

- OBRIGATORIAMENTE, NOS DADOS ADICIONAIS DA NF, DEVE CONSTAR A SEGUINTE INFORMAÇÃO: CONTRATO DE GESTÃO 045/2022 SES-GO - INSTITUTO PATRIS / HOSPITAL REGIONAL DE LUZIANIA.  
- INFORMAR TAMBÉM O NÚMERO DO PEDIDO (QUE CONSTA NESSA ORDEM DE COMPRA);  
- NA AUSÊNCIA DE BOLETO BANCÁRIO, INFORMAR TAMBÉM DADOS BANCÁRIOS PARA DEPÓSITO;  
OBS: CASO SEJA SUA PRIMEIRA PARTICIPAÇÃO NAS COMPRAS DO INSTITUTO PATRIS, GENTILEZA INFORMAR QUE ESTÁ TUDO OK COM O CADASTRO, PARA QUE NÃO TENHAMOS PROBLEMAS COM FATURAMENTO/ENTREGA, ETC.

QUALQUER DÚVIDA ENTRAR EM CONTATO COM O SETOR DE COMPRAS, PELO TEL. 65-98158-9616 (MAYARA MARTELLI)

**Observações do Fornecedor**

Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>									
11	5433	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 100ML FRASCO	CX C/70	EQUIPLEX	420,00	SISTEMA FECHADO	3,9000	0,00	1.638,00
17	5632	DICLOFENACO SODICO SOL INJ 25MG/ML 3ML	CX C/50	FRESENIUS	100,00	AMPOLA	1,0000	0,00	100,00
20		ENOXAPARINA SODICA 40MG SERINGA PRE-PREENCHIDA (SC)	CX C/10	MYLAN	340,00	SERINGA	14,5000	0,00	4.930,00
24	7561	GENTAMICINA SOL INJ 40MG/ML 2ML	CX C/50	FRESENIUS	50,00	AMPOLA	1,4000	0,00	70,00
26	16372	GLICOSE SOL INJ 50% 10ML	CX C/200	SAMTEC	400,00	AMPOLA	0,5100	0,00	204,00
28	11324	GLICOSE SOL INJ 5% 500ML	CX C/30	FRESENIUS	50,00	BOLSA	6,5000	0,00	325,00
32	5828	LIDOCAINA SOL INJ 2% S/ VASOCONSTRITOR 20ML	CX C/25	HIPOLABOR	25,00	FRASCO	5,6000	0,00	140,00
41	38127	OCITOCINA SOL INJ 5UI/ML 1ML	CX C/50	BLAU	200,00	AMPOLA	4,9200	0,00	984,00
MARCA NEGATIVADA PELA DIRETORIA TÉCNICA: UNIÃO QUÍMICA									
44	13648	PIPERACILINA + TAZOBACTAM SOL INJ 4,5G	CX C/25	FRESENIUS	300,00	AMPOLA	13,0000	0,00	3.900,00
47	5414	RINGER C/ LACTATO SOL INJ 500ML	CX C/30	FRESENIUS	60,00	FRASCO	7,5000	0,00	450,00
<b>Total do pedido</b>									<b>12.741,00</b>

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
433389	146510		31/05/2023	8.377,40	O.C. Emitida	PEDIDO 024 - MEDICAMENTOS	
<b>Condições de Negócio do Comprador</b>						<b>Condições de Negócio do Fornecedor</b>	
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO PATRIS					<b>Razão Social</b>	MEDILAR IMP DIST PROD MEDICO HOSPITALARES
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO PATRIS					<b>Nome Fantasia</b>	MEDLIVE
<b>CNPJ</b>	37.678.845/0002-21					<b>CNPJ</b>	07.752.236/0001-23
<b>CEP</b>	72.830-015					<b>CEP</b>	96.880-000
<b>Endereço</b>	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					<b>Endereço</b>	RUA NORBERTO OTTO WILD - IMIGRANTE
<b>Cidade</b>	LUZIANIA					<b>Cidade</b>	VERA CRUZ
<b>UF</b>	GO					<b>UF</b>	RS
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO					<b>Insc. Estadual</b>	1560020579
<b>Contato</b>	MAYARA MARTELLI					<b>Contato</b>	THIAGO / CLEITON / CRISTINE
<b>Telefone</b>						<b>Telefone</b>	(51) 3718-7600
<b>Email</b>	compras2@institutopatris.org.br					<b>Email</b>	cmachado@medlive.com.br; vendas07@medlive.com.br
<b>Prazo de Entrega Solicitado</b>	4					<b>Prazo de Entrega</b>	4 DIA(s)
<b>Cond. Pagamento Solicitado</b>	A PRAZO					<b>Cond. Pagamento</b>	28 Dias
<b>Forma de Pagamento</b>	BOLETO BANCÁRIO					<b>Nome do Vendedor</b>	LISIARA
						<b>Tipo de Frete</b>	CIF
						<b>Faturamento Mínimo</b>	1.700,00
						<b>Validade da Proposta</b>	31/05/2023
<b>Endereço de cobrança</b>	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947						
<b>Endereço de entrega</b>	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947						

**Observações do Comprador**

- AQUISIÇÃO PARA ATENDER DEMANDA DO HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIANIA;  
- DADOS PARA FATURAMENTO CNPJ: 37.678.845/0002-21 (INSTITUTO PATRIS).  
- PARA RESPONDER A COTAÇÃO, É NECESSÁRIO QUE AS 5 (CINCO) CERTIDÕES DE DÉBITOS ESTEJAM NEGATIVAS, SÃO ELAS: FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA.  
- NO ATO DA ENTREGA DO PEDIDO É OBRIGATÓRIO ENTREGAR JUNTAMENTE COM A NOTA FISCAL AS CERTIDÕES: MUNICIPAL, ESTADUAL, FEDERAL, FGTS E CERTIDÃO TRABALHISTA (TODAS ATUALIZADAS E SEM DÉBITOS);  
- HORÁRIO DE ENTREGA: DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA DAS 08:00 ÀS 17:00HS / MEDICAMENTOS E MATERIAL MÉDICO;  
- OS MATERIAIS DEVERÃO SER ENTREGUES ACOMPANHADOS DE NF COM A ESPECIFICAÇÃO DOS ITENS, MARCA E QUANTIDADE;  
- NÃO SERÃO ACEITOS MEDICAMENTOS/MATERIAL MÉDICO COM VALIDADE INFERIOR A UM ANO (1 ANO). EXCETO QUANDO INFORMADO E AUTORIZADO ANTES DA EMISSÃO DO PEDIDO.  
- AS EMPRESAS DEVERÃO ORÇAR OS ITENS DE ACORDO COM O SOLICITADO/ESPECIFICADO. AS -INCLUIR NO VALOR DO PRODUTO TODOS OS IMPOSTOS E TAXAS;  
- FRETE CIF; EM NENHUMA HIPÓTESE DEVE-SE SER COTADO FRETE FOB, CASO EXISTA, ESSE VALOR DEVE SER INCLUSO NOS VALORES UNITÁRIOS DOS ITENS;  
- ENVIAR JUNTO A NOTA AS CND'S (CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITO) FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA;  
- OBRIGATORIAMENTE, NOS DADOS ADICIONAIS DA NF, DEVE CONSTAR A SEGUINTE INFORMAÇÃO: CONTRATO DE GESTÃO 045/2022 SES-GO - INSTITUTO PATRIS / HOSPITAL REGIONAL DE LUZIANIA.  
- INFORMAR TAMBÉM O NÚMERO DO PEDIDO (QUE CONSTA NESSA ORDEM DE COMPRA);  
- NA AUSÊNCIA DE BOLETO BANCÁRIO, INFORMAR TAMBÉM DADOS BANCÁRIOS PARA DEPÓSITO;  
OBS: CASO SEJA SUA PRIMEIRA PARTICIPAÇÃO NAS COMPRAS DO INSTITUTO PATRIS, GENTILEZA INFORMAR QUE ESTÁ TUDO OK COM O CADASTRO, PARA QUE NÃO TENHAMOS PROBLEMAS COM FATURAMENTO/ENTREGA, ETC.

QUALQUER DÚVIDA ENTRAR EM CONTATO COM O SETOR DE COMPRAS, PELO TEL. 65-98158-9616 (MAYARA MARTELLI)

**Observações do Fornecedor**

Lisiara Rodrigues (51) 3718-7600/Whats: (51) 99974-2823  
E-mail: vendas34@medlive.com.br No ato do fechamento da cotação, consultar disponibilidade de estoque desta molécula! Estoque Limitado.

Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>									
1	5617	AGUA BIDEUTILADA SOL INJ 10ML	FARMACE	,	2.000,00	FRASCO	0,2972	0,00	594,40
7	5621	BROMOPRIDA SOL INJ 5MG/ML 2ML	UNIAO QUIMICA	,	1.150,00	AMPOLA	1,5000	0,00	1.725,00
14	5552	CLORETO DE SODIO SOL INJ 20% 10ML	FARMARIN	,	200,00	AMPOLA	0,4400	0,00	88,00
18	5626	DIPIRONA SOL INJ 500MG/ML 2ML	FARMACE	,	1.100,00	AMPOLA	1,0800	0,00	1.188,00
31	6458	LIDOCAINA 2% SOL INJ C/ VASOCONSTRITOR 20ML	CRISTALIA	.	20,00	FRASCO	12,0000	0,00	240,00
36	4908	METOCLOPRAMIDA SOL INJ 5MG/ML 2ML	FARMACE	.	200,00	AMPOLA	0,6100	0,00	122,00
39	18562	MORFINA SOL INJ 10MG/ML 1ML	HIPOLABOR	.	200,00	AMPOLA	2,0000	0,00	400,00
54	6484	TENOXICAM PO P/ SOL INJ 20MG	UNIAO QUIMICA	.	600,00	AMPOLA	6,7000	0,00	4.020,00
<b>Total do pedido</b>									<b>8.377,40</b>

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
433388	146510		31/05/2023	2.956,63	O.C. Emitida	PEDIDO 024 - MEDICAMENTOS	
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor	
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO PATRIS					<b>Razão Social</b>	COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO PATRIS					<b>Nome Fantasia</b>	COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
<b>CNPJ</b>	37.678.845/0002-21					<b>CNPJ</b>	67.729.178/0004-91
<b>CEP</b>	72.830-015					<b>CEP</b>	13.916-074
<b>Endereço</b>	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					<b>Endereço</b>	PRAÇA EMILIO MARCONATO - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOÃO ALDO NASSIF
<b>Cidade</b>	LUZIANIA					<b>Cidade</b>	JAGUARIUNA
<b>UF</b>	GO					<b>UF</b>	SP
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO					<b>Insc. Estadual</b>	0629965800102
<b>Contato</b>	MAYARA MARTELLI					<b>Contato</b>	ALINE REZENDE/GLAUCIA/NATALIA/DAIANE/MARCIA /RENATO
<b>Telefone</b>						<b>Telefone</b>	(19) 3522-5808
<b>Email</b>	compras2@institutopatris.org.br					<b>Email</b>	paula.rodrigues@rioclarense.com.br;eliossane.praseres@rioclarense.com.br
<b>Prazo de Entrega Solicitado</b>	4					<b>Prazo de Entrega</b>	2 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>	DEYVISON
<b>Endereço de cobrança</b>	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947					<b>Tipo de Frete</b>	CIF
<b>Endereço de entrega</b>	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947					<b>Faturamento Mínimo</b>	500,00
						<b>Validade da Proposta</b>	02/06/2023
Observações do Comprador							
<p>- AQUISIÇÃO PARA ATENDER DEMANDA DO HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIANIA;  - DADOS PARA FATURAMENTO CNPJ: 37.678.845/0002-21 (INSTITUTO PATRIS).  - PARA RESPONDER A COTAÇÃO, É NECESSÁRIO QUE AS 5 (CINCO) CERTIDÕES DE DÉBITOS ESTEJAM NEGATIVAS, SÃO ELAS: FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA.  - NO ATO DA ENTREGA DO PEDIDO É OBRIGATÓRIO ENTREGAR JUNTAMENTE COM A NOTA FISCAL AS CERTIDÕES: MUNICIPAL, ESTADUAL, FEDERAL, FGTS E CERTIDÃO TRABALHISTA (TODAS ATUALIZADAS E SEM DÉBITOS);  - HORÁRIO DE ENTREGA: DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA DAS 08:00 ÀS 17:00HS / MEDICAMENTOS E MATERIAL MÉDICO;  - OS MATERIAIS DEVERÃO SER ENTREGUES ACOMPANHADOS DE NF COM A ESPECIFICAÇÃO DOS ITENS, MARCA E QUANTIDADE;  - NÃO SERÃO ACEITOS MEDICAMENTOS/MATERIAL MÉDICO COM VALIDADE INFERIOR A UM ANO (1 ANO). EXCETO QUANDO INFORMADO E AUTORIZADO ANTES DA EMISSÃO DO PEDIDO.  - AS EMPRESAS DEVERÃO ORÇAR OS ITENS DE ACORDO COM O SOLICITADO/ESPECIFICADO. AS -INCLUIR NO VALOR DO PRODUTO TODOS OS IMPOSTOS E TAXAS;  - FRETE CIF; EM NENHUMA HIPÓTESE DEVE-SE SER COTADO FRETE FOB, CASO EXISTA, ESSE VALOR DEVE SER INCLUSO NOS VALORES UNITÁRIOS DOS ITENS;  - ENVIAR JUNTO A NOTA AS CND'S (CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITO) FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA;</p> <p>- OBRIGATORIAMENTE, NOS DADOS ADICIONAIS DA NF, DEVE CONSTAR A SEGUINTE INFORMAÇÃO: CONTRATO DE GESTÃO 045/2022 SES-GO - INSTITUTO PATRIS / HOSPITAL REGIONAL DE LUZIANIA.  - INFORMAR TAMBÉM O NÚMERO DO PEDIDO (QUE CONSTA NESSA ORDEM DE COMPRA);  - NA AUSÊNCIA DE BOLETO BANCÁRIO, INFORMAR TAMBÉM DADOS BANCÁRIOS PARA DEPÓSITO;  OBS: CASO SEJA SUA PRIMEIRA PARTICIPAÇÃO NAS COMPRAS DO INSTITUTO PATRIS, GENTILEZA INFORMAR QUE ESTÁ TUDO OK COM O CADASTRO, PARA QUE NÃO TENHAMOS PROBLEMAS COM FATURAMENTO/ENTREGA, ETC.</p> <p>QUALQUER DÚVIDA ENTRAR EM CONTATO COM O SETOR DE COMPRAS, PELO TEL. 65-98158-9616 (MAYARA MARTELLI)</p>							
Observações do Fornecedor							

Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>									
6	5164	BISACODIL COMP 5 MG	BISALAX CX C/20CP	UNIAO QUIMICA	60,00	COMPRIMIDO	0,2050	0,00	12,30
9	4890	CEFTRIAXONA PO P/ SOL INJ 1G	AMPLOSPEC 1G CX C/50FA S/DIL	BIOCHIMICO	200,00	FRASCO / AMPOLA	3,0530	0,00	610,60
10	6748	CLINDAMICINA SOL INJ 150MG/ML 4ML	HYCLIN 600MG CX C/50AP X 4ML	HYPOFARMA	50,00	AMPOLA	3,1620	0,00	158,10
19	5001	ENALAPRIL COMP 10MG	PRESSOMEDE 10MG CX C/25BL X 20CP 416972	MEDQUIMICA	500,00	COMPRIMIDO	0,0438	0,00	21,90
21	39001	ENOXAPARINA SODICA 60MG SERINGA PREPREENCHIDA (SC)	HEPARINOX 60MG/0,6ML CX C/2 SERINGAS C/DISPOSITIVO	CRISTALIA	20,00	SERINGA	25,0700	0,00	501,40
34	10084	LOSARTANA COMP 50MG	LOSARTANA POTASSICA 50MG CX C /32BLT X 30CPR REV GEN	PRATI DONADUZZI	960,00	COMPRIMIDO	0,0760	0,00	72,96
35	5613	METADONA COMP 5MG	MYTEDON 5MG CX C/20CR	CRISTALIA	180,00	COMPRIMIDO	0,8000	0,00	144,00
40	42936	NOREPINEFRINA SOL INJ 2MG/ML 4ML	NOREPINEFRINA 2MG/ML CX C/50AMP X 4ML GEN	HYPOFARMA	100,00	AMPOLA	2,2960	0,00	229,60
43	8549	PARACETAMOL COMP 500MG	PARACETAMOL 500MG CX C/50BL X 10CP GEN	HIPOLABOR	500,00	COMPRIMIDO	0,0823	0,00	41,15
45	6717	PREDNISONA 20MG	PREDNISONA 20MG CX C/ 1BL X 10CP GEN 1006576	ACHE	30,00	COMPRIMIDO	0,7173	0,00	21,52
46	5653	PROMETAZINA SOL INJ 25MG/ML 2ML	PROMETAZOL 25MG/ML CX C/100AP X 2ML	HIPOLABOR	100,00	AMPOLA	1,8810	0,00	188,10
50		SEVOFLURANO SOL INALATORIA 250ML	SEVOCRIS 1ML LIQ ANESTESICO CX C/1FR X 250ML	CRISTALIA	1,00	FRASCO	315,0000	0,00	315,00
51	10188	SINVASTATINA COMP 20MG	SINVASTATINA 20MG CX C/500CPR GEN	PHARLAB	500,00	COMPRIMIDO	0,1100	0,00	55,00
55		TRAMADOL SOL INJ 50MG/ML 2ML	TRAMADOL 100MG CX C/100AP X 2ML IM /IV GEN	HIPOLABOR	300,00	AMPOLA	1,9500	0,00	585,00
<b>Total do pedido</b>									<b>2.956,63</b>

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
433387	146510		31/05/2023	688,70	O.C. Emitida	PEDIDO 024 - MEDICAMENTOS			
<b>Condições de Negócio do Comprador</b>						<b>Condições de Negócio do Fornecedor</b>			
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO PATRIS					<b>Razão Social</b>	CBA COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALAR LTDA		
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO PATRIS					<b>Nome Fantasia</b>	CBA HOSPITALAR		
<b>CNPJ</b>	37.678.845/0002-21					<b>CNPJ</b>	38.071.866/0001-66		
<b>CEP</b>	72.830-015					<b>CEP</b>	71.250-015		
<b>Endereço</b>	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					<b>Endereço</b>	SCIA QUADRA 15 CONJUNTO 3 LOTE 5 - CIDADE DO AUTOMOVEL		
<b>Cidade</b>	LUZIANIA					<b>Cidade</b>	BRASILIA		
<b>UF</b>	GO					<b>UF</b>	DF		
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO					<b>Insc. Estadual</b>	0750812700130		
<b>Contato</b>	MAYARA MARTELLI					<b>Contato</b>	THIAGO MENDES		
<b>Telefone</b>						<b>Telefone</b>	(61) 3255-5000		
<b>Email</b>	compras2@institutopatris.org.br					<b>Email</b>	centraldenegocios@bsbhospitalar.com.br,rute@cbahospitalar.com.br		
<b>Prazo de Entrega Solicitado</b>	4					<b>Prazo de Entrega</b>	1 DIA(s)		
<b>Cond. Pagamento Solicitado</b>	A PRAZO					<b>Cond. Pagamento</b>	28 Dias		
<b>Forma de Pagamento</b>	BOLETO BANCÁRIO					<b>Nome do Vendedor</b>	RUTE PARENTE		
						<b>Tipo de Frete</b>	CIF		
						<b>Faturamento Mínimo</b>	500,00		
						<b>Validade da Proposta</b>	30/05/2023		
<b>Endereço de cobrança</b>	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947								
<b>Endereço de entrega</b>	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947								
<b>Observações do Comprador</b>									
<p>- AQUISIÇÃO PARA ATENDER DEMANDA DO HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIANIA;  - DADOS PARA FATURAMENTO CNPJ: 37.678.845/0002-21 (INSTITUTO PATRIS).  - PARA RESPONDER A COTAÇÃO, É NECESSÁRIO QUE AS 5 (CINCO) CERTIDÕES DE DÉBITOS ESTEJAM NEGATIVAS, SÃO ELAS: FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA.  - NO ATO DA ENTREGA DO PEDIDO É OBRIGATÓRIO ENTREGAR JUNTAMENTE COM A NOTA FISCAL AS CERTIDÕES: MUNICIPAL, ESTADUAL, FEDERAL, FGTS E CERTIDÃO TRABALHISTA (TODAS ATUALIZADAS E SEM DÉBITOS);  - HORÁRIO DE ENTREGA: DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA DAS 08:00 ÀS 17:00HS / MEDICAMENTOS E MATERIAL MÉDICO;  - OS MATERIAIS DEVERÃO SER ENTREGUES ACOMPANHADOS DE NF COM A ESPECIFICAÇÃO DOS ITENS, MARCA E QUANTIDADE;  - NÃO SERÃO ACEITOS MEDICAMENTOS/MATERIAL MÉDICO COM VALIDADE INFERIOR A UM ANO (1 ANO). EXCETO QUANDO INFORMADO E AUTORIZADO ANTES DA EMISSÃO DO PEDIDO.  - AS EMPRESAS DEVERÃO ORÇAR OS ITENS DE ACORDO COM O SOLICITADO/ESPECIFICADO. AS -INCLUIR NO VALOR DO PRODUTO TODOS OS IMPOSTOS E TAXAS;  - FRETE CIF; EM NENHUMA HIPÓTESE DEVE-SE SER COTADO FRETE FOB, CASO EXISTA, ESSE VALOR DEVE SER INCLUSO NOS VALORES UNITÁRIOS DOS ITENS;  - ENVIAR JUNTO A NOTA AS CND'S (CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITO) FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA;</p> <p>- OBRIGATORIAMENTE, NOS DADOS ADICIONAIS DA NF, DEVE CONSTAR A SEGUINTE INFORMAÇÃO: CONTRATO DE GESTÃO 045/2022 SES-GO - INSTITUTO PATRIS / HOSPITAL REGIONAL DE LUZIANIA.  - INFORMAR TAMBÉM O NÚMERO DO PEDIDO (QUE CONSTA NESSA ORDEM DE COMPRA);  - NA AUSÊNCIA DE BOLETO BANCÁRIO, INFORMAR TAMBÉM DADOS BANCÁRIOS PARA DEPÓSITO;  OBS: CASO SEJA SUA PRIMEIRA PARTICIPAÇÃO NAS COMPRAS DO INSTITUTO PATRIS, GENTILEZA INFORMAR QUE ESTÁ TUDO OK COM O CADASTRO, PARA QUE NÃO TENHAMOS PROBLEMAS COM FATURAMENTO/ENTREGA, ETC.</p> <p>QUALQUER DÚVIDA ENTRAR EM CONTATO COM O SETOR DE COMPRAS, PELO TEL. 65-98158-9616 (MAYARA MARTELLI)</p>									
<b>Observações do Fornecedor</b>									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>									
15	5173	DEXAMETASONA SOL INJ 4MG/ML 2,5ML	1	HYPOFARMA	350,00	FRASCO / AMPOLA	2,9920	0,00	0,00
38	5060	MIDAZOLAM SOL INJ 5MG/ML 3ML	1	HIPOLABOR	100,00	AMPOLA	2,2600	0,00	0,00
<b>Total do pedido</b>									<b>688,70</b>

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
433386	146510		31/05/2023	5.555,06	O.C. Emitida	PEDIDO 024 - MEDICAMENTOS	
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor	
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO PATRIS					<b>Razão Social</b>	CIENTIFICA MEDICA HOSPITALAR LTDA
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO PATRIS					<b>Nome Fantasia</b>	CIENTIFICA HOSPITALAR
<b>CNPJ</b>	37.678.845/0002-21					<b>CNPJ</b>	07.847.837/0001-10
<b>CEP</b>	72.830-015					<b>CEP</b>	74.911-360
<b>Endereço</b>	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					<b>Endereço</b>	AV ANAPOLIS - VILA BRASILIA
<b>Cidade</b>	LUZIANIA					<b>Cidade</b>	APARECIDA DE GOIANIA
<b>UF</b>	GO					<b>UF</b>	GO
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO					<b>Insc. Estadual</b>	10.399.060-7
<b>Contato</b>	MAYARA MARTELLI					<b>Contato</b>	LUANA
<b>Telefone</b>						<b>Telefone</b>	(62) 3088-9700
<b>Email</b>	compras2@institutopatris.org.br					<b>Email</b>	gerenciadmh1@gmail.com
<b>Prazo de Entrega Solicitado</b>	4					<b>Prazo de Entrega</b>	1 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>	FELIPE
						<b>Tipo de Frete</b>	CIF
						<b>Faturamento Mínimo</b>	500,00
						<b>Validade da Proposta</b>	31/05/2023
<b>Endereço de cobrança</b>	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947						
<b>Endereço de entrega</b>	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947						

#### Observações do Comprador

- AQUISIÇÃO PARA ATENDER DEMANDA DO HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIANIA;  
- DADOS PARA FATURAMENTO CNPJ: 37.678.845/0002-21 (INSTITUTO PATRIS).  
- PARA RESPONDER A COTAÇÃO, É NECESSÁRIO QUE AS 5 (CINCO) CERTIDÕES DE DÉBITOS ESTEJAM NEGATIVAS, SÃO ELAS: FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA.  
- NO ATO DA ENTREGA DO PEDIDO É OBRIGATÓRIO ENTREGAR JUNTAMENTE COM A NOTA FISCAL AS CERTIDÕES: MUNICIPAL, ESTADUAL, FEDERAL, FGTS E CERTIDÃO TRABALHISTA (TODAS ATUALIZADAS E SEM DÉBITOS);  
- HORÁRIO DE ENTREGA: DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA DAS 08:00 ÀS 17:00HS / MEDICAMENTOS E MATERIAL MÉDICO;  
- OS MATERIAIS DEVERÃO SER ENTREGUES ACOMPANHADOS DE NF COM A ESPECIFICAÇÃO DOS ITENS, MARCA E QUANTIDADE;  
- NÃO SERÃO ACEITOS MEDICAMENTOS/MATERIAL MÉDICO COM VALIDADE INFERIOR A UM ANO (1 ANO). EXCETO QUANDO INFORMADO E AUTORIZADO ANTES DA EMISSÃO DO PEDIDO.  
- AS EMPRESAS DEVERÃO ORÇAR OS ITENS DE ACORDO COM O SOLICITADO/ESPECIFICADO. AS -INCLUIR NO VALOR DO PRODUTO TODOS OS IMPOSTOS E TAXAS;  
- FRETE CIF; EM NENHUMA HIPÓTESE DEVE-SE SER COTADO FRETE FOB, CASO EXISTA, ESSE VALOR DEVE SER INCLUSO NOS VALORES UNITÁRIOS DOS ITENS;  
- ENVIAR JUNTO A NOTA AS CND'S (CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITO) FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA;

- OBRIGATORIAMENTE, NOS DADOS ADICIONAIS DA NF, DEVE CONSTAR A SEGUINTE INFORMAÇÃO: CONTRATO DE GESTÃO 045/2022 SES-GO - INSTITUTO PATRIS / HOSPITAL REGIONAL DE LUZIANIA.  
- INFORMAR TAMBÉM O NÚMERO DO PEDIDO (QUE CONSTA NESSA ORDEM DE COMPRA);  
- NA AUSÊNCIA DE BOLETO BANCÁRIO, INFORMAR TAMBÉM DADOS BANCÁRIOS PARA DEPÓSITO;  
OBS: CASO SEJA SUA PRIMEIRA PARTICIPAÇÃO NAS COMPRAS DO INSTITUTO PATRIS, GENTILEZA INFORMAR QUE ESTÁ TUDO OK COM O CADASTRO, PARA QUE NÃO TENHAMOS PROBLEMAS COM FATURAMENTO/ENTREGA, ETC.

QUALQUER DÚVIDA ENTRAR EM CONTATO COM O SETOR DE COMPRAS, PELO TEL. 65-98158-9616 (MAYARA MARTELLI)

#### Observações do Fornecedor

Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unif.	Desconto	Vl. Total
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>									
13	33776	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 500ML BOLSA	CLORETO DE SODIO 0,9% SF FRASCO 500ML C/24	EQUIPLEX	792,00	BOLSA	5,9800	0,00	4.736,16
16	22150	DEXCLORFENIRAMINA SOL ORAL 2MG/5ML 100ML	DEXCLORFENIRAMINA 0,4MG/ML 120ML (CEREJA) (G)	NEO QUIMICA	15,00	FRASCO	2,8600	0,00	42,90
23	33694	FOSF SODIO DIB 60MG/M+FOSF SODIO MONOB 160MG/ML APROX 133ML	FOSF.SODIO 160MG+DIB.60MG/ML (FLEXENEMA) 130ML C/1 (E)	AIRELA	5,00	FRASCO	6,1000	0,00	30,50
29	8805	HIDROCLOROTIAZIDA COMP 25MG	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG C/30 CPR.(G)	HYPERA	30,00	COMPRIMIDO	0,0500	0,00	1,50
56	7557	VITAMINAS DO COMPLEXO B SOL INJ 2ML	COMPLEXO B 2ML IM/IV (HYPLEX B) C /100 AMP.(E)	HYPOFARMA	300,00	AMPOLA	2,4800	0,00	744,00
<b>Total do pedido</b>									<b>5.555,06</b>

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
433385	146510		31/05/2023	1.658,83	O.C. Emitida	PEDIDO 024 - MEDICAMENTOS				
<b>Condições de Negócio do Comprador</b>						<b>Condições de Negócio do Fornecedor</b>				
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO PATRIS					<b>Razão Social</b>	DISTRIBUIDORA BRASIL COM PROD MEDICOS E HOSPITALARES LTDA			
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO PATRIS					<b>Nome Fantasia</b>	DISTRIBUIDORA BRASIL			
<b>CNPJ</b>	37.678.845/0002-21					<b>CNPJ</b>	07.640.617/0001-10			
<b>CEP</b>	72.830-015					<b>CEP</b>	75.250-000			
<b>Endereço</b>	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					<b>Endereço</b>	RUA MP-06 LT 01 QD 16-A DIST.IND.MONTE HOREBE - CONJUTO MARGARIDA PROCOPIO			
<b>Cidade</b>	LUZIANIA					<b>Cidade</b>	SENADOR CANEDO			
<b>UF</b>	GO					<b>UF</b>	GO			
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO					<b>Insc. Estadual</b>	103958800			
<b>Contato</b>	MAYARA MARTELLI					<b>Contato</b>	DOMINGOS SUP			
<b>Telefone</b>						<b>Telefone</b>	(62) 3565-1600			
<b>Email</b>	compras2@institutopatris.org.br					<b>Email</b>	domingosmsouza@hotmail.com;divinomsouza@hotmail.com			
<b>Prazo de Entrega Solicitado</b>	4					<b>Prazo de Entrega</b>	2 DIA(s)			
<b>Cond. Pagamento Solicitado</b>	A PRAZO					<b>Cond. Pagamento</b>	30/60 Dias			
<b>Forma de Pagamento</b>	BOLETO BANCÁRIO					<b>Nome do Vendedor</b>	NIVALDO			
<b>Endereço de cobrança</b>	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947					<b>Tipo de Frete</b>	CIF			
<b>Endereço de entrega</b>	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947					<b>Faturamento Mínimo</b>	500,00			
						<b>Validade da Proposta</b>	01/06/2023			
<b>Observações do Comprador</b>										
<p>- AQUISIÇÃO PARA ATENDER DEMANDA DO HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIANIA;  - DADOS PARA FATURAMENTO CNPJ: 37.678.845/0002-21 (INSTITUTO PATRIS).  - PARA RESPONDER A COTAÇÃO, É NECESSÁRIO QUE AS 5 (CINCO) CERTIDÕES DE DÉBITOS ESTEJAM NEGATIVAS, SÃO ELAS: FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA.  - NO ATO DA ENTREGA DO PEDIDO É OBRIGATÓRIO ENTREGAR JUNTAMENTE COM A NOTA FISCAL AS CERTIDÕES: MUNICIPAL, ESTADUAL, FEDERAL, FGTS E CERTIDÃO TRABALHISTA (TODAS ATUALIZADAS E SEM DÉBITOS);  - HORÁRIO DE ENTREGA: DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA DAS 08:00 ÀS 17:00HS / MEDICAMENTOS E MATERIAL MÉDICO;  - OS MATERIAIS DEVERÃO SER ENTREGUES ACOMPANHADOS DE NF COM A ESPECIFICAÇÃO DOS ITENS, MARCA E QUANTIDADE;  - NÃO SERÃO ACEITOS MEDICAMENTOS/MATERIAL MÉDICO COM VALIDADE INFERIOR A UM ANO (1 ANO). EXCETO QUANDO INFORMADO E AUTORIZADO ANTES DA EMISSÃO DO PEDIDO.  - AS EMPRESAS DEVERÃO ORÇAR OS ITENS DE ACORDO COM O SOLICITADO/ESPECIFICADO. AS -INCLUIR NO VALOR DO PRODUTO TODOS OS IMPOSTOS E TAXAS;  - FRETE CIF; EM NENHUMA HIPÓTESE DEVE-SE SER COTADO FRETE FOB, CASO EXISTA, ESSE VALOR DEVE SER INCLUSO NOS VALORES UNITÁRIOS DOS ITENS;  - ENVIAR JUNTO A NOTA AS CND'S (CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITO) FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA;</p> <p>- OBRIGATORIAMENTE, NOS DADOS ADICIONAIS DA NF, DEVE CONSTAR A SEGUINTE INFORMAÇÃO: CONTRATO DE GESTÃO 045/2022 SES-GO - INSTITUTO PATRIS / HOSPITAL REGIONAL DE LUZIANIA.  - INFORMAR TAMBÉM O NÚMERO DO PEDIDO (QUE CONSTA NESSA ORDEM DE COMPRA);  - NA AUSÊNCIA DE BOLETO BANCÁRIO, INFORMAR TAMBÉM DADOS BANCÁRIOS PARA DEPÓSITO;  OBS: CASO SEJA SUA PRIMEIRA PARTICIPAÇÃO NAS COMPRAS DO INSTITUTO PATRIS, GENTILEZA INFORMAR QUE ESTÁ TUDO OK COM O CADASTRO, PARA QUE NÃO TENHAMOS PROBLEMAS COM FATURAMENTO/ENTREGA, ETC.</p> <p>QUALQUER DÚVIDA ENTRAR EM CONTATO COM O SETOR DE COMPRAS, PELO TEL. 65-98158-9616 (MAYARA MARTELLI)</p>										
<b>Observações do Fornecedor</b>										
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total	
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>										
3	4925	AMITRIPTILINA COMP 25MG	EMS	EMS	30,00	COMPRI-MIDO	0,0804	0,00	2,41	
30	22958	IBUPROFENO SUSP ORAL 50MG/ML 30ML	NATULAB	NATULAB	100,00	FRASCO	2,3694	0,00	236,94	
42	6746	OXACILINA PO P/ SOL INJ 500MG	BLAU	BLAU	400,00	FRASCO	3,5487	0,00	1.419,48	
<b>Total do pedido</b>									<b>1.658,83</b>	