

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
437799	148575		24/07/2023	10.790,00	O.C. Emitida	PEDIDO 026 - 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>	QB COMERCIO LTDA		
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO PATRIS								
<b>CNPJ</b>	37.678.845/0002-21					<b>Nome Fantasia</b>	QUALITY MED HOSPITALAR		
<b>CEP</b>	72.830-015					<b>CNPJ</b>	40.760.938/0001-24		
<b>Endereço</b>	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					<b>CEP</b>	74.922-305		
<b>Cidade</b>	LUZIANIA					<b>Endereço</b>	RUA X-35, QD 07, LT 17 - JARDIM OLIMPICO		
<b>UF</b>	GO					<b>Cidade</b>	APARECIDA DE GOIANIA		
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO					<b>UF</b>	GO		
<b>Contato</b>	MAYARA MARTELLI					<b>Insc. Estadual</b>	10.825.087-3		
<b>Telefone</b>	(62) 9 8556-3947 (62) 9 8556-3947					<b>Contato</b>	(62) 2020-8888		
<b>Email</b>	compras2@institutopatris.org.br					<b>Telefone</b>	(62) 9 8276-0198		
<b>Prazo de Entrega Solicitado</b>	4					<b>Email</b>	comercial@quality.med.br		
<b>Cond. Pagamento Solicitado</b>	A PRAZO					<b>Prazo de Entrega</b>	1 DIA(s)		
<b>Forma de Pagamento</b>	BOLETO BANCÁRIO					<b>Cond. Pagamento</b>	30 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>Nome do Vendedor</b>	FERNANDO		
<b>Endereço de entrega</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>Faturamento Mínimo</b>	1.500,00		
						<b>Validade da Proposta</b>	31/07/2023		
<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 ESTADUAL 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>									
14	5433	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 100ML FRASCO	EQUIPLEX	EQUIPLEX	2.600,00	SISTEMA FECHADO	4,1500	0,00	10.790,00
<b>Total do pedido</b>									<b>10.790,00</b>

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
437798	148575		24/07/2023	1.240,00	O.C. Emitida	PEDIDO 026 - MEDICAMENTOS	
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor	
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO PATRIS					<b>Razão Social</b>	F & F DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS FARMACEUTICOS LTDA
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO PATRIS					<b>Nome Fantasia</b>	F & F DISTRIBUIDORA
<b>CNPJ</b>	37.678.845/0002-21					<b>CNPJ</b>	10.854.165/0015-80
<b>CEP</b>	72.830-015					<b>CEP</b>	72.549-505
<b>Endereço</b>	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					<b>Endereço</b>	ST POLO DE DESENVOLVIMENTO JUSCELINO KUBITSCHKEK TRECHO - SANTA MARIA
<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>	08.052.511/001-05
<b>Contato</b>	MAYARA MARTELLI					<b>Contato</b>	CHRISTIAN
<b>Telefone</b>	(62) 9 8556-3947 (62) 9 8556-3947					<b>Telefone</b>	(61) 2103-6451
<b>Email</b>	compras2@institutopatris.org.br					<b>Email</b>	falcarvalho@uniaquimica.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>	28 Dias
<b>Forma de Pagamento</b>	BOLETO BANCÁRIO					<b>Nome do Vendedor</b>	NUBIA FARIA
<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>	600,00
						<b>Validade da Proposta</b>	22/07/2023

**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 ESTADUAL DE LUZIANIA.  
- INFORMAR TAMBÉM O NÚMERO DO PEDIDO (QUE CONSTA NESTA 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>									
40	42999	METILERGOMETRINA 0,2MG/1ML	CX C 50	UNIAO QUIMICA	100,00	AMPOLA	1,9000	0,00	190,00
53	13648	PIPERACILINA + TAZOBACTAM PO P/ SOL INJ 4 + 0,5 G	TAZOMAZ 4,5G INJ X 10 FA	UNIAO QUIMICA	50,00	AMPOLA	13,0000	0,00	650,00
58	34089	SACARATO DE HIDROXIDO FERRICO SOL INJ 20MG /ML 5ML	SUCROFER 20 MG/ML SOL INJ CT 5 FA X 5 ML	UNIÃO QUIMICA	50,00	AMPOLA	8,0000	0,00	400,00
<b>Total do pedido</b>									<b>1.240,00</b>

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
437797	148575		24/07/2023	1.907,19	O.C. Emitida	PEDIDO 026 - 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>	VFB BRASIL LTDA		
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO PATRIS					<b>Nome Fantasia</b>	VFB		
<b>CNPJ</b>	37.678.845/0002-21					<b>CNPJ</b>	30.949.099/0001-33		
<b>CEP</b>	72.830-015					<b>CEP</b>	72.872-057		
<b>Endereço</b>	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					<b>Endereço</b>	RUA R-14 SN QUADRA 17 LOTE 15/16 - JARDIM IPANEMA		
<b>Cidade</b>	LUZIANIA					<b>Cidade</b>	VALPARAISO DE GOIAS		
<b>UF</b>	GO					<b>UF</b>	GO		
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO					<b>Insc. Estadual</b>	10.735.948-0		
<b>Contato</b>	MAYARA MARTELLI					<b>Contato</b>	THIAGO MENDES		
<b>Telefone</b>	(62) 9 8556-3947 (62) 9 8556-3947					<b>Telefone</b>	(61) 3712-9284		
<b>Email</b>	compras2@institutopatris.org.br					<b>Email</b>	privado1@vfbbrasil.com		
<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>	YURI WAGNER / PRIVADO1@VFBBRASIL.COM / 61995051956		
<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>	10/08/2023		
<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 ESTADUAL 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>									
<p>Todos pedidos passarão por análise de crédito e frete. Estamos abertos para negociação.  VFB BRASIL  Yuri Wagner  Fone: 61-995051956</p>									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>									
6	10535	BETAMETASONA SOL INJ 7MG/ML 1 ML	BETAMETASONA+FOSF BET 5MG+2MG C/1ML CX C/1 AMP	UNIAO QUIMICA	45,00	AMPOLA	4,5500	0,00	204,75
46	5651	OLEO MINERAL SOL ORAL 100ML	OLEO MINERAL FR 100ML NATULAB	NATULAB	24,00	FRASCO	2,3600	0,00	56,64
48	10896	OMEPRAZOL PO P/ SOL INJ 40MG	OMEPRAZOL 40MG/ML IV CX C/20FR/AMP C/ DILUENTE - BLAU	BLAU	260,00	AMPOLA	6,3300	0,00	1.645,80
<b>Total do pedido</b>									<b>1.907,19</b>

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
437796	148575		24/07/2023	881,80	O.C. Emitida	PEDIDO 026 - 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>	REMORA PRODUTOS PARA SAUDE LTDA
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO PATRIS					<b>Nome Fantasia</b>	REMORA PRODUTOS PARA SAUDE EIRELI
<b>CNPJ</b>	37.678.845/0002-21					<b>CNPJ</b>	27.634.076/0001-25
<b>CEP</b>	72.830-015					<b>CEP</b>	74.356-048
<b>Endereço</b>	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					<b>Endereço</b>	AV VIEIRA SANTOS - JARDIM ITAIPU
<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>	10.691.775-7
<b>Contato</b>	MAYARA MARTELLI					<b>Contato</b>	JONATAS DE ASSIS
<b>Telefone</b>	(62) 9 8556-3947 (62) 9 8556-3947					<b>Telefone</b>	(62) 3241-8427
<b>Email</b>	compras2@institutopatris.org.br					<b>Email</b>	jonatasvieiraassis@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>	ANTONIO
<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>	25/07/2023

**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 ESTADUAL 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>									
8	8565	CARVEDILOL COMP 6,25MG	CARVEDILOL COMP 6,25MG	BIOSINTETICA	30,00	COMPRESSO	0,1100	0,00	3,30
16	17939	COLAGENASE POMADA TUBO 30G	KOLLAGENASE S/COLORANF POM 30G	ABBOTT	33,00	TUBO	9,5000	0,00	313,50
17	5632	DICLOFENACO SODICO SOL INJ 25MG /ML 3ML	DICLOF. SODICO 75MG INJ 3ML C/100 (DICLOFARMA)	FARMACE	100,00	AMPOLA	0,8500	0,00	85,00
65	7557	VITAMINAS DO COMPLEXO B SOL INJ 2ML	VITAMINAS DO COMPLEXO B SOL INJ 2ML	HYPOFARMA	200,00	AMPOLA	2,4000	0,00	480,00
<b>Total do pedido</b>									<b>881,80</b>

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
437795	148575		24/07/2023	8.877,20	O.C. Emitida	PEDIDO 026 - 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>	(62) 9 8556-3947 (62) 9 8556-3947					<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>	21/07/2023
<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 ESTADUAL 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>									
5	40534	BENZILPENICILINA CRISTALINA PO P/ SOL INJ 5.000.000UI	FR	BLAU	100,00	FRASCO / AMPOLA	7,3246	0,00	732,46
7	6470	BUPIVACAINA SOL INJ 0,5% PESADA 4ML	AMP	HYPOFARMA	300,00	AMPOLA	3,3716	0,00	1.011,48
10	4890	CEFTRIAXONA PO P/ SOL INJ 1G	FR	BLAU	200,00	FRASCO / AMPOLA	3,1972	0,00	639,44
15	5681	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 10ML AMPOLA	FR	EQUIPLEX	3.600,00	AMPOLA	0,3040	0,00	1.094,40
19	5626	DIPIRONA SOL INJ 500MG/ML 2ML	AMP	FARMACE	200,00	AMPOLA	1,0671	0,00	213,42
20	4995	DOBUTAMINA SOL INJ 12,5MG/ML 20ML	AMP	BLAU	250,00	AMPOLA	5,3500	0,00	1.337,50
30	5625	HIDROCORTISONA PO P/ SOL INJ 500MG	FR	BALU	400,00	FRASCO	5,2507	0,00	2.100,28
59	5467	SALBUTAMOL SPRAY 200 DOSES	FR	TEUTO	20,00	FRASCO	11,5514	0,00	231,03
64		TRAMADOL SOL INJ 50MG/ML 2ML	AMP	HIPOLABOR	870,00	AMPOLA	1,7439	0,00	1.517,19
<b>Total do pedido</b>									<b>8.877,20</b>

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
437794	148575		24/07/2023	934,48	O.C. Emitida	PEDIDO 026 - 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>	SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI		
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO PATRIS					<b>Nome Fantasia</b>	SUPERMEDICA HOSPITALAR		
<b>CNPJ</b>	37.678.845/0002-21					<b>CNPJ</b>	06.065.614/0001-38		
<b>CEP</b>	72.830-015					<b>CEP</b>	74.255-140		
<b>Endereço</b>	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					<b>Endereço</b>	RUA C-159 - JARDIM AMERICA		
<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>	106039750		
<b>Contato</b>	MAYARA MARTELLI					<b>Contato</b>	TELEVENDAS		
<b>Telefone</b>	(62) 9 8556-3947 (62) 9 8556-3947					<b>Telefone</b>	(62) 3928-8989		
<b>Email</b>	compras2@institutopatris.org.br					<b>Email</b>	vendas12@supermedica.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>	TAUANA		
						<b>Tipo de Frete</b>	CIF		
						<b>Faturamento Mínimo</b>	800,00		
						<b>Validade da Proposta</b>	14/07/2023		
<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 ESTADUAL DE LUZIANIA.  - INFORMAR TAMBÉM O NÚMERO DO PEDIDO (QUE CONSTA NESTA 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>									
591992									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>									
2	21889	AMBROXOL SOL ORAL ADULTO 30MG/5ML 120ML	C/1	CIMED	22,00	FRASCO	4,8000	0,00	105,60
9	27924	CEFALEXINA COMP 500MG	C/10	UNIOA QUIMICA	60,00	COMPRIMIDO	0,8420	0,00	50,52
32	22958	IBUPROFENO SUSP ORAL 50MG/ML 30ML	C/100	NATULAB	200,00	FRASCO	2,1200	0,00	424,00
50	10902	PANTOPRAZOL COMP 20 MG	C/42	EMS	84,00	COMPRIMIDO	0,2400	0,00	20,16
62	40325	SULFADIAZINA DE PRATA 1% TUBO 30G	C/60	CRISTALIA	60,00	TUBO	5,5700	0,00	334,20
<b>Total do pedido</b>									<b>934,48</b>

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
437793	148575		24/07/2023	2.570,40	O.C. Emitida	PEDIDO 026 - 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>	MULTIFARMA COMERCIAL LTDA			
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO PATRIS					<b>Nome Fantasia</b>	MULTIFARMA COMERCIAL LTDA			
<b>CNPJ</b>	37.678.845/0002-21					<b>CNPJ</b>	21.681.325/0001-57			
<b>CEP</b>	72.830-015					<b>CEP</b>	31.255-100			
<b>Endereço</b>	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					<b>Endereço</b>	RUA 03 - SAO FRANCISCO			
<b>Cidade</b>	LUZIANIA					<b>Cidade</b>	VESPASIANO			
<b>UF</b>	GO					<b>UF</b>	MG			
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO					<b>Insc. Estadual</b>	0624859180029			
<b>Contato</b>	MAYARA MARTELLI					<b>Contato</b>	NARLEN ZULMA DOS REIS/ DEBORA			
<b>Telefone</b>	(62) 9 8556-3947 (62) 9 8556-3947					<b>Telefone</b>	(31) 2522-8170			
<b>Email</b>	compras2@institutopatris.org.br					<b>Email</b>	analista3@multifarma.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>	28 Dias			
<b>Forma de Pagamento</b>	BOLETO BANCÁRIO					<b>Nome do Vendedor</b>	NAYARA ALMEIDA			
<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>	1.500,00			
						<b>Validade da Proposta</b>	25/07/2023			
<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 ESTADUAL 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>										
<p>CONTATO DO VENDEDOR: NAYARA (31)2522-8136 WHATSAPP VENDAS20@MULTIFARMA.COM.BR  PREÇOS VALIDOS POR 3 DIAS UTEIS, ENTREGAS PARCELADAS PODERÃO SOFRER ALTERAÇÕES NOS VALORES.PRAZOS DE PAGAMENTO MEDIANTE ANÁLISE DE CRÉDITO DE ACORDO COM O VALOR DO PEDIDO. ATENTAR PARA O VALOR DE FATURAMENTO MÍNIMO PARA A REGIÃO DE DESTINO.PRAZO DE ENTREGA REFERE-SE A DIAS UTEIS CONTADOS A PARTIR DO FATURAMENTO RESPEITANDO NOSSO HORÁRIO DE CORTE</p>										
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total	
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>										
37	12459	MEROPENEM PO P/ SOL INJ 1G	BLAUSIEGEL	BLAUSIEGEL	170,00	FRASCO / AMPOLA	15,1200	0,00	2.570,40	
<b>Total do pedido</b>									<b>2.570,40</b>	

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
437792	148575		24/07/2023	6.819,50	O.C. Emitida	PEDIDO 026 - 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>	(62) 9 8556-3947 (62) 9 8556-3947					<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>	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>	24/07/2023

**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 ESTADUAL 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>									
1	6069	CEFAZOLINA PO P/ SOL INJ 1G	CX/20	BLAU	460,00	FRASCO / AMPOLA	3,7500	0,00	1.725,00
31	5583	HIOSCINA + DAPIRONA SOL INJ 500MG/ML 5ML	CX/50	HYPOFARMA	50,00	AMPOLA	2,0500	0,00	102,50
43	42803	MORFINA 0,1MG/ML 1ML	CX/100	HIPOLABOR	400,00	AMPOLA	2,2800	0,00	912,00
57	5414	RINGER C/ LACTATO SOL INJ 500ML	CX C/30	HALEXISTAR	510,00	FRASCO	8,0000	0,00	4.080,00
<b>Total do pedido</b>									<b>6.819,50</b>

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
437791	148575		24/07/2023	4.700,80	O.C. Emitida	PEDIDO 026 - 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>	(62) 9 8556-3947 (62) 9 8556-3947					<b>Telefone</b>	(19) 3522-5808
<b>Email</b>	compras2@institutopatris.org.br					<b>Email</b>	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>	24/07/2023
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 ESTADUAL 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>									
3	38968	AMPICILINA SODICA PO P/ SOL INJ 1G	AMPICILINA 1G CX C/50FA GEN	TEUTO	50,00	FRASCO / AMPOLA	4,7250	0,00	236,25
4	23570	BENZILPENICILINA BENZATINA PO P/ SOL INJ 1.200.000UI	BEPEBEN 1.200.000UI CX C/50FA S/DIL	TEUTO	50,00	FRASCO / AMPOLA	5,6920	0,00	284,60
11	6448	CETOPROFENO SOL INJ 50MG/ML 2ML	CETOPROFENO 50MG/ML CX C/100AP X 2ML GEN	HIPOLABOR	400,00	AMPOLA	1,4800	0,00	592,00
12	12019	CIPROFLOXACINO SOL INJ 2MG/ML 100ML	HYPOFLOX 200MG CX C/1BOL X 100ML	HYPOFARMA	11,00	BOLSA	9,4000	0,00	103,40
18	5020	DIPIRONA COMP 500MG	DIPIRONA SODICA 500MG CX C/20BL X 10CP GEN	PRATI DONADUZZI	200,00	COMPRIMIDO	0,1810	0,00	36,20
22	31550	FITOMENADIONA (VITAMINA K1) SOL INJ IM 10MG/ML 1ML	ESKAVIT 10MG CX C/50AP X 1ML IM/SC	HIPOLABOR	150,00	AMPOLA	1,8500	0,00	277,50
23	5622	FUROSEMIDA SOL INJ 10MG/ML 2ML	FUROSEMIDA 20MG/2ML CX C/100AP X 2ML GEN	SANTISA	200,00	AMPOLA	1,2219	0,00	244,38
25	7561	GENTAMICINA SOL INJ 40MG/ML 2ML	HYTAMICINA 80MG CX C/100AMP X 2ML	HYPOFARMA	200,00	AMPOLA	1,0630	0,00	212,60
27	5416	HEPARINA SODICA SOL INJ 5000UI/ML 5ML	PARINEX 5.000UI/ML CX C/50FA X 5ML IV	HIPOLABOR	100,00	FRASCO / AMPOLA	16,0000	0,00	1.600,00
33	25300	ISOSSORBIDA (MONONITRATO) COMP 20MG	ISOSSORBIDA 20MG, MONONITRATO CX C/ 30CP GEN	BIOLAB SANUS	240,00	COMPRIMIDO	0,2060	0,00	49,44
36	21994	LORATADINA COMP 10MG	LORASLIV 10MG CX C/1BL X 12CP	VITAMEDIC	36,00	COMPRIMIDO	0,1622	0,00	5,84
38	5613	METADONA COMP 5MG	MYTEDON 5MG CX C/20CR	CRISTALIA	120,00	COMPRIMIDO	0,8000	0,00	96,00
44	40849	NIFEDIPINO COMP 20 MG	NEO FEDIPINA 20MG CX C/30CP	NEO Q/HYP /BRAIN	90,00	COMPRIMIDO	0,1540	0,00	13,86
45	42936	NOREPINEFRINA SOL INJ 2MG/ML 4ML	NORADREM 8MG/4ML CX C/50AMP X 4ML	HIPOLABOR	350,00	AMPOLA	2,1700	0,00	759,50
47	7429	OMEPRAZOL CAPS 20MG	OMEPRAZOL 20MG CX C/20BL X 25CA GEN	HIPOLABOR	1.000,00	CÁPSULA	0,0546	0,00	54,60
51	8549	PARACETAMOL COMP 500MG	PARACETAMOL 500MG CX C/50BL X 10CP GEN	HIPOLABOR	1.000,00	COMPRIMIDO	0,0730	0,00	73,00
55	4946	PROMETAZINA COMP 25MG	PAMERGAN 25MG CX C/20BL X 10CP REV	CRISTALIA	200,00	COMPRIMIDO	0,2000	0,00	40,00
61	10188	SINVASTATINA COMP 20MG	SINVASTATINA 20MG CX C/ 1BL X 30CP REV GEN A060	GLOBO	210,00	COMPRIMIDO	0,1030	0,00	21,63
<b>Total do pedido</b>									<b>4.700,80</b>

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
437790	148575		24/07/2023	1.934,00	O.C. Emitida	PEDIDO 026 - 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 - ZONA INDUSTRIAL (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>	0750812700130
<b>Contato</b>	MAYARA MARTELLI					<b>Contato</b>	THIAGO MENDES
<b>Telefone</b>	(62) 9 8556-3947 (62) 9 8556-3947					<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>	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>	JESSIKA
<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>	23/07/2023

**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 ESTADUAL 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>									
41	13728	METRONIDAZOL SOL INJ 5MG/ML 100ML	METRONIDAZOL 5MG/ML 100ML (40000312) (60) BLS	HALEXISTAR	50,00	BOLSA	4,7000	0,00	235,00
42	5060	MIDAZOLAM SOL INJ 5MG/ML 3ML	MIDAZOLAM 15MG 3ML (GEN) C/100 (B1)	HIPOLABOR	300,00	AMPOLA	1,8800	0,00	564,00
49	6455	ONDANSETRONA SOL INJ 4MG/AMP 2ML (2MG/ML)	ONDANSETRONA 4MG 2ML (GEN) C/100	HIPOLABOR	300,00	AMPOLA	1,6500	0,00	495,00
56		PROPOFOL SOL INJ 10MG/ML 20ML	PROPOFOL 10MG/ML (PROVIVE) 20ML (1001582) C/05 (C1)	UNIAO QUIMICA	100,00	FRASCO	6,4000	0,00	640,00
<b>Total do pedido</b>									<b>1.934,00</b>

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
437789	148575		24/07/2023	2.116,85	O.C. Emitida	PEDIDO 026 - MEDICAMENTOS	
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor	
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO PATRIS					<b>Razão Social</b>	MAEVE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO PATRIS					<b>Nome Fantasia</b>	MAEVE HOSPITALAR
<b>CNPJ</b>	37.678.845/0002-21					<b>CNPJ</b>	09.034.672/0001-92
<b>CEP</b>	72.830-015					<b>CEP</b>	74.640-030
<b>Endereço</b>	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					<b>Endereço</b>	RUA 13 - POLO EMPRESARIAL DE GOIÁS - ETAPA IV
<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>	10.416.812-9
<b>Contato</b>	MAYARA MARTELLI					<b>Contato</b>	62 35651038
<b>Telefone</b>	(62) 9 8556-3947 (62) 9 8556-3947					<b>Telefone</b>	(62) 3565-1033
<b>Email</b>	compras2@institutopatris.org.br					<b>Email</b>	analistacomercial@maevehospitalar.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>	30/45 Dias
<b>Forma de Pagamento</b>	BOLETO BANCÁRIO					<b>Nome do Vendedor</b>	JORDANA MACHADO
<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>	1.200,00
						<b>Validade da Proposta</b>	21/07/2023

**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 ESTADUAL 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>									
26	5447	GLICOSE SOL INJ 5% 250ML	GLICOSE 5% SF CX C/35 BLS X 250ML	JP FARMA	140,00	FRASCO	4,4162	0,00	618,27
29	8805	HIDROCLOROTIAZIDA COMP 25MG	HIDROCLOROTIAZIDA 25MG C/30 CPR (G)	NEO QUIMICA	60,00	COMPRIMIDO	0,0377	0,00	2,26
35	17944	LIDOCAINA GELEIA 2% TUBO 30 GRAMAS	LABICAINA GELEIA 2% 20MG/G C/100 X 30G	PHARLAB	100,00	TUBO	4,5766	0,00	457,66
39	15058	METARAMINOL SOL INJ 10MG/ML 1ML	ARAMIN 10MG/ML INJ. 1ML C/25 AMP	CRISTALIA	25,00	AMPOLA	19,1226	0,00	478,06
52	12993	PARACETAMOL SOL ORAL 200MG/ML 15ML	PARACETAMOL 200MG/ML GTS X 15ML (G)	FARMACE	100,00	FRASCO	1,5265	0,00	152,65
60		SIMETICONA 75MG/ML 15 ML	LUFTY 75MG/ML GTS 15ML C/200FR	AIRELA	200,00	FRASCO	2,0397	0,00	407,94
<b>Total do pedido</b>									<b>2.116,85</b>