

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
437158	148865		14/07/2023	796,00	O.C. Emitida	PEDIDO EMERGENCIAL 074 - 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>	DIEGO VILELA					<b>Contato</b>	WILLIAM PERILLO - 98406-6004				
<b>Telefone</b>						<b>Telefone</b>	(62) 4009-2100				
<b>Email</b>	compras@institutopatris.org.br					<b>Email</b>	comercial@ellodistribuicao.com.br;compras@ellodistribuicao.com.br;daniela@ellodistribuicao.com.br;				
<b>Prazo de Entrega Solicitado</b>	2					<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>	NATALLIA 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>	700,00				
						<b>Validade da Proposta</b>	18/07/2023				
<b>Observações do Comprador</b>											
<p>- AQUISIÇÃO PARA ATENDER DEMANDA DO HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIÂNIA;  - 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. É OBRIGATÓRIO QUE AS CERTIDÕES ESTEJAM NEGATIVAS NO ATO DA COTAÇÃO E PARA O RECEBIMENTO DO TÍTULO/BOLETO OU QUALQUER FORMA DE PAGAMENTO QUE FOI NEGOCIADA.  - 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 EXCEÇÕES DEVERÃO SER INFORMADAS PELA EMPRESA;  - 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 ESTADUAL DE LUZIANIA.  - INFORMAR TAMBÉM O NÚMERO DO PEDIDO (NÚMERO ESSE QUE É GERADO NA ORDEM DE COMPRA/FORNECIMENTO).  - NA AUSÊNCIA DE BOLETO BANCÁRIO, INFORMAR TAMBÉM DADOS BANCÁRIOS PARA DEPÓSITO;  - NÃO EFETUAMOS PAGAMENTO À VISTA;  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. 62 98556-3947 (DIEGO VILELA)</p>											
<b>Observações do Fornecedor</b>											
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total		
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>											
2	6748	CLINDAMICINA SOL INJ 150MG/ML 4ML	CX/50	HYPOFARMA	50,00	AMPOLA	3,4000	0,00	170,00		
AMPOLA DE 600MG											
3	4995	DOBUTAMINA SOL INJ 12,5MG/ML 20ML	CX/10	HYPOFARMA	60,00	AMPOLA	5,5000	0,00	330,00		
AMPOLA 250MG											
4	7561	GENTAMICINA SOL INJ 40MG/ML 2ML	CX/50	FRESENIUS	200,00	AMPOLA	1,4800	0,00	296,00		
AMPOLA DE DE 80MG											
<b>Total do pedido</b>										<b>796,00</b>	