

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
440084	149785		21/08/2023	1.521,00	O.C. Emitida	PEDIDO 029 - 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				
						Tipo de Frete	CIF				
						Faturamento Mínimo	500,00				
						Validade da Proposta	18/08/2023				
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 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
MÉDICO / HOSPITALAR											
5	21889	AMBROXOL SOL ORAL ADULTO 30MG/5ML 120ML			AIRELA	AIRELA	200,00	FRASCO	5,2500	0,00	1.050,00
26	24568	CLORETO DE POTASSIO XPE. 60MG/ML FR. 100ML			PRATI DONADUZZI	PRATI DONADUZZI	50,00	FRASCO	2,5400	0,00	127,00
48	8805	HIDROCLOROTIAZIDA COMP 25MG			MEDQUIMICA	MEDQUIMICA	500,00	COMPRIMIDO	0,0300	0,00	15,00
54	6149	LEVOTIROXINA SODICA COMP 25MCG			MERCK	MERCK	300,00	COMPRIMIDO	0,2500	0,00	75,00
72	5651	OLEO MINERAL SOL ORAL 100ML			NATULAB	NATULAB	100,00	FRASCO	2,5400	0,00	254,00
Total do pedido											1.521,00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
440083	149785		21/08/2023	3.985,00	O.C. Emitida	PEDIDO 029 - MEDICAMENTOS					
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor					
Razão Social	INSTITUTO PATRIS					Razão Social	PRO SAUDE DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS EIRELI				
Nome Fantasia	INSTITUTO PATRIS					Nome Fantasia	PRO SAUDE DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS				
CNPJ	37.678.845/0002-21					CNPJ	21.297.758/0001-03				
CEP	72.830-015					CEP	72.265-020				
Endereço	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					Endereço	Q Q 002 - BRASILIA				
Cidade	LUZIANIA					Cidade	CEILANDIA				
UF	GO					UF	DF				
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	0770078600117				
Contato	MAYARA MARTELLI					Contato	HIGOR				
Telefone						Telefone	(61) 3044-3250				
Email	compras2@institutopatris.org.br					Email	higor.neto@prosaudedistribuidora.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	HIGOR - 619172-0097				
						Tipo de Frete	CIF				
						Faturamento Mínimo	1.000,00				
						Validade da Proposta	31/08/2023				
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 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
MÉDICO / HOSPITALAR											
3	11499	ACIDO TRANEXAMICO SOL INJ 50MG/ML 5ML			SIMILAR	BLAU	305,00	AMPOLA	3,8000	0,00	1.159,00
11	8037	ANLODIPINO COMP 5MG			SIMILAR	GEOLAB	500,00	COMPRIMIDO	0,0400	0,00	20,00
25	37042	CLORETO DE POTASSIO 19,1% SOL INJ 10ML			MATERIAL	SAMTECM	200,00	AMPOLA	0,3600	0,00	72,00
65	15568	NALOXONA 0,4MG/ML 1ML			GNERICO	HIPOLABOR	50,00	AMPOLA	5,9000	0,00	295,00
71	38127	OCITOCINA SOL INJ 5UI/ML 1ML			SIMILAR	BLAU	600,00	AMPOLA	4,0000	0,00	2.400,00
MARCA NEGATIVADA PELA DIRETORIA TÉCNICA: UNIÃO QUÍMICA											
86	10188	SINVASTATINA COMP 20MG			GEENRICO	CIMED	500,00	COMPRIMIDO	0,0780	0,00	39,00
Total do pedido											3.985,00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta
440082	149785		21/08/2023	5.504,12	O.C. Emitida	PEDIDO 029 - 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 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
						Tipo de Frete CIF
Endereço de cobrança	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947					Faturamento Mínimo 500,00
Endereço de entrega	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947					Validade da Proposta 22/08/2023
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
MÉDICO / HOSPITALAR									
2	4944	ACIDO ACETILSALICILICO COMP 100MG	DORMEC 100MG CX C/50STR X 10CP	IMEC	500,00	COMPRIMIDO	0,0440	0,00	22,00
8	4975	AMIODARONA SOL INJ 50MG/ML 3ML	AMIODARONA 50MG/ML CX C/100AP X 3ML IV GEN	HIPOLABOR	100,00	AMPOLA	2,6750	0,00	267,50
9	4925	AMITRIPTILINA COMP 25MG	AMITRIPTILINA 25MG CX C/10BL X 20CP GEN	NEO Q/HYP /BRAIN	200,00	COMPRIMIDO	0,0600	0,00	12,00
14	4167	CAPTOPRIL COMP 25MG	CAPTOPRIL 25MG C/25BL X 20CP GEN	HIPOLABOR	500,00	COMPRIMIDO	0,0245	0,00	12,25
31	37813	CLORIDRATO DE ROPIVACAINA SOL INJ FR 20 ML 10MG/ML 20ML	ROPIVACAINA 10MG/ML CX C/5AP X 20ML GEN	TEUTO	20,00	FRASCO / AMPOLA	8,7000	0,00	174,00
50	5583	HIOSCINA + DIPIRONA SOL INJ 500MG /ML 5ML	BROMETO DE N-BUT COMP CX C/100AP X 5ML GEN	HIPOLABOR	400,00	AMPOLA	1,8980	0,00	759,20
51	18208	HIOSCINA SOL INJ 20MG/ML 1ML	BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA 20MG /ML CX C/100AP X 1ML GEN	FARMACE	100,00	AMPOLA	0,8377	0,00	83,77
52	3912	INSULINA REGULAR SOL INJ 100U/ML 10ML (G)	INSUNORM R 100UI/ML CX C/1FR X 10ML	ASPEN	10,00	FRASCO	25,0000	0,00	250,00
55	70982	LIDOCAINA 2% SOL INJ 20MG/ML 5ML	HYPOCAINA 2% S/V CX C/100AP X 5ML	HYPOFARMA	100,00	AMPOLA	1,2130	0,00	121,30
56	5828	LIDOCAINA SOL INJ 2% S/ VASOCONSTRICTOR 20ML	LIDOCAINA 2% S/V CX C/25FA X 20ML GEN	HYPOFARMA	350,00	FRASCO	4,8400	0,00	1.694,00
58	10084	LOSARTANA COMP 50MG	LOSARTANA POTASSICA 50MG CX C/32BLT X 30CPR REV GEN	PRATI DONADUZZI	960,00	COMPRIMIDO	0,0768	0,00	73,73
66	40849	NIFEDIPINO COMP 20 MG	NEO FEDIPINA 20MG CX C/30CP	NEO Q/HYP /BRAIN	120,00	COMPRIMIDO	0,1469	0,00	17,63
69	6456	NITROPRUSSIATO DE SODIO SOL INJ 25MG/ML 2ML	NITROPRUS 50MG KIT C/5FA + 5DIL + BOLSA	CRISTALIA	20,00	FRASCO / AMPOLA	15,7120	0,00	314,24
74	6455	ONDANSETRONA SOL INJ 4MG/AMP 2ML (2MG/ML)	ONDANSETRONA 2MG/ML CX C/100AP X 2ML GEN	HIPOLABOR	300,00	AMPOLA	1,5630	0,00	468,90
81	5653	PROMETAZINA SOL INJ 25MG/ML 2ML	PROMETAZOL 25MG/ML CX C/100AP X 2ML	HIPOLABOR	200,00	AMPOLA	1,7870	0,00	357,40
87	5166	SULFATO FERROSO COM 40MG DE FERRO ELEMENTAR	SULFERBEL 40MG CX C/40BL X 25CP REV	BELFAR	1.000,00	COMPRIMIDO	0,0386	0,00	38,60
89	11183	TENOXICAM COMP 20MG	TENOXIL 20MG CX C/1BL X 10CP 416844	MEDQUIMICA	200,00	COMPRIMIDO	0,5630	0,00	112,60
91		TRAMADOL SOL INJ 50MG/ML 2ML	TRAMADOL 100MG CX C/100AP X 2ML IM/IV GEN	HIPOLABOR	500,00	AMPOLA	1,4500	0,00	725,00
Total do pedido									5.504,12

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta
440017	149785		21/08/2023	19.163,70	O.C. Emitida	PEDIDO 029 - 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 5 DIA(s)
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento 30 Dias
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor LISIARA
						Tipo de Frete CIF
Endereço de cobrança	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947					Faturamento Mínimo 2.000,00
Endereço de entrega	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947					Validade da Proposta 22/08/2023
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						
Lisiara Rodrigues (51) 3718-7600/Whats: (51) 99974-2823 E-mail: vendas34@medlive.com.br No ato do fechamento da cotação, consultar disponibilidade de estoque desta molécula! Estoque Limitado.						

Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
12	446	ATROPINA SOL INJ 0,25MG/ML 1ML	FARMACE	ATROPINA 0,25MG/ML 1ML IM/IV/SC 100 AMP FARMACE ATROFARMA	200,00	AMPOLA	0,8600	0,00	172,00
32	5173	DEXAMETASONA SOL INJ 4MG/ML 2,5 ML	FARMACE	DEXAMETASONA 4MG/ML 2,5ML C/100 AMP IM /IV GEN FARMACE	900,00	FRASCO / AMPOLA	1,7500	0,00	1.575,00
33	5632	DICLOFENACO SODICO SOL INJ 25MG /ML 3ML	TEUTO	DICLOFENACO SODICO 75MG/3ML 100 AMP IM GEN TEUTO	400,00	AMPOLA	0,8000	0,00	320,00
35	5626	DIPIRONA SOL INJ 500MG/ML 2ML	FARMACE	DIPIRONA 500MG/ML (1G) 02ML 100 AMP IM/IV FARMACE DIPIFARMA	800,00	AMPOLA	0,9900	0,00	792,00
38	38989	ENOXAPARINA SODICA SOL INJ SUBCUTANEA 40MG/0,4ML	CRISTALIA	ENOXAPARINA 40MG/0,4ML 10 SER SC/IV C/ DISP SEG CRISTALIA HE	500,00	SERINGA	15,0900	0,00	7.545,00
42	5622	FUROSEMIDA SOL INJ 10MG/ML 2ML	TEUTO	FUROSEMIDA 10MG/ML 2ML 60 AMP IM/IV GEN TEUTO	480,00	AMPOLA	1,1700	0,00	561,60
49	5624	HIDROCORTISONA PO P/ SOL INJ 100MG	TEUTO	HIDROCORTISONA 100MG 50 F/A S/DIL IM/IV TEUTO ANDROCORTIL	400,00	FRASCO	2,9900	0,00	1.196,00
53	11395	LEVOFLOXACINA SOL INJ 500 MG 100 ML	CRISTALIA	LEVOFLOXACINO 500MG 0100ML IV 6 BL CRISTALIA LEVOTAC	24,00	BOLSA	9,9000	0,00	237,60
60	15058	METARAMINOL SOL INJ 10MG/ML 1ML	CRISTALIA	METARAMINOL 10MG/ML 1ML 25 AMP IM/IV AD CRISTALIA ARAMIN (AM	125,00	AMPOLA	17,6000	0,00	2.200,00
70	42936	NOREPINEFRINA SOL INJ 2MG/ML 4ML	HIPOLABOR	NOREPINEFRINA 8MG 4ML (2MG/ML) 50 AMP GEN HIPOLABOR	750,00	AMPOLA	2,1500	0,00	1.612,50
75	6746	OXACILINA PO P/ SOL INJ 500MG	BLAU	OXACILINA 500MG PO LIOF 100 F/A S/ DIL 5ML IM/IV BLAU OXANO	100,00	FRASCO	3,8200	0,00	382,00
76	8549	PARACETAMOL COMP 500MG	HIPOLABOR	PARACETAMOL 500MG 50BL 10 CP GEN HIPOLABOR	1.000,00	COMPRIMIDO	0,0800	0,00	80,00
92	25042	VASOPRESSINA SOL INJ 20U/ML 1ML	BIOLAB	VASOPRESSINA 20U 1ML 10 AMP IV/IM/SC BIOLAB ENCRISE	100,00	AMPOLA	24,9000	0,00	2.490,00
Total do pedido									19.163,70

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
440016	149785		21/08/2023	1.453,35	O.C. Emitida	PEDIDO 029 - MEDICAMENTOS					
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor					
Razão Social	INSTITUTO PATRIS					Razão Social	FERREIRA & LIMA COMERCIO MEDICAMENTOS HOSPITALAR LTDA				
Nome Fantasia	INSTITUTO PATRIS										
CNPJ	37.678.845/0002-21					Nome Fantasia	MEDICAD				
CEP	72.830-015					CNPJ	23.909.931/0001-02				
Endereço	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					CEP	74.670-010				
Cidade	LUZIANIA					Endereço	AV SAO FRANCISCO - SANTA GENOVEVA				
UF	GO					Cidade	GOIANIA				
Insc. Estadual	ISENTO					UF	GO				
Contato	MAYARA MARTELLI					Insc. Estadual	006.0023 7517				
Telefone						Contato	DAVI				
Email	compras2@institutopatris.org.br					Telefone	(62) 9 8328-1055				
Prazo de Entrega Solicitado	4					Email	davisilva@medicad.com.br				
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Prazo de Entrega	4 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	DAVI				
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	1.000,00				
						Validade da Proposta	31/08/2023				
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											
DAVI 62993954810											
Item	Código	Descrição	Referência			Marca	Qtde	UM	VL. Unit.	Desconto	VL. Total
MÉDICO / HOSPITALAR											
44	5447	GLICOSE SOL INJ 5% 250ML	GLICOSE 5% 50MG/ML INTRAVENOSO SF 250 ML/HALEX ISTAR			HALEX ISTAR	200,00	FRASCO	5,0800	0,00	1.016,00
45	11324	GLICOSE SOL INJ 5% 500ML	GLICOSE 5% 50MG/ML INTRAVENOSO SF 500 ML/HALEX ISTAR			HALEX ISTAR	60,00	FRASCO	6,7900	0,00	407,40
73	7429	OMEPRAZOL CAPS 20MG	OMEPRAZOL 20 MG CXGEN CX 500 CP GELAT. DURA HOSP. /HIPOLABOR			HIPOLABOR	500,00	CÁPSULA	0,0599	0,00	29,95
Total do pedido											1.453,35

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta						
440015	149785		21/08/2023	20.694,10	O.C. Emitida	PEDIDO 029 - 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 KUBITSCHKE 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					
						Tipo de Frete	CIF					
						Faturamento Mínimo	600,00					
Endereço de cobrança	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947					Validade da Proposta	11/08/2023					
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 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
MÉDICO / HOSPITALAR												
1	29935	ACETILCISTEINA SOL INJ E INALATORIA 100MG/ML 3ML			FLUCISTEIN 10% SOL INJ X 5		UNIAO QUIMICA	300,00	AMPOLA	3,0000	0,00	900,00
40	39773	FENTANILA, CITRATO SOL INJ 50MCG/ML 2ML			UNIFENTAL P344/98-A1 SAF PACK X50AMP 2ML		UNIAO QUIMICA	100,00	AMPOLA	1,5810	0,00	158,10
77	27897	PARACETAMOL + FOSFATO DE CODEINA COMP 500 + 30MG			PARAC+F.CODEINA500+30 MG COM P344A2C/36		UNIAO QUIMICA	400,00	COMPRIMIDO	0,3400	0,00	136,00
79	13648	PIPERACILINA + TAZOBACTAM PO P/ SOL INJ 4 + 0,5G			TAZOMAZ 4,5G INJ X 10 FA		UNIAO QUIMICA	1.500,00	AMPOLA	13,0000	0,00	19.500,00
Total do pedido												20.694,10

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
440014	149785		21/08/2023	1.880,94	O.C. Emitida	PEDIDO 029 - MEDICAMENTOS			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO PATRIS					Razão Social	DISTRIBUIDORA MERISIO LTDA - MERISIO		
Nome Fantasia	INSTITUTO PATRIS					Nome Fantasia	DISTRIBUIDORA MERISIO		
CNPJ	37.678.845/0002-21					CNPJ	18.337.759/0001-20		
CEP	72.830-015					CEP	85.601-040		
Endereço	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					Endereço	R SERGIPE - ALVORADA		
Cidade	LUZIANIA					Cidade	FRANCISCO BELTRAO		
UF	GO					UF	PR		
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	90.63400111		
Contato	MAYARA MARTELLI					Contato	46 30556169		
Telefone						Telefone	(46) 3055-6169		
Email	compras2@institutopatris.org.br					Email	vendashospitalar@distribuidoramerisio.com.br		
Prazo de Entrega Solicitado	4					Prazo de Entrega	5 DIA(s)		
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias		
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	VIVIANE		
						Tipo de Frete	CIF		
						Faturamento Mínimo	1.500,00		
						Validade da Proposta	21/08/2023		
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 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
MÉDICO / HOSPITALAR									
24	8564	CLONIDINA COMP 0,100MG	GEN	BOHERINGER	60,00	COMPRIMIDO	0,6100	0,00	36,60
47	38218	HIDRALAZINA COMP 25MG	GEN	NOVARTIS	620,00	COMPRIMIDO	0,4299	0,00	266,54
84	5467	SALBUTAMOL SPRAY 200 DOSES	SIM	TEUTO	98,00	FRASCO	16,1000	0,00	1.577,80
Total do pedido									1.880,94

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
440013	149785		21/08/2023	4.144,91	O.C. Emitida	PEDIDO 029 - MEDICAMENTOS					
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor					
Razão Social	INSTITUTO PATRIS					Razão Social	VFB BRASIL LTDA				
Nome Fantasia	INSTITUTO PATRIS					Nome Fantasia	VFB				
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 15/16 - 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	2 DIA(s)				
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias				
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	YURI WAGNER / PRIVADO1@VFBBRASIL.COM / 61995051956				
						Tipo de Frete	CIF				
						Faturamento Mínimo	500,00				
						Validade da Proposta	01/09/2023				
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 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											
Todos pedidos passarão por análise de crédito e frete. Estamos abertos para negociação. VFB BRASIL Yuri Wagner Fone: 61-995051956											
Item	Código	Descrição	Referência			Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR											
13	10535	BETAMETASONA SOL INJ 7MG/ML 1 ML	BETAPROSPAN 5+2MG/ML CX C/1AMP 1ML +SER+AGU.			UNIAO QUIMICA	164,00	AMPOLA	4,5900	0,00	752,76
20	4890	CEFTRIAXONA PO P/ SOL INJ 1G	CEFTRIAXONA DISSODICA 1000MG CX C/100 FR-AMP (G) BLAU			BLAU	700,00	FRASCO / AMPOLA	3,5100	0,00	2.457,00
23	18628	CLONAZEPAM SOL ORAL 2,5MG /ML FR 20 ML	CLONAZEPAM 2,5MG/ML GTS 20ML (B1)(G) HIPOLABOR			HIPOLABOR	15,00	FRASCO	2,6900	0,00	40,35
46	5416	HEPARINA SODICA SOL INJ 5000UI /ML 5ML	HEPAMAX-S 5000UI/ML CX C/25 FR/AMP 5ML HEPARINA BLAU			BLAU	50,00	FRASCO / AMPOLA	14,4000	0,00	720,00
78	12993	PARACETAMOL SOL ORAL 200MG /ML 15ML	PARACETAMOL 200MG/ML FR 15ML TUTTI-FRUTTI - ABIDOR (AIRELA)			AIRELA	95,00	FRASCO	1,8400	0,00	174,80
Total do pedido											4.144,91

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
440012	149785		21/08/2023	608,10	O.C. Emitida	PEDIDO 029 - 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		
						Tipo de Frete	CIF		
						Faturamento Mínimo	500,00		
						Validade da Proposta	18/08/2023		
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 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	VI. Unit.	Desconto	VI. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
17	27924	CEFALEXINA COMP 500MG			200,00	COMPRIMIDO	0,0000	0,00	0,00
21	40535	CILOSTAZOL COMP 50MG			30,00	COMPRIMIDO	0,0000	0,00	0,00
26	24568	CLORETO DE POTASSIO XPE. 60MG/ML FR. 100ML	PRATI DONADUZZI	PRATI DONADUZZI	50,00	FRASCO	2,5400	0,00	127,00
48	8805	HIDROCLOROTIAZIDA COMP 25MG	MEDQUIMICA	MEDQUIMICA	500,00	COMPRIMIDO	0,0300	0,00	15,00
54	6149	LEVOTIROXINA SODICA COMP 25MCG	MERCK	MERCK	300,00	COMPRIMIDO	0,2500	0,00	75,00
72	5651	OLEO MINERAL SOL ORAL 100ML	NATULAB	NATULAB	100,00	FRASCO	2,5400	0,00	254,00
Total do pedido									608,10

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
440011	149785		21/08/2023	2.861,18	O.C. Emitida	PEDIDO 029 - 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		,			
Prazo de Entrega Solicitado		4				Prazo de Entrega		1 DIA(s)			
Cond. Pagamento Solicitado		A PRAZO				Cond. Pagamento		60 Dias			
Nome do Vendedor						Nome do Vendedor		ISABEL AGUIAR			
Tipo de Frete						Tipo de Frete		CIF			
Faturamento Mínimo						Faturamento Mínimo		500,00			
Validade da Proposta						Validade da Proposta		24/08/2023			
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 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
MÉDICO / HOSPITALAR											
4	5617	AGUA BIDESTILADA SOL INJ 10ML			CX C /200	FARMACE	1.000,00	FRASCO	0,2560	0,00	256,00
6	5528	AMICACINA SOL INJ 250MG/ML 2ML			CX C /50	TEUTO	50,00	AMPOLA	4,1000	0,00	205,00
10	12501	AMPICILINA 2,0G + SULBACTAM 1,0G			CX C /20	AUROBINDO G	60,00	FRASCO / AMPOLA	9,7000	0,00	582,00
22	12019	CIPROFLOXACINO SOL INJ 2MG/ML 100ML			CX C /60	HALEX ISTAR G	60,00	BOLSA	8,6000	0,00	516,00
41	18647	FLUOXETINA COMP 20MG			CX 70 - TEUTO G	TEUTO G	350,00	COMPRIMIDO	0,0805	0,00	28,18
83	34089	SACARATO DE HIDROXIDO FERRICO SOL INJ 20MG/ML 5ML			CX C /5	BLAUSIGEL	130,00	AMPOLA	9,8000	0,00	1.274,00
Total do pedido											2.861,18

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
440010	149785		21/08/2023	12.051,44	O.C. Emitida	PEDIDO 029 - MEDICAMENTOS			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social		INSTITUTO PATRIS				Razão Social		HOSPDROGAS COMERCIAL LTDA	
Nome Fantasia		INSTITUTO PATRIS							
CNPJ		37.678.845/0002-21				Nome Fantasia		HOSPDROGAS	
CEP		72.830-015				CNPJ		08.774.906/0001-75	
Endereço		AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII				CEP		74.993-394	
Cidade		LUZIANIA				Endereço		AV. OESTE - PQ. IND. VICE-PRES. JOSÉ ALENCAR ETAPA II	
UF		GO				Cidade		APARECIDA DE GOIANIA	
Insc. Estadual		ISENTO				UF		GO	
Contato		MAYARA MARTELLI				Insc. Estadual		104153377	
Telefone						Contato		TELEVENDAS	
Email		compras2@institutopatris.org.br				Telefone		(62) 4012-1199	
Prazo de Entrega Solicitado		4				Email		hermilton@hospdrogas.com.br	
Cond. Pagamento Solicitado		A PRAZO				Prazo de Entrega		5 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		LILLIAN PEREIRA COSTA	
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		600,00	
						Validade da Proposta		25/08/2023	
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
MÉDICO / HOSPITALAR									
15	5024	CARBAMAZEPINA COMP 200 MG	CX COM 200	UNIAO QUIMICA	400,00	COMPRIMIDO	0,2000	0,00	80,00
18	6069	CEFAZOLINA PO P/ SOL INJ 1G	FR	BLAU	320,00	FRASCO / AMPOLA	3,7508	0,00	1.200,26
19	7562	CEFEPIME PO P/ SOL INJ 1G	FR	AUROBINDO	100,00	FRASCO / AMPOLA	8,0200	0,00	802,00
28	40893	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 250ML	FR	EQUIPLEX	1.040,00	BOLSA	4,2000	0,00	4.368,00
29	33776	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 500ML BOLSA	BOLSA	HALEX STAR	630,00	BOLSA	5,9700	0,00	3.761,10
30	5552	CLORETO DE SODIO SOL INJ 20% 10ML	AMP	SAMTEC	200,00	AMPOLA	0,3952	0,00	79,04
37	39001	ENOXAPARINA SODICA 60MG SERINGA PREPREENCHIDA (SC)	SR	BLAU	30,00	SERINGA	18,7600	0,00	562,80
43	39370	GLICERINA ENEMA SOL 12% FR. 500ML	FR	EQUIPLEX	72,00	FRASCO	9,0200	0,00	649,44
80	42923	POLIMIXINA B 500.000 UI F/A INJETAVEL	UND	BLAU	40,00	UNIDADE	13,7200	0,00	548,80
Total do pedido									12.051,44

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
440009	149785		21/08/2023	4.755,00	O.C. Emitida	PEDIDO 029 - MEDICAMENTOS			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO PATRIS					Razão Social	PRO SAUDE DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS EIRELI		
Nome Fantasia	INSTITUTO PATRIS					Nome Fantasia	PRO SAUDE DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS		
CNPJ	37.678.845/0002-21					CNPJ	21.297.758/0001-03		
CEP	72.830-015					CEP	72.265-020		
Endereço	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					Endereço	Q Q 002 - BRASILIA		
Cidade	LUZIANIA					Cidade	CEILANDIA		
UF	GO					UF	DF		
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	0770078600117		
Contato	MAYARA MARTELLI					Contato	HIGOR		
Telefone						Telefone	(61) 3044-3250		
Email	compras2@institutopatris.org.br					Email	higor.neto@prosaudedistribuidora.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	HIGOR - 619172-0097		
						Tipo de Frete	CIF		
						Faturamento Mínimo	1.000,00		
						Validade da Proposta	31/08/2023		
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 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
MÉDICO / HOSPITALAR									
3	11499	ACIDO TRANEXAMICO SOL INJ 50MG/ML 5ML	SIMILAR	BLAU	305,00	AMPOLA	3,8000	0,00	1.159,00
5	21889	AMBROXOL SOL ORAL ADULTO 30MG/5ML 120ML			200,00	FRASCO	0,0000	0,00	0,00
11	8037	ANLODIPINO COMP 5MG	SIMILAR	GEOLAB	500,00	COMPRIMIDO	0,0400	0,00	20,00
25	37042	CLORETO DE POTASSIO 19,1% SOL INJ 10ML	MATERIAL	SAMTECM	200,00	AMPOLA	0,3600	0,00	72,00
65	15568	NALOXONA 0,4MG/ML 1ML	GNERICO	HIPOLABOR	30,00	AMPOLA	5,9000	0,00	177,00
71	38127	OCITOCINA SOL INJ 5UI/ML 1ML	SIMILAR	BLAU	600,00	AMPOLA	4,0000	0,00	2.400,00
MARCA NEGATIVADA PELA DIRETORIA TÉCNICA: UNIÃO QUÍMICA									
86	10188	SINVASTATINA COMP 20MG	GEENRICO	CIMED	500,00	COMPRIMIDO	0,0780	0,00	39,00
Total do pedido									4.755,00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
440008	149785		21/08/2023	803,17	O.C. Emitida	PEDIDO 029 - 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	500,00		
						Validade da Proposta	16/08/2023		
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 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									
CHAVE: 605469									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
16	27665	CARVEDILOL COMP 3,125MG	C/30	EMS	120,00	COMPRIMIDO	0,0850	0,00	10,20
34	5020	DIPIRONA COMP 500MG	C/200	PRATI DONADUZZI	400,00	COMPRIMIDO	0,1670	0,00	66,80
39	28046	FENTANILA, CITRATO SOL INJ 50MCG/ML 10ML	C/50	HIPOLABOR	100,00	AMPOLA	2,3100	0,00	231,00
62	34081	METOPROLOL COMP 25MG	C/30	BIOLAB	510,00	COMPRIMIDO	0,2350	0,00	119,85
67	19441	NISTATINA + OXIDO DE ZINCO POMADA 60G	C/1	CIMED	22,00	FRASCO	7,7000	0,00	169,40
85		SIMETICONA 75MG/ML 15 ML	C/1	EMS	99,00	FRASCO	2,0800	0,00	205,92
Total do pedido									803,17

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
440007	149785		21/08/2023	19.140,30	O.C. Emitida	PEDIDO 029 - 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	5 DIA(s)
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	LISIARA
						Tipo de Frete	CIF
Faturamento Mínimo						Faturamento Mínimo	2.000,00
Validade da Proposta						Validade da Proposta	22/08/2023
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							
Lisiara Rodrigues (51) 3718-7600/Whats: (51) 99974-2823 E-mail: vendas34@medlive.com.br No ato do fechamento da cotação, consultar disponibilidade de estoque desta molécula! Estoque Limitado.							

Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
12	446	ATROPINA SOL INJ 0,25MG/ML 1ML	FARMACE	ATROPINA 0,25MG/ML 1ML IM/IV/SC 100 AMP FARMACE ATROFARMA	200,00	AMPOLA	0,8600	0,00	172,00
32	5173	DEXAMETASONA SOL INJ 4MG/ML 2,5 ML	FARMACE	DEXAMETASONA 4MG/ML 2,5ML C/100 AMP IM /IV GEN FARMACE	900,00	FRASCO / AMPOLA	1,7500	0,00	1.575,00
33	5632	DICLOFENACO SODICO SOL INJ 25MG /ML 3ML	TEUTO	DICLOFENACO SODICO 75MG/3ML 100 AMP IM GEN TEUTO	400,00	AMPOLA	0,8000	0,00	320,00
35	5626	DIPIRONA SOL INJ 500MG/ML 2ML	FARMACE	DIPIRONA 500MG/ML (1G) 02ML 100 AMP IM/IV FARMACE DIPIFARMA	800,00	AMPOLA	0,9900	0,00	792,00
38	38989	ENOXAPARINA SODICA SOL INJ SUBCUTANEA 40MG/0,4ML	CRISTALIA	ENOXAPARINA 40MG/0,4ML 10 SER SC/IV C/ DISP SEG CRISTALIA HE	500,00	SERINGA	15,0900	0,00	7.545,00
42	5622	FUROSEMIDA SOL INJ 10MG/ML 2ML	TEUTO	FUROSEMIDA 10MG/ML 2ML 60 AMP IM/IV GEN TEUTO	460,00	AMPOLA	1,1700	0,00	538,20
49	5624	HIDROCORTISONA PO P/ SOL INJ 100MG	TEUTO	HIDROCORTISONA 100MG 50 F/A S/DIL IM/IV TEUTO ANDROCORTIL	400,00	FRASCO	2,9900	0,00	1.196,00
53	11395	LEVOFLOXACINA SOL INJ 500 MG 100 ML	CRISTALIA	LEVOFLOXACINO 500MG 0100ML IV 6 BL CRISTALIA LEVOTAC	24,00	BOLSA	9,9000	0,00	237,60
60	15058	METARAMINOL SOL INJ 10MG/ML 1ML	CRISTALIA	METARAMINOL 10MG/ML 1ML 25 AMP IM/IV AD CRISTALIA ARAMIN (AM	125,00	AMPOLA	17,6000	0,00	2.200,00
70	42936	NOREPINEFRINA SOL INJ 2MG/ML 4ML	HIPOLABOR	NOREPINEFRINA 8MG 4ML (2MG/ML) 50 AMP GEN HIPOLABOR	750,00	AMPOLA	2,1500	0,00	1.612,50
75	6746	OXACILINA PO P/ SOL INJ 500MG	BLAU	OXACILINA 500MG PO LIOF 100 F/A S/ DIL 5ML IM/IV BLAU OXANO	100,00	FRASCO	3,8200	0,00	382,00
76	8549	PARACETAMOL COMP 500MG	HIPOLABOR	PARACETAMOL 500MG 50BL 10 CP GEN HIPOLABOR	1.000,00	COMPRIMIDO	0,0800	0,00	80,00
92	25042	VASOPRESSINA SOL INJ 20U/ML 1ML	BIOLAB	VASOPRESSINA 20U 1ML 10 AMP IV/IM/SC BIOLAB ENCRISE	100,00	AMPOLA	24,9000	0,00	2.490,00
Total do pedido									19.140,30

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
440006	149785		21/08/2023	5.430,85	O.C. Emitida	PEDIDO 029 - 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	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
						Tipo de Frete	CIF
Faturamento Mínimo						Faturamento Mínimo	500,00
Validade da Proposta						Validade da Proposta	22/08/2023
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
MÉDICO / HOSPITALAR									
2	4944	ACIDO ACETILSALICILICO COMP 100MG	DORMEC 100MG CX C/50STR X 10CP	IMEC	500,00	COMPRIMIDO	0,0440	0,00	22,00
8	4975	AMIODARONA SOL INJ 50MG/ML 3ML	AMIODARONA 50MG/ML CX C/100AP X 3ML IV GEN	HIPOLABOR	100,00	AMPOLA	2,6750	0,00	267,50
9	4925	AMITRIPTILINA COMP 25MG	AMITRIPTILINA 25MG CX C/10BL X 20CP GEN	NEO Q/HYP /BRAIN	200,00	COMPRIMIDO	0,0600	0,00	12,00
14	4167	CAPTOPRIL COMP 25MG	CAPTOPRIL 25MG C/25BL X 20CP GEN	HIPOLABOR	500,00	COMPRIMIDO	0,0245	0,00	12,25
31	37813	CLORIDRATO DE ROPIVACAINA SOL INJ FR 20 ML 10MG/ML 20ML	ROPIVACAINA 10MG/ML CX C/5AP X 20ML GEN	TEUTO	20,00	FRASCO / AMPOLA	8,7000	0,00	174,00
50	5583	HIOSCINA + DIPIRONA SOL INJ 500MG /ML 5ML	BROMETO DE N-BUT COMP CX C/100AP X 5ML GEN	HIPOLABOR	400,00	AMPOLA	1,8980	0,00	759,20
51	18208	HIOSCINA SOL INJ 20MG/ML 1ML	BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA 20MG /ML CX C/100AP X 1ML GEN	FARMACE	100,00	AMPOLA	0,8377	0,00	83,77
52	3912	INSULINA REGULAR SOL INJ 100U/ML 10ML (G)	INSUNORM R 100UI/ML CX C/1FR X 10ML	ASPEN	10,00	FRASCO	25,0000	0,00	250,00
55	70982	LIDOCAINA 2% SOL INJ 20MG/ML 5ML	HYPOCAINA 2% S/V CX C/100AP X 5ML	HYPOFARMA	100,00	AMPOLA	1,2130	0,00	121,30
56	5828	LIDOCAINA SOL INJ 2% S/ VASOCONSTRICTOR 20ML	LIDOCAINA 2% S/V CX C/25FA X 20ML GEN	HYPOFARMA	350,00	FRASCO	4,8400	0,00	1.694,00
58	10084	LOSARTANA COMP 50MG	LOSARTANA POTASSICA 50MG CX C/32BLT X 30CPR REV GEN	PRATI DONADUZZI	960,00	COMPRIMIDO	0,0768	0,00	73,73
66	40849	NIFEDIPINO COMP 20 MG	NEO FEDIPINA 20MG CX C/30CP	NEO Q/HYP /BRAIN	120,00	COMPRIMIDO	0,1469	0,00	17,63
69	6456	NITROPRUSSIATO DE SODIO SOL INJ 25MG/ML 2ML	NITROPRUS 50MG KIT C/5FA + 5DIL + BOLSA	CRISTALIA	20,00	FRASCO / AMPOLA	15,7120	0,00	314,24
74	6455	ONDANSETRONA SOL INJ 4MG/AMP 2ML (2MG/ML)	ONDANSETRONA 2MG/ML CX C/100AP X 2ML GEN	HIPOLABOR	300,00	AMPOLA	1,5630	0,00	468,90
81	5653	PROMETAZINA SOL INJ 25MG/ML 2ML	PROMETAZOL 25MG/ML CX C/100AP X 2ML	HIPOLABOR	159,00	AMPOLA	1,7870	0,00	284,13
87	5166	SULFATO FERROSO COM 40MG DE FERRO ELEMENTAR	SULFERBEL 40MG CX C/40BL X 25CP REV	BELFAR	1.000,00	COMPRIMIDO	0,0386	0,00	38,60
89	11183	TENOXICAM COMP 20MG	TENOXIL 20MG CX C/1BL X 10CP 416844	MEDQUIMICA	200,00	COMPRIMIDO	0,5630	0,00	112,60
91		TRAMADOL SOL INJ 50MG/ML 2ML	TRAMADOL 100MG CX C/100AP X 2ML IM/IV GEN	HIPOLABOR	500,00	AMPOLA	1,4500	0,00	725,00
Total do pedido									5.430,85

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
440005	149785		21/08/2023	19.439,50	O.C. Emitida	PEDIDO 029 - MEDICAMENTOS			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO PATRIS					Razão Social	CIRURGICA PINHEIRO LTDA		
Nome Fantasia	INSTITUTO PATRIS					Nome Fantasia	CIRURGICA PINHEIRO		
CNPJ	37.678.845/0002-21					CNPJ	65.237.851/0001-06		
CEP	72.830-015					CEP	38.400-328		
Endereço	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					Endereço	AV MARCOS DE FREITAS COSTA - DANIEL FONSECA		
Cidade	LUZIANIA					Cidade	UBERLANDIA		
UF	GO					UF	MG		
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	7028282100065		
Contato	MAYARA MARTELLI					Contato	FAVOR CONSULTAR VENDEDOR NA PROPOSTA		
Telefone						Telefone	(34) 3210-2002		
Email	compras2@institutopatris.org.br					Email	vendas@cirurgicapinheiro.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	JEFFERSON CAMPOS		
						Tipo de Frete	CIF		
						Faturamento Mínimo	1.200,00		
						Validade da Proposta	21/08/2023		
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 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									
Melhores Negociações entrar em Contato via e mail jefferson@cirurgicapinheiro.com.br / Whats : 34 99891-4595 / Skype : Jefferson Campos - Cirúrgica Pinheiro									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
27	5433	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 100ML FRASCO	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 100ML	JP FARMA	2.200,00	SISTEMA FECHADO	4,0000	0,00	8.800,00
59	12459	MEROPENEM PO P/ SOL INJ 1G	MEROPENEM PO P/ SOL INJ 1G	BLAU	200,00	FRASCO / AMPOLA	15,5500	0,00	3.110,00
63	13728	METRONIDAZOL SOL INJ 5MG/ML 100ML	METRONIDAZOL SOL INJ 5MG/ML 100ML	JP FARMA	50,00	BOLSA	4,4900	0,00	224,50
64	18577	MIDAZOLAM SOL INJ 5MG/ML 10ML	MIDAZOLAM SOL INJ 5MG/ML 10ML	TEUTO	100,00	AMPOLA	2,0500	0,00	205,00
82	5414	RINGER C/ LACTATO SOL INJ 500ML	RINGER C/ LACTATO SOL INJ 500ML	JP FARMA	1.000,00	FRASCO	7,1000	0,00	7.100,00
Total do pedido									19.439,50

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
440004	149785		21/08/2023	3.248,90	O.C. Emitida	PEDIDO 029 - 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	CIF		
						Faturamento Mínimo	600,00		
						Validade da Proposta	21/08/2023		
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 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
MÉDICO / HOSPITALAR									
7	8087	AMIODARONA COMP 200MG	GEOLAB	GEOLAB	500,00	COMPRIMIDO	0,4200	0,00	210,00
36	6483	EFEDRINA SOL INJ 50MG/ML 1ML	UNIAO QUIMICA	UNIAO QUIMICA	50,00	AMPOLA	18,0000	0,00	900,00
61	42999	METILERGOMETRINA 0,2MG/1ML	UNIAO QUIMICA	UNIAO QUIMICA	100,00	AMPOLA	1,8900	0,00	189,00
88	15044	SUXAMETONIO PO P/ SOL INJ 100MG	UNIAO QUIMICA	UNIAO QUIMICA	10,00	FRASCO	19,9900	0,00	199,90
90	40910	TENOXICAM PO P/ SOL INJ 40MG	UNIAO QUIMICA	UNIAO QUIMICA	250,00	AMPOLA	7,0000	0,00	1.750,00
Total do pedido									3.248,90