

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
440885	150272		01/09/2023	1.401,54	O.C. Emitida	PEDIDO 031 - MEDICAMENTOS			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO PATRIS					Razão Social	HOSPDROGAS COMERCIAL LTDA		
Nome Fantasia	INSTITUTO PATRIS						HOSPDROGAS		
CPF/CNPJ	37.678.845/0002-21					Nome Fantasia	HOSPDROGAS		
CEP	72.830-015					CPF/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	2 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									
3	5617	AGUA BIDESTILADA SOL INJ 10ML	FR	EQUIPLEX	1.800,00	FRASCO	0,2600	0,00	468,00
5	12501	AMPICILINA 2,0G + SULBACTAM 1,0G	FR	BLAU	40,00	FRASCO / AMPOLA	9,3884	0,00	375,54
12	6746	OXACILINA PO P/ SOL INJ 500MG	FR	BLAU	100,00	FRASCO	4,5300	0,00	453,00
14	16371	TERBUTAMINA SOL INJ 0,5/ML 1ML	AMP	UNIAO QUIMICA	50,00	AMPOLA	2,1000	0,00	105,00
Total do pedido									1.401,54

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
440884	150272		01/09/2023	201,60	O.C. Emitida	PEDIDO 031 - MEDICAMENTOS			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social INSTITUTO PATRIS Nome Fantasia INSTITUTO PATRIS CPF/CNPJ 37.678.845/0002-21 CEP 72.830-015 Endereço AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII Cidade LUZIANIA UF GO Insc. Estadual ISENTO Contato MAYARA MARTELLI Telefone Email compras2@institutopatris.org.br Prazo de Entrega Solicitado 4 Cond. Pagamento Solicitado A PRAZO Forma de Pagamento BOLETO BANCÁRIO 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						Razão Social CBA COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALAR LTDA Nome Fantasia CBA HOSPITALAR CPF/CNPJ 38.071.866/0001-66 CEP 71.250-015 Endereço SCIA QUADRA 15 CONJUNTO 3 LOTE 5 - ZONA INDUSTRIAL (GUARA) Cidade BRASILIA UF DF Insc. Estadual 0750812700130 Contato THIAGO MENDES Telefone (61) 3255-5000 Email centraldenegocios@bsbhospitalar.com.br,rute@cbahospitalar.com.br Prazo de Entrega 4 DIA(s) Cond. Pagamento 28 Dias Nome do Vendedor JESSIKA Tipo de Frete CIF Faturamento Mínimo 500,00 Validade da Proposta 04/09/2023			
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									
6	6069	CEFAZOLINA PO P/ SOL INJ 1G	CEFAZOLINA 1G (GEN) (837) C/50 FRS	ABL	50,00	FRASCO / AMPOLA	4,0320	0,00	201,60
Total do pedido									201,60

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
440831	150272		01/09/2023	1.551,88	O.C. Emitida	PEDIDO 031 - MEDICAMENTOS			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO PATRIS					Razão Social	HOSPDROGAS COMERCIAL LTDA		
Nome Fantasia	INSTITUTO PATRIS						HOSPDROGAS		
CPF/CNPJ	37.678.845/0002-21					CPF/CNPJ	08.774.906/0001-75		
CEP	72.830-015					CEP	74.993-394		
Endereço	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					Endereço	AV. OESTE - PQ. IND. VICE-PRES. JOSÉ ALENCAR ETAPA II		
Cidade	LUZIANIA					Cidade	APARECIDA DE GOIANIA		
UF	GO					UF	GO		
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	104153377		
Contato	MAYARA MARTELLI					Contato	TELEVENDAS		
Telefone						Telefone	(62) 4012-1199		
Email	compras2@institutopatris.org.br					Email	hermilton@hospdrogas.com.br		
Prazo de Entrega Solicitado	4					Prazo de Entrega	2 DIA(s)		
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias		
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	LILLIAN PEREIRA COSTA		
						Tipo de Frete	CIF		
						Faturamento Mínimo	600,00		
						Validade da Proposta	25/08/2023		
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	5617	AGUA BIDESTILADA SOL INJ 10ML	FR	EQUIPLEX	1.800,00	FRASCO	0,2600	0,00	468,00
5	12501	AMPICILINA 2,0G + SULBACTAM 1,0G	FR	BLAU	40,00	FRASCO / AMPOLA	9,3884	0,00	375,54
6	6069	CEFAZOLINA PO P/ SOL INJ 1G			40,00	FRASCO / AMPOLA	0,0000	0,00	0,00
12	6746	OXACILINA PO P/ SOL INJ 500MG	FR	BLAU	100,00	FRASCO	4,5300	0,00	453,00
14	16371	TERBUTAMINA SOL INJ 0,5/ML 1ML	AMP	UNIAO QUIMICA	50,00	AMPOLA	2,1000	0,00	105,00
Total do pedido									1.551,88

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
440830	150272		01/09/2023	2.390,30	O.C. Emitida	PEDIDO 031 - 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			
CPF/CNPJ	37.678.845/0002-21					CPF/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	2.000,00			
Endereço de cobrança	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947					Validade da Proposta	04/09/2023			
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										
LEIA AS OBSERVACOES COM ATENCAO Cotacao com LISIARA RODRIGUES Contato pelo whats (51)99974-2823 e contato empresa 51 37187600 E-mail e o vendas34@medlive.com.br. Quando a cotação é feita, todos os itens possuem estoque, porém devido a grande rotatividade de produtos, esta sujeito a nao ter no momento em que o pedido e fechado, será avisado em caso de faltas. Peco que qualquer urgencia entre em contato IMEDIATAMENTE. O prazo de entrega e em dias uteis e nao dias corridos. Pedidos REFRIGERADOS tem um prazo menor de entrega, pois ele vai aereo, POREM PRECISA FECHAR O MINIMO DE FRETE AEREO, por favor consultar esse valor, cada ESTADO e diferente. Validade da proposta de 3 dias. E o prazo de pagamento pode ser negociado conforme necessidade.										
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total	
MÉDICO / HOSPITALAR										
7	33776	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 500ML BOLSA	EUROFARMA	.	312,00	BOLSA	5,6500	0,00	1.762,80	
8	5173	DEXAMETASONA SOL INJ 4MG/ML 2,5ML	HYPOFARMA	DEXAMETASONA 4MG/ML 2,5ML C/50 AMP IM/IV GEN HYPOFARMA	250,00	FRASCO / AMPOLA	1,7500	0,00	437,50	
13	5653	PROMETAZINA SOL INJ 25MG/ML 2ML	SANVAL	PROMETAZINA 25MG/ML 2ML 100 AMP SANVAL PROMETAZOL	100,00	AMPOLA	1,9000	0,00	190,00	
Total do pedido										2.390,30

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
440829	150272		01/09/2023	688,09	O.C. Emitida	PEDIDO 031 - 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				
CPF/CNPJ	37.678.845/0002-21					CPF/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	01/09/2023				
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	29288	ACETILCISTEINA GRANULADO 600MG 5G	CISTEIL 600MG CX C/50EN X 5G 507100			GEOLAB	50,00	ENVELOPE	1,0600	0,00	53,00
4	4975	AMIODARONA SOL INJ 50MG/ML 3ML	AMIODARONA 50MG/ML CX C/100AP X 3ML IV GEN			HIPOLABOR	200,00	AMPOLA	2,6800	0,00	536,00
10	18208	HIOSCINA SOL INJ 20MG/ML 1ML	BUTILBROMETO DE ESCOPOLAMINA 20MG/ML CX C /100AP X 1ML GEN			FARMACE	100,00	AMPOLA	0,8800	0,00	88,00
11	21994	LORATADINA COMP 10MG	LORASLIV 10MG CX C/1BL X 12CP			VITAMEDIC	72,00	COMPRIMIDO	0,1540	0,00	11,09
Total do pedido											688,09

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta						
440828	150272		01/09/2023	1.166,00	O.C. Emitida	PEDIDO 031 - MEDICAMENTOS						
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor						
Razão Social		INSTITUTO PATRIS				Razão Social		CBA COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALAR LTDA				
Nome Fantasia		INSTITUTO PATRIS				Nome Fantasia		CBA HOSPITALAR				
CPF/CNPJ		37.678.845/0002-21				CPF/CNPJ		38.071.866/0001-66				
CEP		72.830-015				CEP		71.250-015				
Endereço		AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII				Endereço		SCIA QUADRA 15 CONJUNTO 3 LOTE 5 - ZONA INDUSTRIAL (GUARA)				
Cidade		LUZIANIA				Cidade		BRASILIA				
UF		GO				UF		DF				
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		0750812700130				
Contato		MAYARA MARTELLI				Contato		THIAGO MENDES				
Telefone						Telefone		(61) 3255-5000				
Email		compras2@institutopatris.org.br				Email		centraldenegocios@bsbhospitalar.com.br,rute@cbahospitalar.com.br				
Prazo de Entrega Solicitado		4				Prazo de Entrega		4 DIA(s)				
Cond. Pagamento Solicitado		A PRAZO				Cond. Pagamento		28 Dias				
Forma de Pagamento		BOLETO BANCÁRIO				Nome do Vendedor		JESSIKA				
						Tipo de Frete		CIF				
						Faturamento Mínimo		500,00				
						Validade da Proposta		04/09/2023				
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												
Item	Código	Descrição			Referência		Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR												
15	6068	VANCOMICINA PO P/ SOL INJ 500MG			VANCOMICINA 500MG (GEN) (749) C/25 FRASCO-AMPOLA		ABL	275,00	FRASCO	4,2400	0,00	1.166,00
Total do pedido												1.166,00