

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
435998	147705		03/07/2023	7.448,03	O.C. Emitida	PEDIDO 025 - MEDICAMENTOS			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO PATRIS					Razão Social	MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA		
Nome Fantasia	INSTITUTO PATRIS					Nome Fantasia	MEDICAMENTAL HOSPITALAR		
CNPJ	37.678.845/0002-21					CNPJ	31.378.288/0002-47		
CEP	72.830-015					CEP	75.516-526		
Endereço	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					Endereço	AV JORGE JOSE DOS SANTOS - JARDIM BEIRA RIO		
Cidade	LUZIANIA					Cidade	ITUMBIARA		
UF	GO					UF	GO		
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	10.782.096-0		
Contato	MAYARA MARTELLI					Contato	MAYARA GARNIER		
Telefone						Telefone	(16) 3505-4900		
Email	compras2@institutopatris.org.br					Email	vendas8@medicamental.com.br		
Prazo de Entrega Solicitado	4					Prazo de Entrega	1 DIA(s)		
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias		
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	PRISCILA FERREIRA		
						Tipo de Frete	CIF		
						Faturamento Mínimo	500,00		
						Validade da Proposta	03/07/2023		
Endereço de cobrança	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947								
Endereço de entrega	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947								
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
MÉDICO / HOSPITALAR									
6	5617	AGUA BIDESTILADA SOL INJ 10ML	C/200	EQUIPLEX	4.600,00	FRASCO	0,2610	0,00	1.200,60
8	40411	AGUA DESTILADA 250ML	C/40	EQUIPLEX	80,00	FRASCO	3,9855	0,00	318,84
17	33776	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 500ML BOLSA	C/24	EQUIPLEX	264,00	BOLSA	5,7017	0,00	1.505,25
35	5625	HIDROCORTISONA PO P/ SOL INJ 500MG	C/50	BLAU	200,00	FRASCO	5,3054	0,00	1.061,08
43	12459	MEROPENEM PO P/ SOL INJ 1G	C/10	BLAU	120,00	FRASCO / AMPOLA	14,4720	0,00	1.736,64
67	6038	SULFATO DE MAGNESIO SOL INJ 50% 10ML	C/200	ISOFARMA	200,00	AMPOLA	6,2031	0,00	1.240,62
68	15044	SUXAMETONIO PO P/ SOL INJ 100MG	C/10	BLAU	20,00	FRASCO	19,2500	0,00	385,00
Total do pedido									7.448,03

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
435997	147705		03/07/2023	874,00	O.C. Emitida	PEDIDO 025 - MEDICAMENTOS					
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor					
Razão Social	INSTITUTO PATRIS					Razão Social	SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI				
Nome Fantasia	INSTITUTO PATRIS					Nome Fantasia	SUPERMEDICA HOSPITALAR				
CNPJ	37.678.845/0002-21					CNPJ	06.065.614/0001-38				
CEP	72.830-015					CEP	74.255-140				
Endereço	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					Endereço	RUA C-159 - JARDIM AMERICA				
Cidade	LUZIANIA					Cidade	GOIANIA				
UF	GO					UF	GO				
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	106039750				
Contato	MAYARA MARTELLI					Contato	TELEVENDAS				
Telefone						Telefone	(62) 3928-8989				
Email	compras2@institutopatris.org.br					Email	vendas12@supermedica.com.br				
Prazo de Entrega Solicitado	4					Prazo de Entrega	2 DIA(s)				
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias				
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	TAUANA				
						Tipo de Frete	CIF				
						Faturamento Mínimo	800,00				
						Validade da Proposta	30/06/2023				
Endereço de cobrança	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947										
Endereço de entrega	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947										
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											
584273											
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total		
MÉDICO / HOSPITALAR											
53	38127	OCITOCINA SOL INJ 5UI/ML 1ML	C/50	BLAU	200,00	AMPOLA	4,3700	0,00	874,00		
MARCA NEGATIVADA PELA DIRETORIA TÉCNICA: UNIÃO QUÍMICA											
									Total do pedido	874,00	

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
435996	147705		03/07/2023	3.720,00	O.C. Emitida	PEDIDO 025 - MEDICAMENTOS			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO PATRIS					Razão Social	ELLO DISTRIBUICAO LTDA - EPP		
Nome Fantasia	INSTITUTO PATRIS					Nome Fantasia	ELLO DISTRIBUICAO		
CNPJ	37.678.845/0002-21					CNPJ	14.115.388/0001-80		
CEP	72.830-015					CEP	74.780-562		
Endereço	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					Endereço	AV: ANAPOLIS - VILA PEDROSO		
Cidade	LUZIANIA					Cidade	GOIANIA		
UF	GO					UF	GO		
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	10574978248		
Contato	MAYARA MARTELLI					Contato	WILLIAM PERILLO - 98406-6004		
Telefone						Telefone	(62) 4009-2100		
Email	compras2@institutopatris.org.br					Email	comercial@ellodistribuicao.com.br;compras@ellodistribuicao.com.br;daniela@ellodistribuicao.com.br;		
Prazo de Entrega Solicitado	4					Prazo de Entrega	2 DIA(s)		
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias		
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	NATALIA DIAS		
Endereço de cobrança	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947					Tipo de Frete	CIF		
Endereço de entrega	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947					Faturamento Mínimo	1.000,00		
Observações do Comprador						Validade da Proposta	30/06/2023		
<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>									
Observações do Fornecedor									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
12	4890	CEFTRIAXONA PO P/ SOL INJ 1G	CX C/100	BLAU	400,00	FRASCO / AMPOLA	3,0000	0,00	1.200,00
59	13648	PIPERACILINA + TAZOBACTAM SOL INJ 4,5G	CX C/10	HALLER	210,00	AMPOLA	12,0000	168,00	2.520,00
Total do pedido									3.720,00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
435958	147705		03/07/2023	9.357,56	O.C. Emitida	PEDIDO 025 - MEDICAMENTOS				
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor				
Razão Social	INSTITUTO PATRIS					Razão Social	CA DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS HOSPITALARES EIRELI-ME			
Nome Fantasia	INSTITUTO PATRIS					Nome Fantasia	CA DISTRIBUIDORA			
CNPJ	37.678.845/0002-21					CNPJ	26.457.348/0001-04			
CEP	72.830-015					CEP	74.915-025			
Endereço	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					Endereço	AV. BARÃO DO RIO BRANCO - JARDIM LUZ			
Cidade	LUZIANIA					Cidade	APARECIDA DE GOIANIA			
UF	GO					UF	GO			
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	10.675.970-1			
Contato	MAYARA MARTELLI					Contato	(62) 3983-2238/3983-2239			
Telefone						Telefone	(62) 3983-2239			
Email	compras2@institutopatris.org.br					Email	vendas02.cadistribuidora@gmail.com			
Prazo de Entrega Solicitado	4					Prazo de Entrega	2 DIA(s)			
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias			
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	ELISANGELA CORDEIRO DA ROCHA			
Tipo de Frete						Tipo de Frete	CIF			
Faturamento Mínimo						Faturamento Mínimo	600,00			
Validade da Proposta						Validade da Proposta	22/06/2023			
Endereço de cobrança	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947									
Endereço de entrega	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947									
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										
NÃO TENHO SUXAMETONIO DE 100 MG										
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total	
MÉDICO / HOSPITALAR										
3	10291	ACICLOVIR COMP 200MG	PHARLAB	PHARLAB	175,00	COMPRESSO	0,3600	0,00	63,00	
17	33776	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 500ML BOLSA	EQUIPLEX	EQUIPLEX	1.248,00	BOLSA	6,3200	648,96	7.887,36	
27	5013	FUROSEMIDA COMP 40 MG	PRATI	PRATI	500,00	COMPRESSO	0,0700	0,00	35,00	
30	5447	GLICOSE SOL INJ 5% 250ML	EQUIPLEX	EQUIPLEX	240,00	FRASCO	5,6600	0,00	1.358,40	
38	6149	LEVOTIROXINA SODICA COMP 25MCG	MERCK	MERCK	60,00	COMPRESSO	0,2300	0,00	13,80	
Total do pedido									9.357,56	

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
435957	147705		03/07/2023	7.428,10	O.C. Emitida	PEDIDO 025 - MEDICAMENTOS			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO PATRIS					Razão Social	MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA		
Nome Fantasia	INSTITUTO PATRIS					Nome Fantasia	MEDICAMENTAL HOSPITALAR		
CNPJ	37.678.845/0002-21					CNPJ	31.378.288/0002-47		
CEP	72.830-015					CEP	75.516-526		
Endereço	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					Endereço	AV JORGE JOSE DOS SANTOS - JARDIM BEIRA RIO		
Cidade	LUZIANIA					Cidade	ITUMBIARA		
UF	GO					UF	GO		
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	10.782.096-0		
Contato	MAYARA MARTELLI					Contato	MAYARA GARNIER		
Telefone						Telefone	(16) 3505-4900		
Email	compras2@institutopatris.org.br					Email	vendas8@medicamental.com.br		
Prazo de Entrega Solicitado	4					Prazo de Entrega	1 DIA(s)		
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias		
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	PRISCILA FERREIRA		
						Tipo de Frete	CIF		
						Faturamento Mínimo	500,00		
						Validade da Proposta	03/07/2023		
Endereço de cobrança	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947								
Endereço de entrega	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947								
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
MÉDICO / HOSPITALAR									
6	5617	AGUA BIDESTILADA SOL INJ 10ML	C/200	EQUIPLEX	4.600,00	FRASCO	0,2610	0,00	1.200,60
8	40411	AGUA DESTILADA 250ML	C/40	EQUIPLEX	75,00	FRASCO	3,9855	0,00	298,91
17	33776	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 500ML BOLSA	C/24	EQUIPLEX	264,00	BOLSA	5,7017	0,00	1.505,25
35	5625	HIDROCORTISONA PO P/ SOL INJ 500MG	C/50	BLAU	200,00	FRASCO	5,3054	0,00	1.061,08
43	12459	MEROPENEM PO P/ SOL INJ 1G	C/10	BLAU	120,00	FRASCO / AMPOLA	14,4720	0,00	1.736,64
67	6038	SULFATO DE MAGNESIO SOL INJ 50% 10ML	C/200	ISOFARMA	200,00	AMPOLA	6,2031	0,00	1.240,62
68	15044	SUXAMETONIO PO P/ SOL INJ 100MG	C/10	BLAU	20,00	FRASCO	19,2500	0,00	385,00
Total do pedido									7.428,10

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
435956	147705		03/07/2023	878,50	O.C. Emitida	PEDIDO 025 - MEDICAMENTOS			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO PATRIS					Razão Social	SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI		
Nome Fantasia	INSTITUTO PATRIS					Nome Fantasia	SUPERMEDICA HOSPITALAR		
CNPJ	37.678.845/0002-21					CNPJ	06.065.614/0001-38		
CEP	72.830-015					CEP	74.255-140		
Endereço	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					Endereço	RUA C-159 - JARDIM AMERICA		
Cidade	LUZIANIA					Cidade	GOIANIA		
UF	GO					UF	GO		
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	106039750		
Contato	MAYARA MARTELLI					Contato	TELEVENDAS		
Telefone						Telefone	(62) 3928-8989		
Email	compras2@institutopatris.org.br					Email	vendas12@supermedica.com.br		
Prazo de Entrega Solicitado	4					Prazo de Entrega	2 DIA(s)		
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias		
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	TAUANA		
						Tipo de Frete	CIF		
						Faturamento Mínimo	800,00		
						Validade da Proposta	30/06/2023		
Endereço de cobrança	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947								
Endereço de entrega	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947								
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									
584273									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
50	40849	NIFEDIPINO COMP 20 MG			30,00	COMPRI M I D O	0,0000	0,00	0,00
53	38127	OCITOCINA SOL INJ 5UI/ML 1ML	C/50	BLAU	200,00	AMPOLA	4,3700	0,00	874,00
MARCA NEGATIVADA PELA DIRETORIA TÉCNICA: UNIÃO QUÍMICA									
Total do pedido									878,50

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
435937	147705		30/06/2023	844,00	O.C. Emitida	PEDIDO 025 - MEDICAMENTOS					
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor					
Razão Social	INSTITUTO PATRIS					Razão Social	HOSPDROGAS COMERCIAL LTDA 				
Nome Fantasia	INSTITUTO PATRIS					Nome Fantasia	HOSPDROGAS				
CNPJ	37.678.845/0002-21					CNPJ	08.774.906/0001-75				
CEP	72.830-015					CEP	74.993-394				
Endereço	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					Endereço	AV. OESTE - PQ. IND. VICE-PRES. JOSÉ ALENCAR ETAPA II				
Cidade	LUZIANIA					Cidade	APARECIDA DE GOIANIA				
UF	GO					UF	GO				
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	104153377				
Contato	MAYARA MARTELLI					Contato	TELEVENDAS				
Telefone						Telefone	(62) 4012-1199				
Email	compras2@institutopatris.org.br					Email	hermilton@hospdrogas.com.br				
Prazo de Entrega Solicitado	4					Prazo de Entrega	2 DIA(s)				
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias				
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	LILLIAN PEREIRA COSTA				
						Tipo de Frete	CIF				
						Faturamento Mínimo	600,00				
						Validade da Proposta	30/06/2023				
Endereço de cobrança	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947										
Endereço de entrega	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947										
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		
MÉDICO / HOSPITALAR											
53	38127	OCITOCINA SOL INJ 5UI/ML 1ML			200,00	AMPOLA	0,0000	0,00	0,00		
MARCA NEGATIVADA PELA DIRETORIA TÉCNICA: UNIÃO QUÍMICA											
									Total do pedido	844,00	

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
435936	147705		30/06/2023	4.164,70	O.C. Emitida	PEDIDO 025 - MEDICAMENTOS			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO PATRIS					Razão Social	MAEVE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA		
Nome Fantasia	INSTITUTO PATRIS					Nome Fantasia	MAEVE HOSPITALAR		
CNPJ	37.678.845/0002-21					CNPJ	09.034.672/0001-92		
CEP	72.830-015					CEP	74.640-030		
Endereço	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					Endereço	RUA 13 - POLO EMPRESARIAL DE GOIÁS - ETAPA IV		
Cidade	LUZIANIA					Cidade	APARECIDA DE GOIANIA		
UF	GO					UF	GO		
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	10.416.812-9		
Contato	MAYARA MARTELLI					Contato	62 35651038		
Telefone						Telefone	(62) 3565-1033		
Email	compras2@institutopatris.org.br					Email	analistacomercial@maevehospitalar.com.br		
Prazo de Entrega Solicitado	4					Prazo de Entrega	1 DIA(s)		
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias		
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	JORDANA MACHADO		
Endereço de cobrança	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947					Tipo de Frete	CIF		
Endereço de entrega	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947					Faturamento Mínimo	600,00		
						Validade da Proposta	30/06/2023		
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
MÉDICO / HOSPITALAR									
18	17939	COLAGENASE POMADA TUBO 30G	CRISTALIA	CRISTALIA	30,00	TUBO	11,4600	0,00	343,80
23	6483	EFEDRINA SOL INJ 50MG/ML 1ML	CRISTALIA	CRISTALIA	100,00	AMPOLA	9,1500	0,00	915,00
46	42999	METILERGOMETRINA 0,2MG/1ML	UNIAO QUIMICA	UNIAO QUIMICA	50,00	AMPOLA	1,8400	0,00	92,00
53	38127	OCITOCINA SOL INJ 5UI/ML 1ML			0,00	AMPOLA	0,0000	0,00	0,00
MARCA NEGATIVADA PELA DIRETORIA TÉCNICA: UNIÃO QUÍMICA									
62	34089	SACARATO DE HIDROXIDO FERRICO SOL INJ 20MG/ML 5ML	UNIAO QUIMICA	UNIAO QUIMICA	50,00	AMPOLA	9,9700	0,00	498,50
Total do pedido									4.164,70

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
435935	147705		30/06/2023	2.373,60	O.C. Emitida	PEDIDO 025 - MEDICAMENTOS			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO PATRIS					Razão Social	QB COMERCIO LTDA		
Nome Fantasia	INSTITUTO PATRIS								
CNPJ	37.678.845/0002-21					Nome Fantasia	QUALITY MED HOSPITALAR		
CEP	72.830-015					CNPJ	40.760.938/0001-24		
Endereço	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					CEP	74.922-305		
Cidade	LUZIANIA					Endereço	RUA X-35, QD 07, LT 17 - JARDIM OLIMPICO		
UF	GO					Cidade	APARECIDA DE GOIANIA		
Insc. Estadual	ISENTO					UF	GO		
Contato	MAYARA MARTELLI					Insc. Estadual	10.825.087-3		
Telefone						Contato	(62) 2020-8888		
Email	compras2@institutopatris.org.br					Telefone	(62) 9 8276-0198		
Prazo de Entrega Solicitado	4					Email	comercial@quality.med.br		
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Prazo de Entrega	1 DIA(s)		
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Cond. Pagamento	30 Dias		
Endereço de cobrança	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947					Nome do Vendedor	FERNANDO		
Endereço de entrega	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947					Tipo de Frete	CIF		
						Faturamento Mínimo	2.300,00		
						Validade da Proposta	30/06/2023		
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
MÉDICO / HOSPITALAR									
7	5448	AGUA BIDEUTILADA SOL INJ 500ML	EQUIPLEX	EQUIPLEX	120,00	BOLSA	6,1000	0,00	732,00
31	11324	GLICOSE SOL INJ 5% 500ML	EQUIPLEX	EQUIPLEX	216,00	FRASCO	7,6000	0,00	1.641,60
Total do pedido									2.373,60

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
435934	147705		30/06/2023	21.670,00	O.C. Emitida	PEDIDO 025 - MEDICAMENTOS					
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor					
Razão Social	INSTITUTO PATRIS					Razão Social	F & F DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS FARMACEUTICOS LTDA				
Nome Fantasia	INSTITUTO PATRIS					Nome Fantasia	F & F DISTRIBUIDORA				
CNPJ	37.678.845/0002-21					CNPJ	10.854.165/0015-80				
CEP	72.830-015					CEP	72.549-505				
Endereço	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					Endereço	ST POLO DE DESENVOLVIMENTO JUSCELINO KUBITSCHKEK TRECHO - SANTA MARIA				
Cidade	LUZIANIA					Cidade	BRASILIA				
UF	GO					UF	DF				
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	08.052.511/001-05				
Contato	MAYARA MARTELLI					Contato	CHRISTIAN				
Telefone						Telefone	(61) 2103-6451				
Email	compras2@institutopatris.org.br					Email	falcarvalho@uniaquimica.com.br				
Prazo de Entrega Solicitado	4					Prazo de Entrega	2 DIA(s)				
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	28 Dias				
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	FERNANDA ALVES				
Endereço de cobrança	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947					Tipo de Frete	CIF				
Endereço de entrega	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947					Faturamento Mínimo	600,00				
						Validade da Proposta	23/06/2023				
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		
MÉDICO / HOSPITALAR											
65		SEVOFLURANO SOL INALATORIA 250ML	VOFLUR 1ML/ML SOL INAL P344/98C1 X 250ML	UNIÃO QUIMICA	6,00	FRASCO	295,0000	0,00	1.770,00		
70	40910	TENOXCAM PO P/ SOL INJ 40MG	TEFLAN 40MG INJ 50FA - SEM DILUENTE	UNIAO QUIMICA	2.000,00	AMPOLA	9,4000	0,00	18.800,00		
71	6068	VANCOMICINA PO P/ SOL INJ 500MG	VANCOTRAT 500MG PO INJ X 50 FA	UNIAO QUIMICA	250,00	FRASCO	4,4000	0,00	1.100,00		
Total do pedido									21.670,00		

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
435933	147705		30/06/2023	512,54	O.C. Emitida	PEDIDO 025 - MEDICAMENTOS			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO PATRIS					Razão Social	VFB BRASIL		
Nome Fantasia	INSTITUTO PATRIS					Nome Fantasia	VFB BRASIL		
CNPJ	37.678.845/0002-21					CNPJ	30.949.099/0001-33		
CEP	72.830-015					CEP	72.872-057		
Endereço	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					Endereço	RUA R-14 SN QUADRA 17 LOTE 15 - JARDIM IPANEMA		
Cidade	LUZIANIA					Cidade	VALPARAISO DE GOIAS		
UF	GO					UF	GO		
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	10.735.948-0		
Contato	MAYARA MARTELLI					Contato	THIAGO MENDES		
Telefone						Telefone	(61) 3712-9284		
Email	compras2@institutopatris.org.br					Email	privado1@vfbbrasil.com		
Prazo de Entrega Solicitado	4					Prazo de Entrega	1 DIA(s)		
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias		
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	GUSTAVO RAMOS / PRIVADO4@VFBBRASIL.COM / 061991988344		
Endereço de cobrança	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947					Tipo de Frete	CIF		
Endereço de entrega	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947					Faturamento Mínimo	500,00		
						Validade da Proposta	01/07/2023		
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									
<p>Todos pedidos passarão por análise de crédito e frete. Estamos abertos para negociação. VFB BRASIL Gustavo Ramos Fone: 61-991988344</p>									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
37	7291	IVERMECTINA 6 MG	IVERMECTINA 6MG CX C/4CPR (G) VITAMEDIC	VITAMEDIC	20,00	COMPRIMIDO	1,2910	0,00	25,82
47	13728	METRONIDAZOL SOL INJ 5MG/ML 100ML	METRONIDAZOL 5MG/ML-0,5% BLS 100ML SIST. FECHADO	JP	100,00	BOLSA	4,5000	0,00	450,00
54	5651	OLEO MINERAL SOL ORAL 100ML	OLEO MINERAL FR 100ML NATULAB	NATULAB	17,00	FRASCO	2,1600	0,00	36,72
Total do pedido									512,54

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
435932	147705		30/06/2023	2.598,70	O.C. Emitida	PEDIDO 025 - MEDICAMENTOS			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO PATRIS					Razão Social	CA DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS HOSPITALARES EIRELI-ME		
Nome Fantasia	INSTITUTO PATRIS					Nome Fantasia	CA DISTRIBUIDORA		
CNPJ	37.678.845/0002-21					CNPJ	26.457.348/0001-04		
CEP	72.830-015					CEP	74.915-025		
Endereço	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					Endereço	AV. BARÃO DO RIO BRANCO - JARDIM LUZ		
Cidade	LUZIANIA					Cidade	APARECIDA DE GOIANIA		
UF	GO					UF	GO		
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	10.675.970-1		
Contato	MAYARA MARTELLI					Contato	(62) 3983-2238/3983-2239		
Telefone						Telefone	(62) 3983-2239		
Email	compras2@institutopatris.org.br					Email	vendas02.cadistribuidora@gmail.com		
Prazo de Entrega Solicitado	4					Prazo de Entrega	2 DIA(s)		
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias		
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	ELISANGELA CORDEIRO DA ROCHA		
Tipo de Frete						Tipo de Frete	CIF		
Faturamento Mínimo						Faturamento Mínimo	600,00		
Validade da Proposta						Validade da Proposta	22/06/2023		
Endereço de cobrança	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947								
Endereço de entrega	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947								
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>									
QUALQUER DÚVIDA ENTRAR EM CONTATO COM O SETOR DE COMPRAS, PELO TEL. 65-98158-9616 (MAYARA MARTELLI)									
Observações do Fornecedor									
NÃO TENHO SUXAMETONIO DE 100 MG									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
3	10291	ACICLOVIR COMP 200MG	PHARLAB	PHARLAB	175,00	COMPRIMIDO	0,3600	0,00	63,00
27	5013	FUROSEMIDA COMP 40 MG	PRATI	PRATI	500,00	COMPRIMIDO	0,0700	0,00	35,00
30	5447	GLICOSE SOL INJ 5% 250ML	EQUIPLEX	EQUIPLEX	200,00	FRASCO	5,6600	0,00	1.132,00
38	6149	LEVOTIROXINA SODICA COMP 25MCG	MERCK	MERCK	60,00	COMPRIMIDO	0,2300	0,00	13,80
50	40849	NIFEDIPINO COMP 20 MG			30,00	COMPRIMIDO	0,0000	0,00	0,00
67	6038	SULFATO DE MAGNESIO SOL INJ 50% 10ML	HALEXTAR	HALEXTAR	200,00	AMPOLA	6,4000	0,00	0,00
68	15044	SUXAMETONIO PO P/ SOL INJ 100MG			2,00	FRASCO	0,0000	0,00	0,00
Total do pedido									2.598,70

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
435931	147705		30/06/2023	12.938,13	O.C. Emitida	PEDIDO 025 - MEDICAMENTOS	
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor	
Razão Social	INSTITUTO PATRIS					Razão Social	MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA
Nome Fantasia	INSTITUTO PATRIS					Nome Fantasia	MEDICAMENTAL HOSPITALAR
CNPJ	37.678.845/0002-21					CNPJ	31.378.288/0002-47
CEP	72.830-015					CEP	75.516-526
Endereço	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					Endereço	AV JORGE JOSE DOS SANTOS - JARDIM BEIRA RIO
Cidade	LUZIANIA					Cidade	ITUMBIARA
UF	GO					UF	GO
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	10.782.096-0
Contato	MAYARA MARTELLI					Contato	MAYARA GARNIER
Telefone						Telefone	(16) 3505-4900
Email	compras2@institutopatris.org.br					Email	vendas8@medicamental.com.br
Prazo de Entrega Solicitado	4					Prazo de Entrega	1 DIA(s)
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	PRISCILA FERREIRA
						Tipo de Frete	CIF
						Faturamento Mínimo	500,00
						Validade da Proposta	03/07/2023
Endereço de cobrança	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947						
Endereço de entrega	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. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
6	5617	AGUA BIDESTILADA SOL INJ 10ML	C/200	EQUIPLEX	4.600,00	FRASCO	0,2610	0,00	1.200,60
8	40411	AGUA DESTILADA 250ML	C/40	EQUIPLEX	80,00	FRASCO	3,9855	0,00	318,84
17	33776	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 500ML BOLSA	C/24	EQUIPLEX	1.512,00	BOLSA	5,7017	0,00	8.620,97
35	5625	HIDROCORTISONA PO P/ SOL INJ 500MG	C/50	BLAU	200,00	FRASCO	5,3054	0,00	1.061,08
43	12459	MEROPENEM PO P/ SOL INJ 1G	C/10	BLAU	120,00	FRASCO / AMPOLA	14,4720	0,00	1.736,64
Total do pedido									12.938,13

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
435930	147705		30/06/2023	3.566,53	O.C. Emitida	PEDIDO 025 - MEDICAMENTOS			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO PATRIS					Razão Social	HOSPDROGAS COMERCIAL LTDA 		
Nome Fantasia	INSTITUTO PATRIS					Nome Fantasia	HOSPDROGAS		
CNPJ	37.678.845/0002-21					CNPJ	08.774.906/0001-75		
CEP	72.830-015					CEP	74.993-394		
Endereço	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					Endereço	AV. OESTE - PQ. IND. VICE-PRES. JOSÉ ALENCAR ETAPA II		
Cidade	LUZIANIA					Cidade	APARECIDA DE GOIANIA		
UF	GO					UF	GO		
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	104153377		
Contato	MAYARA MARTELLI					Contato	TELEVENDAS		
Telefone						Telefone	(62) 4012-1199		
Email	compras2@institutopatris.org.br					Email	hermilton@hospdrogas.com.br		
Prazo de Entrega Solicitado	4					Prazo de Entrega	2 DIA(s)		
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias		
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	LILLIAN PEREIRA COSTA		
						Tipo de Frete	CIF		
						Faturamento Mínimo	600,00		
						Validade da Proposta	30/06/2023		
Endereço de cobrança	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947								
Endereço de entrega	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947								
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
MÉDICO / HOSPITALAR									
15	6454	CLONIDINA SOL INJ 150MCG/ML 1ML	AMOP	HALEX STAR	25,00	AMPOLA	5,4100	0,00	135,25
61	5414	RINGER C/ LACTATO SOL INJ 500ML	FR	EQUIPLEX	408,00	FRASCO	8,4100	0,00	3.431,28
Total do pedido									3.566,53

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
435929	147705		30/06/2023	1.436,33	O.C. Emitida	PEDIDO 025 - MEDICAMENTOS			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO PATRIS					Razão Social	SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI		
Nome Fantasia	INSTITUTO PATRIS					Nome Fantasia	SUPERMEDICA HOSPITALAR		
CNPJ	37.678.845/0002-21					CNPJ	06.065.614/0001-38		
CEP	72.830-015					CEP	74.255-140		
Endereço	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					Endereço	RUA C-159 - JARDIM AMERICA		
Cidade	LUZIANIA					Cidade	GOIANIA		
UF	GO					UF	GO		
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	106039750		
Contato	MAYARA MARTELLI					Contato	TELEVENDAS		
Telefone						Telefone	(62) 3928-8989		
Email	compras2@institutopatris.org.br					Email	vendas12@supermedica.com.br		
Prazo de Entrega Solicitado	4					Prazo de Entrega	2 DIA(s)		
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias		
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	TAUANA		
						Tipo de Frete	CIF		
						Faturamento Mínimo	800,00		
						Validade da Proposta	30/06/2023		
Endereço de cobrança	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947								
Endereço de entrega	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947								
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									
584273									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
9	21889	AMBROXOL SOL ORAL ADULTO 30MG/5ML 120ML	C/1	CIMED	5,00	FRASCO	4,4900	0,00	22,45
28	56467	GEL HIDROATIVO 15G	C/10	HELIANTO 30G	40,00	GRAMA	16,0400	0,00	641,60
51	6456	NITROPRUSSIATO DE SODIO SOL INJ 25MG/ML 2ML	C/25	HYPOFARMA	25,00	FRASCO / AMPOLA	20,5000	0,00	512,50
56	10902	PANTOPRAZOL COMP 20 MG	C/42	EMS	84,00	COMPRESSIDO	0,2400	0,00	20,16
58	27897	PARACETAMOL + FOSFATO DE CODEINA COMP 500 + 30MG	C/96	GEOLAB	288,00	COMPRESSIDO	0,4400	0,00	126,72
FARMACÊUTICO									
2	18643	ETOMIDATO SOL INJ 2MG/ML 10ML	C/5	BLAU	10,00	AMPOLA	11,2900	0,00	112,90
Total do pedido									1.436,33

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
435928	147705		30/06/2023	3.900,00	O.C. Emitida	PEDIDO 025 - MEDICAMENTOS	
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor	
Razão Social	INSTITUTO PATRIS					Razão Social	ELLO DISTRIBUICAO LTDA - EPP
Nome Fantasia	INSTITUTO PATRIS					Nome Fantasia	ELLO DISTRIBUICAO
CNPJ	37.678.845/0002-21					CNPJ	14.115.388/0001-80
CEP	72.830-015					CEP	74.780-562
Endereço	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					Endereço	AV: ANAPOLIS - VILA PEDROSO
Cidade	LUZIANIA					Cidade	GOIANIA
UF	GO					UF	GO
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	10574978248
Contato	MAYARA MARTELLI					Contato	WILLIAM PERILLO - 98406-6004
Telefone						Telefone	(62) 4009-2100
Email	compras2@institutopatris.org.br					Email	comercial@ellodistribuicao.com.br;compras@ellodistribuicao.com.br;daniela@ellodistribuicao.com.br;
Prazo de Entrega Solicitado	4					Prazo de Entrega	2 DIA(s)
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	NATALIA DIAS
Endereço de cobrança	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947					Tipo de Frete	CIF
Endereço de entrega	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947					Faturamento Mínimo	1.000,00
						Validade da Proposta	30/06/2023

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
MÉDICO / HOSPITALAR									
12	4890	CEFTRIAXONA PO P/ SOL INJ 1G	CX C/100	BLAU	400,00	FRASCO / AMPOLA	3,0000	0,00	1.200,00
59	13648	PIPERACILINA + TAZOBACTAM SOL INJ 4,5G	CX C/10	HALLER	225,00	AMPOLA	12,0000	168,00	2.700,00
Total do pedido									3.900,00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
435927	147705		30/06/2023	1.229,60	O.C. Emitida	PEDIDO 025 - MEDICAMENTOS			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO PATRIS					Razão Social	CENTRO OESTE COMERCIO E SERVIÇOS EIRELLI		
Nome Fantasia	INSTITUTO PATRIS					Nome Fantasia	CENTRO OESTE		
CNPJ	37.678.845/0002-21					CNPJ	02.683.235/0001-50		
CEP	72.830-015					CEP	74.270-250		
Endereço	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					Endereço	R C-212 QD 520 LT 10 - JARDIM AMERICA		
Cidade	LUZIANIA					Cidade	GOIANIA		
UF	GO					UF	GO		
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	105101184		
Contato	MAYARA MARTELLI					Contato	CAROLINE		
Telefone						Telefone	(62) 3922-7100		
Email	compras2@institutopatris.org.br					Email	co.caroline@terra.com.br		
Prazo de Entrega Solicitado	4					Prazo de Entrega	1 DIA(s)		
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias		
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	CAROLINE		
						Tipo de Frete	CIF		
						Faturamento Mínimo	500,00		
						Validade da Proposta	30/06/2023		
Endereço de cobrança	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947								
Endereço de entrega	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947								
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
MÉDICO / HOSPITALAR									
60	6717	PREDNISONA 20MG	NEOQUIMICA	NEOQUIMICA	80,00	COMPRIMIDO	0,3200	0,00	25,60
63	6779	SACCHAROMYCES BOULARDII 200MG CAP	NEOQUIMICA	NEOQUIMICA	300,00	CÁPSULA	2,7600	0,00	828,00
64	5467	SALBUTAMOL SPRAY 200 DOSES	TEUTO	TEUTO	20,00	FRASCO	18,8000	0,00	376,00
Total do pedido									1.229,60

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
435926	147705		30/06/2023	7.964,50	O.C. Emitida	PEDIDO 025 - MEDICAMENTOS	
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor	
Razão Social	INSTITUTO PATRIS					Razão Social	MEDILAR IMPORTACAO E DISTRIBUICAO DE PRODUTOS MEDICO HOSPITALARES S/A
Nome Fantasia	INSTITUTO PATRIS					Nome Fantasia	MEDLIVE
CNPJ	37.678.845/0002-21					CNPJ	07.752.236/0001-23
CEP	72.830-015					CEP	96.880-000
Endereço	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					Endereço	RUA NORBERTO OTTO WILD - IMIGRANTE
Cidade	LUZIANIA					Cidade	VERA CRUZ
UF	GO					UF	RS
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	1560020579
Contato	MAYARA MARTELLI					Contato	THIAGO / CLEITON / CRISTINE
Telefone						Telefone	(51) 3718-7600
Email	compras2@institutopatris.org.br					Email	cmachado@medlive.com.br; tsilva@medlive.com.br; cgomes@medlive.com.br
Prazo de Entrega Solicitado	4					Prazo de Entrega	4 DIA(s)
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	LISIARA
Endereço de cobrança	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947					Tipo de Frete	CIF
Endereço de entrega	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947					Faturamento Mínimo	2.000,00
						Validade da Proposta	30/06/2023
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							
<p>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.</p>							

Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
10	10535	BETAMETASONA SOL INJ 7MG/ML 1 ML	CRISTALIA	BETAMETASONA (DIPROP 5MG/ML+FOSF 2MG/ML) 1ML 25 AMP CRISTALI	50,00	AMPOLA	3,0800	0,00	154,00
33	29937	HIDRALAZINA SOL INJ 20MG/ML 1ML	CRISTALIA	HIDRALAZINA 20MG/ML 1ML 50 AMP CRISTALIA NEPRESOL	50,00	AMPOLA	5,7000	0,00	285,00
42	61784	LIDOCAÍNA SOLU INJ 1% S/ VASO	CRISTALIA	LIDOCAINA 1% (10MG/ML) S/VASO 20ML 10 ETJ EST. CRISTALIA XYL	10,00	AMPOLA	10,6600	0,00	106,60
44	42800	METADONA SOL INJ 10MG/ML 1ML	CRISTALIA	.METADONA 10MG/ML 1ML 25 AMP CRISTALIA MYTEDOM (A1)	50,00	AMPOLA	5,0700	0,00	253,50
45	15058	METARAMINOL 10 MG 1ML	CRISTALIA	METARAMINOL 10MG/ML 1ML 25 AMP IM/IV AD CRISTALIA ARAMIN (AM	50,00	AMPOLA	17,6000	0,00	880,00
48	42803	MORFINA 0,1MG/ML 1ML	CRISTALIA	MORFINA 0,1MG/ML 1ML 50 AMP ETJ EST. CRISTALIA DIMORF (A1)	100,00	AMPOLA	2,7800	2,00	278,00
52	42936	NOREPINEFRINA SOL INJ 2MG/ML 4ML	HYPOFARMA	NOREPINEFRINA 8MG 4ML 50 AMP GEN HYPOFARMA	300,00	AMPOLA	2,1200	0,00	636,00
55	10896	OMEPRAZOL PO P/ SOL INJ 40MG	UNIAO QUIMICA	OMEPRAZOL 40MG 50 F/A+ DIL 10ML IV UNIAO QUIMICA UNIPRAZOL	550,00	AMPOLA	6,1800	0,00	3.399,00
57	39003	PANTOPRAZOL PO P/ SOL INJ 40MG + DILUENTE 10ML	BLAU	PANTOPRAZOL 40MG 20 F/A+ DIL 10ML IV GEN BLAU	80,00	AMPOLA	8,3800	0,00	670,40
FARMACÊUTICO									
1	6069	CEFAZOLINA SÓDICA 1G	BIOCHIMICO	CEFAZOLINA 1G PO LIOF 50 F/A IV GEN BIOCHIMICO	350,00	FRASCO / AMPOLA	3,7200	0,00	1.302,00
Total do pedido									7.964,50

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
435925	147705		30/06/2023	17.534,86	O.C. Emitida	PEDIDO 025 - MEDICAMENTOS	
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor	
Razão Social	INSTITUTO PATRIS					Razão Social	COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
Nome Fantasia	INSTITUTO PATRIS					Nome Fantasia	COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
CNPJ	37.678.845/0002-21					CNPJ	67.729.178/0004-91
CEP	72.830-015					CEP	13.916-074
Endereço	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					Endereço	PRAÇA EMILIO MARCONATO - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOÃO ALDO NASSIF
Cidade	LUZIANIA					Cidade	JAGUARIUNA
UF	GO					UF	SP
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	0629965800102
Contato	MAYARA MARTELLI					Contato	ALINE REZENDE/GLAUCIA/NATALIA/DAIANE/MARCIA /RENATO
Telefone						Telefone	(19) 3522-5808
Email	compras2@institutopatris.org.br					Email	paula.rodrigues@rioclarense.com.br;eliossane.praseres@rioclarense.com.br
Prazo de Entrega Solicitado	4					Prazo de Entrega	2 DIA(s)
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	DEYVISON
Endereço de cobrança	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947					Tipo de Frete	CIF
Endereço de entrega	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947					Faturamento Mínimo	500,00
						Validade da Proposta	30/06/2023
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
MÉDICO / HOSPITALAR									
4	4944	ACIDO ACETILSALICILICO COMP 100MG	DORMEC 100MG CX C/50STR X 10CP	IMEC	500,00	COMPRESSO	0,0423	0,00	21,15
5	42920	ADENOSINA SOL INJ 3MG/ML 2ML	ADENOSINA 3MG/ML C/50AP X 2ML IV GEN	HIPOLABOR	100,00	AMPOLA	9,8400	0,00	984,00
11	6470	BUPIVACAINA SOL INJ 0,5% PESADA 4ML	BUPIVACAINA+GLICOSE 0,5% CX C/50AP X 4ML GEN	HYPOFARMA	50,00	AMPOLA	3,3030	0,00	165,15
16	5433	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 100ML FRASCO	SORO FISIOLÓGICO 0,9% 100ML C/70FR S.F	EQUIPLEX	2.240,00	SISTEMA FECHADO	4,0000	0,00	8.960,00
19	5173	DEXAMETASONA SOL INJ 4MG/ML 2,5ML	DEXAMETASONA 4MG/ML CX C/100AP X 2,5ML IM/IV GEN	HIPOLABOR	900,00	FRASCO / AMPOLA	1,9080	0,00	1.717,20
20	5632	DICLOFENACO SODICO SOL INJ 25MG/ML 3ML	DICLOFENACO SODICO 75MG/ML CX C/100AP X 3ML GEN	HYPOFARMA	100,00	AMPOLA	0,8800	0,00	88,00
21	5020	DIPIRONA COMP 500MG	DIPIRONA SODICA 500MG CX C/20BL X 10CP GEN	PRATI DONADUZZI	400,00	COMPRESSO	0,1700	0,00	68,00
26	28046	FENTANILA, CITRATO SOL INJ 50MCG/ML 10ML	FENTANILA 50MCG/ML CX C/50AP X 10ML GEN	HIPOLABOR	300,00	AMPOLA	1,9800	0,00	594,00
29	16372	GLICOSE SOL INJ 50% 10ML	GLICOSE 50% CX C/200AP X 10ML	FARMACE	1.600,00	AMPOLA	0,5375	0,00	860,00
32	5416	HEPARINA SODICA SOL INJ 5000UI /ML 5ML	PARINEX 5.000UI/ML CX C/50FA X 5ML IV	HIPOLABOR	100,00	FRASCO / AMPOLA	13,7630	0,00	1.376,30
34	5624	HIDROCORTISONA PO P/ SOL INJ 100MG	ANDROCORTIL 100MG CX C/50F-A S/DIL	TEUTO	250,00	FRASCO	3,2800	0,00	820,00
39	70982	LIDOCAINA 2% SOL INJ 20MG/ML 5ML	HYPOCAINA 2% S/V CX C/100AP X 5ML	HYPOFARMA	100,00	AMPOLA	1,1010	0,00	110,10
40	6458	LIDOCAINA 2% SOL INJ C/ VASOCONSTRICTOR 20ML	XYLESTESIN 2% C/V C/EPINEFRINA CX C/10FA X 20ML STERILE PACK	CRISTALIA	20,00	FRASCO	9,2680	0,00	185,36
41	5828	LIDOCAINA SOL INJ 2% S/ VASOCONSTRICTOR 20ML	LIDOCAINA 2% S/V CX C/25FA X 20ML GEN	HYPOFARMA	225,00	FRASCO	4,8200	0,00	1.084,50
49	18562	MORFINA SOL INJ 10MG/ML 1ML	MORFINA 10MG/ML CX C/100AP X 1ML GEN	HIPOLABOR	200,00	AMPOLA	1,8710	0,00	374,20
66	10188	SINVASTATINA COMP 20MG	SINVASTATINA 20MG CX C/ 1BL X 30CP REV GEN A060	GLOBO	120,00	COMPRESSO	0,1020	0,00	12,24
69	11183	TENOXCAM COMP 20MG	TENOXIL 20MG CX C/1BL X 10CP 416844	MEDQUIMICA	210,00	COMPRESSO	0,5460	0,00	114,66
Total do pedido									17.534,86

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
435924	147705		30/06/2023	7.558,60	O.C. Emitida	PEDIDO 025 - MEDICAMENTOS	
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor	
Razão Social	INSTITUTO PATRIS					Razão Social	CBA COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALAR LTDA
Nome Fantasia	INSTITUTO PATRIS					Nome Fantasia	CBA HOSPITALAR
CNPJ	37.678.845/0002-21					CNPJ	38.071.866/0001-66
CEP	72.830-015					CEP	71.250-015
Endereço	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					Endereço	SCIA QUADRA 15 CONJUNTO 3 LOTE 5 - CIDADE DO AUTOMOVEL
Cidade	LUZIANIA					Cidade	BRASILIA
UF	GO					UF	DF
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	0750812700130
Contato	MAYARA MARTELLI					Contato	THIAGO MENDES
Telefone						Telefone	(61) 3255-5000
Email	compras2@institutopatris.org.br					Email	centraldenegocios@bsbhospitalar.com.br,rute@cbahospitalar.com.br
Prazo de Entrega Solicitado	4					Prazo de Entrega	4 DIA(s)
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	28 Dias
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	JESSIKA
						Tipo de Frete	CIF
						Faturamento Mínimo	500,00
						Validade da Proposta	03/07/2023
Endereço de cobrança	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947						
Endereço de entrega	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. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
22	5626	DIPIRONA SOL INJ 500MG/ML 2ML	DIPIRONA MONOIDRATADA (GEN) 500MG/ML 2ML (10010031) C/100	HIPOLABOR	3.300,00	AMPOLA	1,0500	0,00	3.465,00
24		ENOXAPARINA SODICA 40MG SERINGA PRE-PREENCHIDA (SC)	1	CRISTALIA	220,00	SERINGA	15,1800	0,00	3.339,60
25	499	EPINEFRINA SOL INJ 1MG/ML 1ML (1:1000)	1	HIPOLABOR	100,00	AMPOLA	0,8900	0,00	89,00
36	5583	HIOSCINA + DIPIRONA SOL INJ 500MG/ML 5ML	ESCOPOLAMINA+DIPIRONA COMPOSTA 5ML (HYPOCINA) C/50	HYPOFARMA	350,00	AMPOLA	1,9000	0,00	665,00
Total do pedido									7.558,60

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
435923	147705		30/06/2023	4.936,50	O.C. Emitida	PEDIDO 025 - MEDICAMENTOS					
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor					
Razão Social	INSTITUTO PATRIS					Razão Social	MAEVE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA				
Nome Fantasia	INSTITUTO PATRIS					Nome Fantasia	MAEVE HOSPITALAR				
CNPJ	37.678.845/0002-21					CNPJ	09.034.672/0001-92				
CEP	72.830-015					CEP	74.640-030				
Endereço	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					Endereço	RUA 13 - POLO EMPRESARIAL DE GOIÁS - ETAPA IV				
Cidade	LUZIANIA					Cidade	APARECIDA DE GOIANIA				
UF	GO					UF	GO				
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	10.416.812-9				
Contato	MAYARA MARTELLI					Contato	62 35651038				
Telefone						Telefone	(62) 3565-1033				
Email	compras2@institutopatris.org.br					Email	analistacomercial@maevehospitalar.com.br				
Prazo de Entrega Solicitado	4					Prazo de Entrega	1 DIA(s)				
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias				
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	JORDANA MACHADO				
Tipo de Frete						Tipo de Frete	CIF				
Faturamento Mínimo						Faturamento Mínimo	600,00				
Validade da Proposta						Validade da Proposta	30/06/2023				
Endereço de cobrança	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947										
Endereço de entrega	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947										
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		
MÉDICO / HOSPITALAR											
18	17939	COLAGENASE POMADA TUBO 30G	CRISTALIA	CRISTALIA	30,00	TUBO	11,4600	0,00	343,80		
23	6483	EFEDRINA SOL INJ 50MG/ML 1ML	CRISTALIA	CRISTALIA	100,00	AMPOLA	9,1500	0,00	915,00		
46	42999	METILERGOMETRINA 0,2MG/1ML	UNIAO QUIMICA	UNIAO QUIMICA	50,00	AMPOLA	1,8400	0,00	92,00		
53	38127	OCITOCINA SOL INJ 5UI/ML 1ML			800,00	AMPOLA	0,0000	0,00	0,00		
MARCA NEGATIVADA PELA DIRETORIA TÉCNICA: UNIÃO QUÍMICA											
62	34089	SACARATO DE HIDROXIDO FERRICO SOL INJ 20MG/ML 5ML	UNIAO QUIMICA	UNIAO QUIMICA	50,00	AMPOLA	9,9700	0,00	498,50		
									Total do pedido	4.936,50	