

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
418686	139738		18/11/2022	1.102,50	O.C. Emitida	PEDIDO 013 - MEDICAMENTOS					
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor					
Razão Social	INSTITUTO PATRIS					Razão Social	ELLO DISTRIBUICAO LTDA - EPP				
Nome Fantasia	INSTITUTO PATRIS					Nome Fantasia	ELLO DISTRIBUICAO				
CNPJ	37.678.845/0002-21					CNPJ	14.115.388/0001-80				
CEP	72.830-015					CEP	74.780-562				
Endereço	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					Endereço	AV: ANAPOLIS - VILA PEDROSO				
Cidade	LUZIANIA					Cidade	GOIANIA				
UF	GO					UF	GO				
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	10574978248				
Contato	MAYARA MARTELLI					Contato	WILLIAM PERILLO - 98406-6004				
Telefone						Telefone	(62) 4009-2100				
Email	compras2@institutopatris.org.br					Email	comercial@ellodistribuicao.com.br;compras@ellodistribuicao.com.br;daniela@ellodistribuicao.com.br;				
Prazo de Entrega Solicitado	3					Prazo de Entrega	3 DIA(s)				
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias				
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	NATALLIA DIAS				
						Tipo de Frete	CIF				
						Faturamento Mínimo	1.000,00				
Endereço de cobrança	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947					Validade da Proposta	07/11/2022				
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 LUZIÂNIA; - DADOS PARA FATURAMENTO CNPJ: 37.678.845/0002-21 (INSTITUTO PATRIS). - PARA RESPONDER A COTAÇÃO, É NECESSÁRIO QUE AS 5 (CINCO) CERTIDÕES DE DÉBITOS ESTEJAM NEGATIVAS, SÃO ELAS: FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA. É OBRIGATÓRIO QUE AS CERTIDÕES ESTEJAM NEGATIVAS NO ATO DA COTAÇÃO E PARA O RECEBIMENTO DO TÍTULO/BOLETO OU QUALQUER FORMA DE PAGAMENTO QUE FOI NEGOCIADA. - NO ATO DA ENTREGA DO PEDIDO É OBRIGATÓRIO ENTREGAR JUNTAMENTE COM A NOTA FISCAL AS CERTIDÕES: MUNICIPAL, ESTADUAL, FEDERAL, FGTS E CERTIDÃO TRABALHISTA (TODAS ATUALIZADAS E SEM DÉBITOS); - HORÁRIO DE ENTREGA: DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA DAS 08:00 ÀS 17:00HS / MEDICAMENTOS E MATERIAL MÉDICO; - OS MATERIAIS DEVERÃO SER ENTREGUES ACOMPANHADOS DE NF COM A ESPECIFICAÇÃO DOS ITENS, MARCA E QUANTIDADE; - NÃO SERÃO ACEITOS MEDICAMENTOS/MATERIAL MÉDICO COM VALIDADE INFERIOR A UM ANO (1 ANO). EXCETO QUANDO INFORMADO E AUTORIZADO ANTES DA EMISSÃO DO PEDIDO. - AS EMPRESAS DEVERÃO ORÇAR OS ITENS DE ACORDO COM O SOLICITADO/ESPECIFICADO. AS EXCEÇÕES DEVERÃO SER INFORMADAS PELA EMPRESA; - INCLUIR NO VALOR DO PRODUTO TODOS OS IMPOSTOS E TAXAS; - FRETE CIF; EM NENHUMA HIPÓTESE DEVE-SE SER COTADO FRETE FOB, CASO EXISTA, ESSE VALOR DEVE SER INCLUSO NOS VALORES UNITÁRIOS DOS ITENS; - ENVIAR JUNTO A NOTA AS CND'S (CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITO) FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA; - OBRIGATORIAMENTE, NOS DADOS ADICIONAIS DA NF, DEVE CONSTAR A SEGUINTE INFORMAÇÃO: CONTRATO DE GESTÃO 045/2022 SES-GO - INSTITUTO PATRIS / HOSPITAL REGIONAL DE LUZIANIA. - INFORMAR TAMBÉM O NÚMERO DO PEDIDO (NÚMERO ESSE QUE É GERADO NA ORDEM DE COMPRA/FORNECIMENTO). - NA AUSÊNCIA DE BOLETO BANCÁRIO, INFORMAR TAMBÉM DADOS BANCÁRIOS PARA DEPÓSITO; - NÃO EFETUAMOS PAGAMENTO À VISTA; OBS: CASO SEJA SUA PRIMEIRA PARTICIPAÇÃO NAS COMPRAS DO INSTITUTO PATRIS, GENTILEZA INFORMAR QUE ESTÁ TUDO OK COM O CADASTRO, PARA QUE NÃO TENHAMOS PROBLEMAS COM FATURAMENTO/ENTREGA, ETC. QUALQUER DÚVIDA ENTRAR EM CONTATO COM O SETOR DE COMPRAS, PELO TEL.65 98158-9616 (MAYARA)											
Observações do Fornecedor											
Item	Código	Descrição			Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR											
34	5828	LIDOCAINA SOL INJ 2% S/ VASOCONSTRITOR 20ML			CX C/25	HIPOLABOR	175,00	FRASCO	6,3000	35,00	1.102,50
Total do pedido											1.102,50

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
418680	139738		18/11/2022	1.023,61	O.C. Emitida	PEDIDO 013 - 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	3					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	09/11/2022			
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 LUZIÂNIA; - DADOS PARA FATURAMENTO CNPJ: 37.678.845/0002-21 (INSTITUTO PATRIS). - PARA RESPONDER A COTAÇÃO, É NECESSÁRIO QUE AS 5 (CINCO) CERTIDÕES DE DÉBITOS ESTEJAM NEGATIVAS, SÃO ELAS: FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA. É OBRIGATÓRIO QUE AS CERTIDÕES ESTEJAM NEGATIVAS NO ATO DA COTAÇÃO E PARA O RECEBIMENTO DO TÍTULO/BOLETO OU QUALQUER FORMA DE PAGAMENTO QUE FOI NEGOCIADA. - NO ATO DA ENTREGA DO PEDIDO É OBRIGATÓRIO ENTREGAR JUNTAMENTE COM A NOTA FISCAL AS CERTIDÕES: MUNICIPAL, ESTADUAL, FEDERAL, FGTS E CERTIDÃO TRABALHISTA (TODAS ATUALIZADAS E SEM DÉBITOS); - HORÁRIO DE ENTREGA: DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA DAS 08:00 ÀS 17:00HS / MEDICAMENTOS E MATERIAL MÉDICO; - OS MATERIAIS DEVERÃO SER ENTREGUES ACOMPANHADOS DE NF COM A ESPECIFICAÇÃO DOS ITENS, MARCA E QUANTIDADE; - NÃO SERÃO ACEITOS MEDICAMENTOS/MATERIAL MÉDICO COM VALIDADE INFERIOR A UM ANO (1 ANO). EXCETO QUANDO INFORMADO E AUTORIZADO ANTES DA EMISSÃO DO PEDIDO. - AS EMPRESAS DEVERÃO ORÇAR OS ITENS DE ACORDO COM O SOLICITADO/ESPECIFICADO. AS EXCEÇÕES DEVERÃO SER INFORMADAS PELA EMPRESA; - INCLUIR NO VALOR DO PRODUTO TODOS OS IMPOSTOS E TAXAS; - FRETE CIF; EM NENHUMA HIPÓTESE DEVE-SE SER COTADO FRETE FOB, CASO EXISTA, ESSE VALOR DEVE SER INCLUSO NOS VALORES UNITÁRIOS DOS ITENS; - ENVIAR JUNTO A NOTA AS CND'S (CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITO) FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA; - OBRIGATORIAMENTE, NOS DADOS ADICIONAIS DA NF, DEVE CONSTAR A SEGUINTE INFORMAÇÃO: CONTRATO DE GESTÃO 045/2022 SES-GO - INSTITUTO PATRIS / HOSPITAL REGIONAL DE LUZIANIA. - INFORMAR TAMBÉM O NÚMERO DO PEDIDO (NÚMERO ESSE QUE É GERADO NA ORDEM DE COMPRA/FORNECIMENTO). - NA AUSÊNCIA DE BOLETO BANCÁRIO, INFORMAR TAMBÉM DADOS BANCÁRIOS PARA DEPÓSITO; - NÃO EFETUAMOS PAGAMENTO À VISTA; OBS: CASO SEJA SUA PRIMEIRA PARTICIPAÇÃO NAS COMPRAS DO INSTITUTO PATRIS, GENTILEZA INFORMAR QUE ESTÁ TUDO OK COM O CADASTRO, PARA QUE NÃO TENHAMOS PROBLEMAS COM FATURAMENTO/ENTREGA, ETC. QUALQUER DÚVIDA ENTRAR EM CONTATO COM O SETOR DE COMPRAS, PELO TEL.65 98158-9616 (MAYARA)										
Observações do Fornecedor										
Consultor(a) : TAUANA CRISTINA WPP : (62) 9 9658-0269 / Fone (62) 3928-8989 Ramal : 5031 / E-mail: vendas02@supermedica.com.br / (NAO FRACIONAMOS CAIXAS) Pagamento E faturamento mínimo negociável (sujeito a analise de crédito) - 490276										
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	VI. Unit.	Desconto	VI. Total	
MÉDICO / HOSPITALAR										
22	14417	ESPIRONOLACTONA COMP 25MG	C/30	EMS	300,00	COMPRIMIDO	0,3420	0,00	102,60	
40	42954	OLEO CICATRIZANTE C/ ACIDOS GRAXOS ESSENCIAIS 100ML	C/30	FARMACHEN	210,00	FRASCO	3,0654	0,00	643,73	
53	24964	RISPERIDONA COMP 1 MG	C/30	UNIAO QUIMICA	60,00	COMPRIMIDO	0,1322	0,00	7,93	
56	40325	SULFADIAZINA DE PRATA 1% TUBO 30G	C/60	CRISTALIA	60,00	TUBO	4,4891	0,00	269,35	
Total do pedido									1.023,61	

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
418679	139738		18/11/2022	189,00	O.C. Emitida	PEDIDO 013 - MEDICAMENTOS			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO PATRIS					Razão Social	CIENTIFICA MEDICA HOSPITALAR LTDA		
Nome Fantasia	INSTITUTO PATRIS					Nome Fantasia	CIENTIFICA HOSPITALAR		
CNPJ	37.678.845/0002-21					CNPJ	07.847.837/0001-10		
CEP	72.830-015					CEP	74.853-030		
Endereço	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					Endereço	AV B, QD. 25, LT.04. - JARDIM SANTO ANTONIO		
Cidade	LUZIANIA					Cidade	GOIANIA		
UF	GO					UF	GO		
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	10.399.060-7		
Contato	MAYARA MARTELLI					Contato	LUANA		
Telefone						Telefone	(62) 3088-9700		
Email	compras2@institutopatris.org.br					Email	gerenciacmh1@gmail.com		
Prazo de Entrega Solicitado	3					Prazo de Entrega	2 DIA(s)		
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias		
Nome do Vendedor						Nome do Vendedor	VANESSA		
Tipo de Frete						Tipo de Frete	CIF		
Faturamento Mínimo						Faturamento Mínimo	300,00		
Validade da Proposta						Validade da Proposta	19/11/2022		
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 LUZIÂNIA; - DADOS PARA FATURAMENTO CNPJ: 37.678.845/0002-21 (INSTITUTO PATRIS). - PARA RESPONDER A COTAÇÃO, É NECESSÁRIO QUE AS 5 (CINCO) CERTIDÕES DE DÉBITOS ESTEJAM NEGATIVAS, SÃO ELAS: FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA. É OBRIGATÓRIO QUE AS CERTIDÕES ESTEJAM NEGATIVAS NO ATO DA COTAÇÃO E PARA O RECEBIMENTO DO TÍTULO/BOLETO OU QUALQUER FORMA DE PAGAMENTO QUE FOI NEGOCIADA. - NO ATO DA ENTREGA DO PEDIDO É OBRIGATÓRIO ENTREGAR JUNTAMENTE COM A NOTA FISCAL AS CERTIDÕES: MUNICIPAL, ESTADUAL, FEDERAL, FGTS E CERTIDÃO TRABALHISTA (TODAS ATUALIZADAS E SEM DÉBITOS); - HORÁRIO DE ENTREGA: DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA DAS 08:00 ÀS 17:00HS / MEDICAMENTOS E MATERIAL MÉDICO; - OS MATERIAIS DEVERÃO SER ENTREGUES ACOMPANHADOS DE NF COM A ESPECIFICAÇÃO DOS ITENS, MARCA E QUANTIDADE; - NÃO SERÃO ACEITOS MEDICAMENTOS/MATERIAL MÉDICO COM VALIDADE INFERIOR A UM ANO (1 ANO). EXCETO QUANDO INFORMADO E AUTORIZADO ANTES DA EMISSÃO DO PEDIDO. - AS EMPRESAS DEVERÃO ORÇAR OS ITENS DE ACORDO COM O SOLICITADO/ESPECIFICADO. AS EXCEÇÕES DEVERÃO SER INFORMADAS PELA EMPRESA; - INCLUIR NO VALOR DO PRODUTO TODOS OS IMPOSTOS E TAXAS; - FRETE CIF; EM NENHUMA HIPÓTESE DEVE-SE SER COTADO FRETE FOB, CASO EXISTA, ESSE VALOR DEVE SER INCLUSO NOS VALORES UNITÁRIOS DOS ITENS; - ENVIAR JUNTO A NOTA AS CND'S (CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITO) FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA; - OBRIGATORIAMENTE, NOS DADOS ADICIONAIS DA NF, DEVE CONSTAR A SEGUINTE INFORMAÇÃO: CONTRATO DE GESTÃO 045/2022 SES-GO - INSTITUTO PATRIS / HOSPITAL REGIONAL DE LUZIANIA. - INFORMAR TAMBÉM O NÚMERO DO PEDIDO (NÚMERO ESSE QUE É GERADO NA ORDEM DE COMPRA/FORNECIMENTO). - NA AUSÊNCIA DE BOLETO BANCÁRIO, INFORMAR TAMBÉM DADOS BANCÁRIOS PARA DEPÓSITO; - NÃO EFETUAMOS PAGAMENTO À VISTA; OBS: CASO SEJA SUA PRIMEIRA PARTICIPAÇÃO NAS COMPRAS DO INSTITUTO PATRIS, GENTILEZA INFORMAR QUE ESTÁ TUDO OK COM O CADASTRO, PARA QUE NÃO TENHAMOS PROBLEMAS COM FATURAMENTO/ENTREGA, ETC. QUALQUER DÚVIDA ENTRAR EM CONTATO COM O SETOR DE COMPRAS, PELO TEL.65 98158-9616 (MAYARA)									
Observações do Fornecedor									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
37	34081	METOPROLOL COMP 25MG	30	NEO QUIMICA	630,00	COMPRIMIDO	0,3000	0,00	189,00
Total do pedido									189,00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta						
418637	139738		18/11/2022	1.198,00	O.C. Emitida	PEDIDO 013 - MEDICAMENTOS						
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor						
Razão Social	INSTITUTO PATRIS					Razão Social	DOM BOSCO HOSPITALAR EIRELI					
Nome Fantasia	INSTITUTO PATRIS					Nome Fantasia	DOM BOSCO HOSPITALAR					
CNPJ	37.678.845/0002-21					CNPJ	35.020.039/0001-55					
CEP	72.830-015					CEP	72.870-324					
Endereço	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					Endereço	RUA 06 - MORADA NOBRE					
Cidade	LUZIANIA					Cidade	VALPARAISO DE GOIAS					
UF	GO					UF	GO					
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	10.775.504-1					
Contato	MAYARA MARTELLI					Contato	JOSÉ ADMILSON					
Telefone						Telefone	(61) 3054-0440					
Email	compras2@institutopatris.org.br					Email	domboscoval@gmail.com					
Prazo de Entrega Solicitado	3					Prazo de Entrega	2 DIA(s)					
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias					
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	LUCAS COUTO					
						Tipo de Frete	CIF					
						Faturamento Mínimo	50,00					
						Validade da Proposta	17/11/2022					
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 LUZIÂNIA; - DADOS PARA FATURAMENTO CNPJ: 37.678.845/0002-21 (INSTITUTO PATRIS). - PARA RESPONDER A COTAÇÃO, É NECESSÁRIO QUE AS 5 (CINCO) CERTIDÕES DE DÉBITOS ESTEJAM NEGATIVAS, SÃO ELAS: FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA. É OBRIGATÓRIO QUE AS CERTIDÕES ESTEJAM NEGATIVAS NO ATO DA COTAÇÃO E PARA O RECEBIMENTO DO TÍTULO/BOLETO OU QUALQUER FORMA DE PAGAMENTO QUE FOI NEGOCIADA. - NO ATO DA ENTREGA DO PEDIDO É OBRIGATÓRIO ENTREGAR JUNTAMENTE COM A NOTA FISCAL AS CERTIDÕES: MUNICIPAL, ESTADUAL, FEDERAL, FGTS E CERTIDÃO TRABALHISTA (TODAS ATUALIZADAS E SEM DÉBITOS); - HORÁRIO DE ENTREGA: DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA DAS 08:00 ÀS 17:00HS / MEDICAMENTOS E MATERIAL MÉDICO; - OS MATERIAIS DEVERÃO SER ENTREGUES ACOMPANHADOS DE NF COM A ESPECIFICAÇÃO DOS ITENS, MARCA E QUANTIDADE; - NÃO SERÃO ACEITOS MEDICAMENTOS/MATERIAL MÉDICO COM VALIDADE INFERIOR A UM ANO (1 ANO). EXCETO QUANDO INFORMADO E AUTORIZADO ANTES DA EMISSÃO DO PEDIDO. - AS EMPRESAS DEVERÃO ORÇAR OS ITENS DE ACORDO COM O SOLICITADO/ESPECIFICADO. AS EXCEÇÕES DEVERÃO SER INFORMADAS PELA EMPRESA; - INCLUIR NO VALOR DO PRODUTO TODOS OS IMPOSTOS E TAXAS; - FRETE CIF; EM NENHUMA HIPÓTESE DEVE-SE SER COTADO FRETE FOB, CASO EXISTA, ESSE VALOR DEVE SER INCLUSO NOS VALORES UNITÁRIOS DOS ITENS; - ENVIAR JUNTO A NOTA AS CND'S (CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITO) FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA; - OBRIGATORIAMENTE, NOS DADOS ADICIONAIS DA NF, DEVE CONSTAR A SEGUINTE INFORMAÇÃO: CONTRATO DE GESTÃO 045/2022 SES-GO - INSTITUTO PATRIS / HOSPITAL REGIONAL DE LUZIANIA. - INFORMAR TAMBÉM O NÚMERO DO PEDIDO (NÚMERO ESSE QUE É GERADO NA ORDEM DE COMPRA/FORNECIMENTO). - NA AUSÊNCIA DE BOLETO BANCÁRIO, INFORMAR TAMBÉM DADOS BANCÁRIOS PARA DEPÓSITO; - NÃO EFETUAMOS PAGAMENTO À VISTA; OBS: CASO SEJA SUA PRIMEIRA PARTICIPAÇÃO NAS COMPRAS DO INSTITUTO PATRIS, GENTILEZA INFORMAR QUE ESTÁ TUDO OK COM O CADASTRO, PARA QUE NÃO TENHAMOS PROBLEMAS COM FATURAMENTO/ENTREGA, ETC. QUALQUER DÚVIDA ENTRAR EM CONTATO COM O SETOR DE COMPRAS, PELO TEL.65 98158-9616 (MAYARA)												
Observações do Fornecedor												
Item	Código	Descrição				Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR												
34	5828	LIDOCAINA SOL INJ 2% S/ VASOCONSTRITOR 20ML				-	-	200,00	FRASCO	5,9900	0,00	1.198,00
Total do pedido												1.198,00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta						
418602	139738		17/11/2022	778,70	O.C. Emitida	PEDIDO 013 - MEDICAMENTOS						
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor						
Razão Social	INSTITUTO PATRIS					Razão Social	DOM BOSCO HOSPITALAR EIRELI					
Nome Fantasia	INSTITUTO PATRIS					Nome Fantasia	DOM BOSCO HOSPITALAR					
CNPJ	37.678.845/0002-21					CNPJ	35.020.039/0001-55					
CEP	72.830-015					CEP	72.870-324					
Endereço	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					Endereço	RUA 06 - MORADA NOBRE					
Cidade	LUZIANIA					Cidade	VALPARAISO DE GOIAS					
UF	GO					UF	GO					
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	10.775.504-1					
Contato	MAYARA MARTELLI					Contato	JOSÉ ADMILSON					
Telefone						Telefone	(61) 3054-0440					
Email	compras2@institutopatris.org.br					Email	domboscoval@gmail.com					
Prazo de Entrega Solicitado	3					Prazo de Entrega	2 DIA(s)					
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias					
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	LUCAS COUTO					
						Tipo de Frete	CIF					
						Faturamento Mínimo	50,00					
						Validade da Proposta	17/11/2022					
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 LUZIÂNIA; - DADOS PARA FATURAMENTO CNPJ: 37.678.845/0002-21 (INSTITUTO PATRIS). - PARA RESPONDER A COTAÇÃO, É NECESSÁRIO QUE AS 5 (CINCO) CERTIDÕES DE DÉBITOS ESTEJAM NEGATIVAS, SÃO ELAS: FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA. É OBRIGATÓRIO QUE AS CERTIDÕES ESTEJAM NEGATIVAS NO ATO DA COTAÇÃO E PARA O RECEBIMENTO DO TÍTULO/BOLETO OU QUALQUER FORMA DE PAGAMENTO QUE FOI NEGOCIADA. - NO ATO DA ENTREGA DO PEDIDO É OBRIGATÓRIO ENTREGAR JUNTAMENTE COM A NOTA FISCAL AS CERTIDÕES: MUNICIPAL, ESTADUAL, FEDERAL, FGTS E CERTIDÃO TRABALHISTA (TODAS ATUALIZADAS E SEM DÉBITOS); - HORÁRIO DE ENTREGA: DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA DAS 08:00 ÀS 17:00HS / MEDICAMENTOS E MATERIAL MÉDICO; - OS MATERIAIS DEVERÃO SER ENTREGUES ACOMPANHADOS DE NF COM A ESPECIFICAÇÃO DOS ITENS, MARCA E QUANTIDADE; - NÃO SERÃO ACEITOS MEDICAMENTOS/MATERIAL MÉDICO COM VALIDADE INFERIOR A UM ANO (1 ANO). EXCETO QUANDO INFORMADO E AUTORIZADO ANTES DA EMISSÃO DO PEDIDO. - AS EMPRESAS DEVERÃO ORÇAR OS ITENS DE ACORDO COM O SOLICITADO/ESPECIFICADO. AS EXCEÇÕES DEVERÃO SER INFORMADAS PELA EMPRESA; - INCLUIR NO VALOR DO PRODUTO TODOS OS IMPOSTOS E TAXAS; - FRETE CIF; EM NENHUMA HIPÓTESE DEVE-SE SER COTADO FRETE FOB, CASO EXISTA, ESSE VALOR DEVE SER INCLUSO NOS VALORES UNITÁRIOS DOS ITENS; - ENVIAR JUNTO A NOTA AS CND'S (CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITO) FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA; - OBRIGATORIAMENTE, NOS DADOS ADICIONAIS DA NF, DEVE CONSTAR A SEGUINTE INFORMAÇÃO: CONTRATO DE GESTÃO 045/2022 SES-GO - INSTITUTO PATRIS / HOSPITAL REGIONAL DE LUZIANIA. - INFORMAR TAMBÉM O NÚMERO DO PEDIDO (NÚMERO ESSE QUE É GERADO NA ORDEM DE COMPRA/FORNECIMENTO). - NA AUSÊNCIA DE BOLETO BANCÁRIO, INFORMAR TAMBÉM DADOS BANCÁRIOS PARA DEPÓSITO; - NÃO EFETUAMOS PAGAMENTO À VISTA; OBS: CASO SEJA SUA PRIMEIRA PARTICIPAÇÃO NAS COMPRAS DO INSTITUTO PATRIS, GENTILEZA INFORMAR QUE ESTÁ TUDO OK COM O CADASTRO, PARA QUE NÃO TENHAMOS PROBLEMAS COM FATURAMENTO/ENTREGA, ETC. QUALQUER DÚVIDA ENTRAR EM CONTATO COM O SETOR DE COMPRAS, PELO TEL.65 98158-9616 (MAYARA)												
Observações do Fornecedor												
Item	Código	Descrição				Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR												
34	5828	LIDOCAINA SOL INJ 2% S/ VASOCONSTRITOR 20ML				-	-	130,00	FRASCO	5,9900	0,00	778,70
Total do pedido												778,70

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
418601	139738		17/11/2022	3.741,00	O.C. Emitida	PEDIDO 013 - 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	3					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	15/11/2022			
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 LUZIÂNIA; - DADOS PARA FATURAMENTO CNPJ: 37.678.845/0002-21 (INSTITUTO PATRIS). - PARA RESPONDER A COTAÇÃO, É NECESSÁRIO QUE AS 5 (CINCO) CERTIDÕES DE DÉBITOS ESTEJAM NEGATIVAS, SÃO ELAS: FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA. É OBRIGATÓRIO QUE AS CERTIDÕES ESTEJAM NEGATIVAS NO ATO DA COTAÇÃO E PARA O RECEBIMENTO DO TÍTULO/BOLETO OU QUALQUER FORMA DE PAGAMENTO QUE FOI NEGOCIADA. - NO ATO DA ENTREGA DO PEDIDO É OBRIGATÓRIO ENTREGAR JUNTAMENTE COM A NOTA FISCAL AS CERTIDÕES: MUNICIPAL, ESTADUAL, FEDERAL, FGTS E CERTIDÃO TRABALHISTA (TODAS ATUALIZADAS E SEM DÉBITOS); - HORÁRIO DE ENTREGA: DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA DAS 08:00 ÀS 17:00HS / MEDICAMENTOS E MATERIAL MÉDICO; - OS MATERIAIS DEVERÃO SER ENTREGUES ACOMPANHADOS DE NF COM A ESPECIFICAÇÃO DOS ITENS, MARCA E QUANTIDADE; - NÃO SERÃO ACEITOS MEDICAMENTOS/MATERIAL MÉDICO COM VALIDADE INFERIOR A UM ANO (1 ANO). EXCETO QUANDO INFORMADO E AUTORIZADO ANTES DA EMISSÃO DO PEDIDO. - AS EMPRESAS DEVERÃO ORÇAR OS ITENS DE ACORDO COM O SOLICITADO/ESPECIFICADO. AS EXCEÇÕES DEVERÃO SER INFORMADAS PELA EMPRESA; - INCLUIR NO VALOR DO PRODUTO TODOS OS IMPOSTOS E TAXAS; - FRETE CIF; EM NENHUMA HIPÓTESE DEVE-SE SER COTADO FRETE FOB, CASO EXISTA, ESSE VALOR DEVE SER INCLUSO NOS VALORES UNITÁRIOS DOS ITENS; - ENVIAR JUNTO A NOTA AS CND'S (CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITO) FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA; - OBRIGATORIAMENTE, NOS DADOS ADICIONAIS DA NF, DEVE CONSTAR A SEGUINTE INFORMAÇÃO: CONTRATO DE GESTÃO 045/2022 SES-GO - INSTITUTO PATRIS / HOSPITAL REGIONAL DE LUZIANIA. - INFORMAR TAMBÉM O NÚMERO DO PEDIDO (NÚMERO ESSE QUE É GERADO NA ORDEM DE COMPRA/FORNECIMENTO). - NA AUSÊNCIA DE BOLETO BANCÁRIO, INFORMAR TAMBÉM DADOS BANCÁRIOS PARA DEPÓSITO; - NÃO EFETUAMOS PAGAMENTO À VISTA; OBS: CASO SEJA SUA PRIMEIRA PARTICIPAÇÃO NAS COMPRAS DO INSTITUTO PATRIS, GENTILEZA INFORMAR QUE ESTÁ TUDO OK COM O CADASTRO, PARA QUE NÃO TENHAMOS PROBLEMAS COM FATURAMENTO/ENTREGA, ETC. QUALQUER DÚVIDA ENTRAR EM CONTATO COM O SETOR DE COMPRAS, PELO TEL.65 98158-9616 (MAYARA)										
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% 100MG/3ML SOL INJ X 5	UNIÃO QUÍMICA	85,00	AMPOLA	3,8000	0,00	323,00	
31	5625	HIDROCORTISONA PO P/ SOL INJ 500MG	CORTISONAL 500MG INJ 50FA	UNIÃO QUÍMICA	250,00	FRASCO	4,6000	0,00	1.150,00	
54	34089	SACARATO DE HIDROXIDO FERRICO SOL INJ 20MG /ML 5ML	SUCROFER 20 MG/ML SOL INJ CT 5 FA X 5 ML	UNIÃO QUÍMICA	105,00	AMPOLA	9,6000	0,00	1.008,00	
61	6068	VANCOMICINA PO P/ SOL INJ 500MG	VANCOTRAT 500MG PO INJ X 50 FA	UNIÃO QUÍMICA	300,00	FRASCO	4,2000	0,00	1.260,00	
Total do pedido									3.741,00	

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
418600	139738		17/11/2022	1.422,00	O.C. Emitida	PEDIDO 013 - MEDICAMENTOS					
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor					
Razão Social	INSTITUTO PATRIS					Razão Social	GOYAZ SERVICE COMÉRCIO E LOGÍSTICA LTDA				
Nome Fantasia	INSTITUTO PATRIS					Nome Fantasia	GOYAZ SERVICE HOSPITALAR				
CNPJ	37.678.845/0002-21					CNPJ	07.928.753/0001-00				
CEP	72.830-015					CEP	75.368-155				
Endereço	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					Endereço	RUA SILVIO CALDAS QD. 13 LT. 17 - RESIDENCIAL LIMOEIRO				
Cidade	LUZIANIA					Cidade	GOIANIRA				
UF	GO					UF	GO				
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	104331356				
Contato	MAYARA MARTELLI					Contato	ANA CAROLINA				
Telefone						Telefone	(62) 3433-7715				
Email	compras2@institutopatris.org.br					Email	.				
Prazo de Entrega Solicitado	3					Prazo de Entrega	1 DIA(s)				
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias				
Nome do Vendedor						Nome do Vendedor	ANA CAROLINA RODRIGUES DA SILVA				
Tipo de Frete						Tipo de Frete	CIF				
Faturamento Mínimo	BOLETO BANCÁRIO					Faturamento Mínimo	300,00				
Validade da Proposta						Validade da Proposta	25/11/2022				
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 LUZIÂNIA; - DADOS PARA FATURAMENTO CNPJ: 37.678.845/0002-21 (INSTITUTO PATRIS). - PARA RESPONDER A COTAÇÃO, É NECESSÁRIO QUE AS 5 (CINCO) CERTIDÕES DE DÉBITOS ESTEJAM NEGATIVAS, SÃO ELAS: FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA. É OBRIGATÓRIO QUE AS CERTIDÕES ESTEJAM NEGATIVAS NO ATO DA COTAÇÃO E PARA O RECEBIMENTO DO TÍTULO/BOLETO OU QUALQUER FORMA DE PAGAMENTO QUE FOI NEGOCIADA. - NO ATO DA ENTREGA DO PEDIDO É OBRIGATÓRIO ENTREGAR JUNTAMENTE COM A NOTA FISCAL AS CERTIDÕES: MUNICIPAL, ESTADUAL, FEDERAL, FGTS E CERTIDÃO TRABALHISTA (TODAS ATUALIZADAS E SEM DÉBITOS); - HORÁRIO DE ENTREGA: DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA DAS 08:00 ÀS 17:00HS / MEDICAMENTOS E MATERIAL MÉDICO; - OS MATERIAIS DEVERÃO SER ENTREGUES ACOMPANHADOS DE NF COM A ESPECIFICAÇÃO DOS ITENS, MARCA E QUANTIDADE; - NÃO SERÃO ACEITOS MEDICAMENTOS/MATERIAL MÉDICO COM VALIDADE INFERIOR A UM ANO (1 ANO). EXCETO QUANDO INFORMADO E AUTORIZADO ANTES DA EMISSÃO DO PEDIDO. - AS EMPRESAS DEVERÃO ORÇAR OS ITENS DE ACORDO COM O SOLICITADO/ESPECIFICADO. AS EXCEÇÕES DEVERÃO SER INFORMADAS PELA EMPRESA; - INCLUIR NO VALOR DO PRODUTO TODOS OS IMPOSTOS E TAXAS; - FRETE CIF; EM NENHUMA HIPÓTESE DEVE-SE SER COTADO FRETE FOB, CASO EXISTA, ESSE VALOR DEVE SER INCLUSO NOS VALORES UNITÁRIOS DOS ITENS; - ENVIAR JUNTO A NOTA AS CND'S (CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITO) FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA; - OBRIGATORIAMENTE, NOS DADOS ADICIONAIS DA NF, DEVE CONSTAR A SEGUINTE INFORMAÇÃO: CONTRATO DE GESTÃO 045/2022 SES-GO - INSTITUTO PATRIS / HOSPITAL REGIONAL DE LUZIANIA. - INFORMAR TAMBÉM O NÚMERO DO PEDIDO (NÚMERO ESSE QUE É GERADO NA ORDEM DE COMPRA/FORNECIMENTO). - NA AUSÊNCIA DE BOLETO BANCÁRIO, INFORMAR TAMBÉM DADOS BANCÁRIOS PARA DEPÓSITO; - NÃO EFETUAMOS PAGAMENTO À VISTA; OBS: CASO SEJA SUA PRIMEIRA PARTICIPAÇÃO NAS COMPRAS DO INSTITUTO PATRIS, GENTILEZA INFORMAR QUE ESTÁ TUDO OK COM O CADASTRO, PARA QUE NÃO TENHAMOS PROBLEMAS COM FATURAMENTO/ENTREGA, ETC. QUALQUER DÚVIDA ENTRAR EM CONTATO COM O SETOR DE COMPRAS, PELO TEL.65 98158-9616 (MAYARA)											
Observações do Fornecedor											
Item	Código	Descrição			Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR											
62	7557	VITAMINAS DO COMPLEXO B SOL INJ 2ML			HYPOFARMA	HYPOFARMA	300,00	AMPOLA	4,7400	0,00	1.422,00
Total do pedido											1.422,00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
418599	139738		17/11/2022	3.426,00	O.C. Emitida	PEDIDO 013 - MEDICAMENTOS					
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor					
Razão Social	INSTITUTO PATRIS					Razão Social	AMPLA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS LTDA				
Nome Fantasia	INSTITUTO PATRIS					Nome Fantasia	AMPLA DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENT				
CNPJ	37.678.845/0002-21					CNPJ	33.472.974/0001-27				
CEP	72.830-015					CEP	71.215-650				
Endereço	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					Endereço	SGCV/SUL LOTE 15 BLOCO C LOJA 122 E 123 ED JADE HOTEL HOME OFFICE - GUARA				
Cidade	LUZIANIA					Cidade	BRASILIA				
UF	GO					UF	DF				
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	07.913.705/001-62				
Contato	MAYARA MARTELLI					Contato	61991998146				
Telefone						Telefone	(61) 3546-6904				
Email	compras2@institutopatris.org.br					Email	comercial@amplamedicamentos.com.br				
Prazo de Entrega Solicitado	3					Prazo de Entrega	2 DIA(s)				
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias				
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	WALÉRIA AZEVEDO				
						Tipo de Frete	CIF				
						Faturamento Mínimo	1.000,00				
Endereço de cobrança	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947					Validade da Proposta	11/11/2022				
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 LUZIÂNIA; - DADOS PARA FATURAMENTO CNPJ: 37.678.845/0002-21 (INSTITUTO PATRIS). - PARA RESPONDER A COTAÇÃO, É NECESSÁRIO QUE AS 5 (CINCO) CERTIDÕES DE DÉBITOS ESTEJAM NEGATIVAS, SÃO ELAS: FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA. É OBRIGATÓRIO QUE AS CERTIDÕES ESTEJAM NEGATIVAS NO ATO DA COTAÇÃO E PARA O RECEBIMENTO DO TÍTULO/BOLETO OU QUALQUER FORMA DE PAGAMENTO QUE FOI NEGOCIADA. - NO ATO DA ENTREGA DO PEDIDO É OBRIGATÓRIO ENTREGAR JUNTAMENTE COM A NOTA FISCAL AS CERTIDÕES: MUNICIPAL, ESTADUAL, FEDERAL, FGTS E CERTIDÃO TRABALHISTA (TODAS ATUALIZADAS E SEM DÉBITOS); - HORÁRIO DE ENTREGA: DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA DAS 08:00 ÀS 17:00HS / MEDICAMENTOS E MATERIAL MÉDICO; - OS MATERIAIS DEVERÃO SER ENTREGUES ACOMPANHADOS DE NF COM A ESPECIFICAÇÃO DOS ITENS, MARCA E QUANTIDADE; - NÃO SERÃO ACEITOS MEDICAMENTOS/MATERIAL MÉDICO COM VALIDADE INFERIOR A UM ANO (1 ANO). EXCETO QUANDO INFORMADO E AUTORIZADO ANTES DA EMISSÃO DO PEDIDO. - AS EMPRESAS DEVERÃO ORÇAR OS ITENS DE ACORDO COM O SOLICITADO/ESPECIFICADO. AS EXCEÇÕES DEVERÃO SER INFORMADAS PELA EMPRESA; - INCLUIR NO VALOR DO PRODUTO TODOS OS IMPOSTOS E TAXAS; - FRETE CIF; EM NENHUMA HIPÓTESE DEVE-SE SER COTADO FRETE FOB, CASO EXISTA, ESSE VALOR DEVE SER INCLUSO NOS VALORES UNITÁRIOS DOS ITENS; - ENVIAR JUNTO A NOTA AS CND'S (CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITO) FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA; - OBRIGATORIAMENTE, NOS DADOS ADICIONAIS DA NF, DEVE CONSTAR A SEGUINTE INFORMAÇÃO: CONTRATO DE GESTÃO 045/2022 SES-GO - INSTITUTO PATRIS / HOSPITAL REGIONAL DE LUZIANIA. - INFORMAR TAMBÉM O NÚMERO DO PEDIDO (NÚMERO ESSE QUE É GERADO NA ORDEM DE COMPRA/FORNECIMENTO). - NA AUSÊNCIA DE BOLETO BANCÁRIO, INFORMAR TAMBÉM DADOS BANCÁRIOS PARA DEPÓSITO; - NÃO EFETUAMOS PAGAMENTO À VISTA; OBS: CASO SEJA SUA PRIMEIRA PARTICIPAÇÃO NAS COMPRAS DO INSTITUTO PATRIS, GENTILEZA INFORMAR QUE ESTÁ TUDO OK COM O CADASTRO, PARA QUE NÃO TENHAMOS PROBLEMAS COM FATURAMENTO/ENTREGA, ETC. QUALQUER DÚVIDA ENTRAR EM CONTATO COM O SETOR DE COMPRAS, PELO TEL.65 98158-9616 (MAYARA)											
Observações do Fornecedor											
Item	Código	Descrição	Referência			Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR											
24	31550	FITOMENADIONA (VITAMINA K1) SOL INJ IM 10MG/ML 1ML	FITOMENADIONA (VITAMINA K1) SOL INJ IM 10MG/ML 1ML			HIPOLABOR	100,00	AMPOLA	2,2600	0,00	226,00
26	42953	GEL C/ PHMB P/ LIMPEZA E HIDRAT DE FERIDAS 0,1% 100ML	GEL C/ PHMB P/ LIMPEZA E HIDRAT DE FERIDAS 0,1% 100ML			DBS	50,00	TUBO	64,0000	0,00	3.200,00
Total do pedido											3.426,00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
418598	139738		17/11/2022	2.266,68	O.C. Emitida	PEDIDO 013 - 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	vendas03.cadistribuidora@gmail.com
Prazo de Entrega Solicitado	3					Prazo de Entrega	2 DIA(s)
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias
Nome do Vendedor						Nome do Vendedor	ELISANGELA CORDEIRO
Tipo de Frete						Tipo de Frete	CIF
Faturamento Mínimo						Faturamento Mínimo	600,00
Validade da Proposta						Validade da Proposta	25/11/2022
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 LUZIÂNIA; - DADOS PARA FATURAMENTO CNPJ: 37.678.845/0002-21 (INSTITUTO PATRIS). - PARA RESPONDER A COTAÇÃO, É NECESSÁRIO QUE AS 5 (CINCO) CERTIDÕES DE DÉBITOS ESTEJAM NEGATIVAS, SÃO ELAS: FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA. É OBRIGATÓRIO QUE AS CERTIDÕES ESTEJAM NEGATIVAS NO ATO DA COTAÇÃO E PARA O RECEBIMENTO DO TÍTULO/BOLETO OU QUALQUER FORMA DE PAGAMENTO QUE FOI NEGOCIADA. - NO ATO DA ENTREGA DO PEDIDO É OBRIGATÓRIO ENTREGAR JUNTAMENTE COM A NOTA FISCAL AS CERTIDÕES: MUNICIPAL, ESTADUAL, FEDERAL, FGTS E CERTIDÃO TRABALHISTA (TODAS ATUALIZADAS E SEM DÉBITOS); - HORÁRIO DE ENTREGA: DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA DAS 08:00 ÀS 17:00HS / MEDICAMENTOS E MATERIAL MÉDICO; - OS MATERIAIS DEVERÃO SER ENTREGUES ACOMPANHADOS DE NF COM A ESPECIFICAÇÃO DOS ITENS, MARCA E QUANTIDADE; - NÃO SERÃO ACEITOS MEDICAMENTOS/MATERIAL MÉDICO COM VALIDADE INFERIOR A UM ANO (1 ANO). EXCETO QUANDO INFORMADO E AUTORIZADO ANTES DA EMISSÃO DO PEDIDO. - AS EMPRESAS DEVERÃO ORÇAR OS ITENS DE ACORDO COM O SOLICITADO/ESPECIFICADO. AS EXCEÇÕES DEVERÃO SER INFORMADAS PELA EMPRESA; - INCLUIR NO VALOR DO PRODUTO TODOS OS IMPOSTOS E TAXAS; - FRETE CIF; EM NENHUMA HIPÓTESE DEVE-SE SER COTADO FRETE FOB, CASO EXISTA, ESSE VALOR DEVE SER INCLUSO NOS VALORES UNITÁRIOS DOS ITENS; - ENVIAR JUNTO A NOTA AS CND’S (CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITO) FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA; - OBRIGATORIAMENTE, NOS DADOS ADICIONAIS DA NF, DEVE CONSTAR A SEGUINTE INFORMAÇÃO: CONTRATO DE GESTÃO 045/2022 SES-GO - INSTITUTO PATRIS / HOSPITAL REGIONAL DE LUZIANIA. - INFORMAR TAMBÉM O NÚMERO DO PEDIDO (NÚMERO ESSE QUE É GERADO NA ORDEM DE COMPRA/FORNECIMENTO). - NA AUSÊNCIA DE BOLETO BANCÁRIO, INFORMAR TAMBÉM DADOS BANCÁRIOS PARA DEPÓSITO; - NÃO EFETUAMOS PAGAMENTO À VISTA; OBS: CASO SEJA SUA PRIMEIRA PARTICIPAÇÃO NAS COMPRAS DO INSTITUTO PATRIS, GENTILEZA INFORMAR QUE ESTÁ TUDO OK COM O CADASTRO, PARA QUE NÃO TENHAMOS PROBLEMAS COM FATURAMENTO/ENTREGA, ETC. QUALQUER DÚVIDA ENTRAR EM CONTATO COM O SETOR DE COMPRAS, PELO TEL.65 98158-9616 (MAYARA)							
Observações do Fornecedor							

Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	VL. Unit.	Desconto	VL. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
3	21889	AMBROXOL SOL ORAL ADULTO 30MG/5ML 120ML	NATIPLUS	NATIPLUS	72,00	FRASCO	8,7200	0,00	627,84
6	6468	BUPIVACAINA (CLORIDRATO) ISOBÁRICA SOLUÇÃO ONJ. 5MG /ML	CRISTALIA	CRISTALIA	40,00	AMPOLA	4,4900	0,00	179,60
25	5013	FUROSEMIDA COMP 40 MG	PRATI DONADUZZI	PRATI DONADUZZI	500,00	COMPRIMIDO	0,0700	0,00	35,00
35	21994	LORATADINA COMP 10MG	NEO QUIMICA	NEO QUIMICA	88,00	COMPRIMIDO	0,1400	0,00	12,32
41	23531	OLEO MINERAL 100ML DE BAIXA VISCOSIDADE	AIRELA	AIRELA	100,00	FRASCO	4,4300	0,00	443,00
DE BAIXA VISCOSIDADE MA-800H									
46	17948	OXIDO DE ZINCO + VIT. A+D TUBO 45G	GERMED	GERMED	54,00	TUBO	9,9800	0,00	538,92
49	6717	PREDNISONA 20MG	VITAMEDIC	VITAMEDIC	80,00	COMPRIMIDO	0,2500	0,00	20,00
50	5653	PROMETAZINA SOL INJ 25MG/ML 2ML	HIPOLABOR	HIPOLABOR	200,00	AMPOLA	2,0500	0,00	410,00
Total do pedido									2.266,68

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
418597	139738		17/11/2022	1.406,00	O.C. Emitida	PEDIDO 013 - MEDICAMENTOS				
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor				
Razão Social	INSTITUTO PATRIS					Razão Social	EQUILIBRIUM DISTRIBUIDORA DE MEDICAMENTOS EIRELI			
Nome Fantasia	INSTITUTO PATRIS					Nome Fantasia	EQUILIBRIUM DISTRIBUIDORA			
CNPJ	37.678.845/0002-21					CNPJ	07.642.426/0001-98			
CEP	72.830-015					CEP	74.860-370			
Endereço	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					Endereço	AV. BRASIL - JARDIM DA LUZ			
Cidade	LUZIANIA					Cidade	GOIANIA			
UF	GO					UF	GO			
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	10.530.616-9			
Contato	MAYARA MARTELLI					Contato	ANDRESSA (62) 31210685			
Telefone						Telefone	(62) 3272-8949			
Email	compras2@institutopatris.org.br					Email	.isabel.cristina@nutriex.com.br			
Prazo de Entrega Solicitado	3					Prazo de Entrega	3 DIA(s)			
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias			
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	ISABEL CRISTINA			
						Tipo de Frete	CIF			
						Faturamento Mínimo	700,00			
						Validade da Proposta	25/11/2022			
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 LUZIÂNIA; - DADOS PARA FATURAMENTO CNPJ: 37.678.845/0002-21 (INSTITUTO PATRIS). - PARA RESPONDER A COTAÇÃO, É NECESSÁRIO QUE AS 5 (CINCO) CERTIDÕES DE DÉBITOS ESTEJAM NEGATIVAS, SÃO ELAS: FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA. É OBRIGATÓRIO QUE AS CERTIDÕES ESTEJAM NEGATIVAS NO ATO DA COTAÇÃO E PARA O RECEBIMENTO DO TÍTULO/BOLETO OU QUALQUER FORMA DE PAGAMENTO QUE FOI NEGOCIADA. - NO ATO DA ENTREGA DO PEDIDO É OBRIGATÓRIO ENTREGAR JUNTAMENTE COM A NOTA FISCAL AS CERTIDÕES: MUNICIPAL, ESTADUAL, FEDERAL, FGTS E CERTIDÃO TRABALHISTA (TODAS ATUALIZADAS E SEM DÉBITOS); - HORÁRIO DE ENTREGA: DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA DAS 08:00 ÀS 17:00HS / MEDICAMENTOS E MATERIAL MÉDICO; - OS MATERIAIS DEVERÃO SER ENTREGUES ACOMPANHADOS DE NF COM A ESPECIFICAÇÃO DOS ITENS, MARCA E QUANTIDADE; - NÃO SERÃO ACEITOS MEDICAMENTOS/MATERIAL MÉDICO COM VALIDADE INFERIOR A UM ANO (1 ANO). EXCETO QUANDO INFORMADO E AUTORIZADO ANTES DA EMISSÃO DO PEDIDO. - AS EMPRESAS DEVERÃO ORÇAR OS ITENS DE ACORDO COM O SOLICITADO/ESPECIFICADO. AS EXCEÇÕES DEVERÃO SER INFORMADAS PELA EMPRESA; - INCLUIR NO VALOR DO PRODUTO TODOS OS IMPOSTOS E TAXAS; - FRETE CIF; EM NENHUMA HIPÓTESE DEVE-SE SER COTADO FRETE FOB, CASO EXISTA, ESSE VALOR DEVE SER INCLUSO NOS VALORES UNITÁRIOS DOS ITENS; - ENVIAR JUNTO A NOTA AS CND'S (CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITO) FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA; - OBRIGATORIAMENTE, NOS DADOS ADICIONAIS DA NF, DEVE CONSTAR A SEGUINTE INFORMAÇÃO: CONTRATO DE GESTÃO 045/2022 SES-GO - INSTITUTO PATRIS / HOSPITAL REGIONAL DE LUZIANIA. - INFORMAR TAMBÉM O NÚMERO DO PEDIDO (NÚMERO ESSE QUE É GERADO NA ORDEM DE COMPRA/FORNECIMENTO). - NA AUSÊNCIA DE BOLETO BANCÁRIO, INFORMAR TAMBÉM DADOS BANCÁRIOS PARA DEPÓSITO; - NÃO EFETUAMOS PAGAMENTO À VISTA; OBS: CASO SEJA SUA PRIMEIRA PARTICIPAÇÃO NAS COMPRAS DO INSTITUTO PATRIS, GENTILEZA INFORMAR QUE ESTÁ TUDO OK COM O CADASTRO, PARA QUE NÃO TENHAMOS PROBLEMAS COM FATURAMENTO/ENTREGA, ETC. QUALQUER DÚVIDA ENTRAR EM CONTATO COM O SETOR DE COMPRAS, PELO TEL.65 98158-9616 (MAYARA)										
Observações do Fornecedor										
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total	
MÉDICO / HOSPITALAR										
51		PROPOFOL SOL INJ 10MG/ML 20ML	AMP	NUTRIEX / MAYA	370,00	FRASCO	3,8000	0,00	1.406,00	
Total do pedido									1.406,00	

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
418596	139738		17/11/2022	1.203,79	O.C. Emitida	PEDIDO 013 - 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	3					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	09/11/2022			
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 LUZIÂNIA; -DADOS PARA FATURAMENTO CNPJ: 37.678.845/0002-21 (INSTITUTO PATRIS). - PARA RESPONDER A COTAÇÃO, É NECESSÁRIO QUE AS 5 (CINCO) CERTIDÕES DE DÉBITOS ESTEJAM NEGATIVAS, SÃO ELAS: FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA. É OBRIGATÓRIO QUE AS CERTIDÕES ESTEJAM NEGATIVAS NO ATO DA COTAÇÃO E PARA O RECEBIMENTO DO TÍTULO/BOLETO OU QUALQUER FORMA DE PAGAMENTO QUE FOI NEGOCIADA. -NO ATO DA ENTREGA DO PEDIDO É OBRIGATÓRIO ENTREGAR JUNTAMENTE COM A NOTA FISCAL AS CERTIDÕES: MUNICIPAL, ESTADUAL, FEDERAL, FGTS E CERTIDÃO TRABALHISTA (TODAS ATUALIZADAS E SEM DÉBITOS); - HORÁRIO DE ENTREGA: DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA DAS 08:00 ÀS 17:00HS / MEDICAMENTOS E MATERIAL MÉDICO; -OS MATERIAIS DEVERÃO SER ENTREGUES ACOMPANHADOS DE NF COM A ESPECIFICAÇÃO DOS ITENS, MARCA E QUANTIDADE; - NÃO SERÃO ACEITOS MEDICAMENTOS/MATERIAL MÉDICO COM VALIDADE INFERIOR A UM ANO (1 ANO). EXCETO QUANDO INFORMADO E AUTORIZADO ANTES DA EMISSÃO DO PEDIDO. -AS EMPRESAS DEVERÃO ORÇAR OS ITENS DE ACORDO COM O SOLICITADO/ESPECIFICADO. AS EXCEÇÕES DEVERÃO SER INFORMADAS PELA EMPRESA; -INCLUIR NO VALOR DO PRODUTO TODOS OS IMPOSTOS E TAXAS; -FRETE CIF; EM NENHUMA HIPÓTESE DEVE-SE SER COTADO FRETE FOB, CASO EXISTA, ESSE VALOR DEVE SER INCLUSO NOS VALORES UNITÁRIOS DOS ITENS; -ENVIAR JUNTO A NOTA AS CND'S (CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITO) FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA; - OBRIGATORIAMENTE, NOS DADOS ADICIONAIS DA NF, DEVE CONSTAR A SEGUINTE INFORMAÇÃO: CONTRATO DE GESTÃO 045/2022 SES-GO - INSTITUTO PATRIS / HOSPITAL REGIONAL DE LUZIANIA. - INFORMAR TAMBÉM O NÚMERO DO PEDIDO (NÚMERO ESSE QUE É GERADO NA ORDEM DE COMPRA/FORNECIMENTO). - NA AUSÊNCIA DE BOLETO BANCÁRIO, INFORMAR TAMBÉM DADOS BANCÁRIOS PARA DEPÓSITO; - NÃO EFETUAMOS PAGAMENTO À VISTA; OBS: CASO SEJA SUA PRIMEIRA PARTICIPAÇÃO NAS COMPRAS DO INSTITUTO PATRIS, GENTILEZA INFORMAR QUE ESTÁ TUDO OK COM O CADASTRO, PARA QUE NÃO TENHAMOS PROBLEMAS COM FATURAMENTO/ENTREGA, ETC. QUALQUER DÚVIDA ENTRAR EM CONTATO COM O SETOR DE COMPRAS, PELO TEL.65 98158-9616 (MAYARA)										
Observações do Fornecedor										
Consultor(a) : TAUANA CRISTINA WPP : (62) 9 9658-0269 / Fone (62) 3928-8989 Ramal : 5031 / E-mail: vendas02@supermedica.com.br / (NAO FRACIONAMOS CAIXAS) Pagamento E faturamento mínimo negociável (sujeito a analise de crédito) - 490276										
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total	
MÉDICO / HOSPITALAR										
37	34081	METOPROLOL COMP 25MG	C/30	PHARLAB VENCE 08/2023	630,00	COMPRIMIDO	0,2860	0,00	0,00	
Total do pedido									1.203,79	

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
418595	139738		17/11/2022	20.410,00	O.C. Emitida	PEDIDO 013 - MEDICAMENTOS					
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor					
Razão Social		INSTITUTO PATRIS				Razão Social		ELLO DISTRIBUICAO LTDA - EPP			
Nome Fantasia		INSTITUTO PATRIS				Nome Fantasia		ELLO DISTRIBUICAO			
CNPJ		37.678.845/0002-21				CNPJ		14.115.388/0001-80			
CEP		72.830-015				CEP		74.780-562			
Endereço		AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII				Endereço		AV: ANAPOLIS - VILA PEDROSO			
Cidade		LUZIANIA				Cidade		GOIANIA			
UF		GO				UF		GO			
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		10574978248			
Contato		MAYARA MARTELLI				Contato		WILLIAM PERILLO - 98406-6004			
Telefone						Telefone		(62) 4009-2100			
Email		compras2@institutopatris.org.br				Email		comercial@ellodistribuicao.com.br;compras@ellodistribuicao.com.br;daniela@ellodistribuicao.com.br;			
Prazo de Entrega Solicitado		3				Prazo de Entrega		3 DIA(s)			
Cond. Pagamento Solicitado		A PRAZO				Cond. Pagamento		30 Dias			
Forma de Pagamento		BOLETO BANCÁRIO				Nome do Vendedor		NATALLIA DIAS			
						Tipo de Frete		CIF			
						Faturamento Mínimo		1.000,00			
Endereço de cobrança		AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947				Validade da Proposta		07/11/2022			
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 LUZIÂNIA; - DADOS PARA FATURAMENTO CNPJ: 37.678.845/0002-21 (INSTITUTO PATRIS). - PARA RESPONDER A COTAÇÃO, É NECESSÁRIO QUE AS 5 (CINCO) CERTIDÕES DE DÉBITOS ESTEJAM NEGATIVAS, SÃO ELAS: FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA. É OBRIGATÓRIO QUE AS CERTIDÕES ESTEJAM NEGATIVAS NO ATO DA COTAÇÃO E PARA O RECEBIMENTO DO TÍTULO/BOLETO OU QUALQUER FORMA DE PAGAMENTO QUE FOI NEGOCIADA. - NO ATO DA ENTREGA DO PEDIDO É OBRIGATÓRIO ENTREGAR JUNTAMENTE COM A NOTA FISCAL AS CERTIDÕES: MUNICIPAL, ESTADUAL, FEDERAL, FGTS E CERTIDÃO TRABALHISTA (TODAS ATUALIZADAS E SEM DÉBITOS); - HORÁRIO DE ENTREGA: DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA DAS 08:00 ÀS 17:00HS / MEDICAMENTOS E MATERIAL MÉDICO; - OS MATERIAIS DEVERÃO SER ENTREGUES ACOMPANHADOS DE NF COM A ESPECIFICAÇÃO DOS ITENS, MARCA E QUANTIDADE; - NÃO SERÃO ACEITOS MEDICAMENTOS/MATERIAL MÉDICO COM VALIDADE INFERIOR A UM ANO (1 ANO). EXCETO QUANDO INFORMADO E AUTORIZADO ANTES DA EMISSÃO DO PEDIDO. - AS EMPRESAS DEVERÃO ORÇAR OS ITENS DE ACORDO COM O SOLICITADO/ESPECIFICADO. AS EXCEÇÕES DEVERÃO SER INFORMADAS PELA EMPRESA; - INCLUIR NO VALOR DO PRODUTO TODOS OS IMPOSTOS E TAXAS; - FRETE CIF; EM NENHUMA HIPÓTESE DEVE-SE SER COTADO FRETE FOB, CASO EXISTA, ESSE VALOR DEVE SER INCLUSO NOS VALORES UNITÁRIOS DOS ITENS; - ENVIAR JUNTO A NOTA AS CND'S (CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITO) FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA; - OBRIGATORIAMENTE, NOS DADOS ADICIONAIS DA NF, DEVE CONSTAR A SEGUINTE INFORMAÇÃO: CONTRATO DE GESTÃO 045/2022 SES-GO - INSTITUTO PATRIS / HOSPITAL REGIONAL DE LUZIANIA. - INFORMAR TAMBÉM O NÚMERO DO PEDIDO (NÚMERO ESSE QUE É GERADO NA ORDEM DE COMPRA/FORNECIMENTO). - NA AUSÊNCIA DE BOLETO BANCÁRIO, INFORMAR TAMBÉM DADOS BANCÁRIOS PARA DEPÓSITO; - NÃO EFETUAMOS PAGAMENTO À VISTA; OBS: CASO SEJA SUA PRIMEIRA PARTICIPAÇÃO NAS COMPRAS DO INSTITUTO PATRIS, GENTILEZA INFORMAR QUE ESTÁ TUDO OK COM O CADASTRO, PARA QUE NÃO TENHAMOS PROBLEMAS COM FATURAMENTO/ENTREGA, ETC. QUALQUER DÚVIDA ENTRAR EM CONTATO COM O SETOR DE COMPRAS, PELO TEL.65 98158-9616 (MAYARA)											
Observações do Fornecedor											
Item	Código	Descrição			Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR											
2	5617	AGUA BIDESTILADA SOL INJ 10ML			CX C/200	ISOFARMA	5.800,00	FRASCO / AMPOLA	0,3700	58,00	2.146,00
13	33776	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 500ML BOLSA			CX C/30	FRESENIUS	960,00	BOLSA	9,0000	0,00	8.640,00
43	10896	OMEPRAZOL PO P/ SOL INJ 40MG			CX C/20	BLAU	740,00	AMPOLA	7,5000	962,00	5.550,00
52	5414	RINGER C/ LACTATO SOL INJ 500ML			CX C/30	FRESENIUS	300,00	FRASCO	13,5800	126,00	4.074,00
Total do pedido											20.410,00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
418594	139738		17/11/2022	42.541,88	O.C. Emitida	PEDIDO 013 - MEDICAMENTOS	
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor	
Razão Social	INSTITUTO PATRIS					Razão Social	COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
Nome Fantasia	INSTITUTO PATRIS					Nome Fantasia	COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
CNPJ	37.678.845/0002-21					CNPJ	67.729.178/0004-91
CEP	72.830-015					CEP	13.916-074
Endereço	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII					Endereço	PRAÇA EMILIO MARCONATO - NUCLEO RESIDENCIAL DOUTOR JOÃO ALDO NASSIF
Cidade	LUZIANIA					Cidade	JAGUARIUNA
UF	GO					UF	SP
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	0629965800102
Contato	MAYARA MARTELLI					Contato	ALINE REZENDE/GLAUCIA/NATALIA/DAIANE/MARCIA /RENATO
Telefone						Telefone	(19) 3522-5808
Email	compras2@institutopatris.org.br					Email	paula.rodrigues@rioclarense.com.br;eliossane.praseres@rioclarense.com.br
Prazo de Entrega Solicitado	3					Prazo de Entrega	2 DIA(s)
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	28 Dias
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	DEYVISON
Endereço de cobrança	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947					Tipo de Frete	CIF
Endereço de entrega	AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ 72.830-015 PARQUE ESTRELA DALVA VII LUZIANIA/GO (62) 9 8556-3947					Faturamento Mínimo	500,00
						Validade da Proposta	18/11/2022
Observações do Comprador							
-AQUISIÇÃO PARA ATENDER DEMANDA DO HOSPITAL ESTADUAL DE LUZIÂNIA; -DADOS PARA FATURAMENTO CNPJ: 37.678.845/0002-21 (INSTITUTO PATRIS). - PARA RESPONDER A COTAÇÃO, É NECESSÁRIO QUE AS 5 (CINCO) CERTIDÕES DE DÉBITOS ESTEJAM NEGATIVAS, SÃO ELAS: FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA. É OBRIGATÓRIO QUE AS CERTIDÕES ESTEJAM NEGATIVAS NO ATO DA COTAÇÃO E PARA O RECEBIMENTO DO TÍTULO/BOLETO OU QUALQUER FORMA DE PAGAMENTO QUE FOI NEGOCIADA. -NO ATO DA ENTREGA DO PEDIDO É OBRIGATÓRIO ENTREGAR JUNTAMENTE COM A NOTA FISCAL AS CERTIDÕES: MUNICIPAL, ESTADUAL, FEDERAL, FGTS E CERTIDÃO TRABALHISTA (TODAS ATUALIZADAS E SEM DÉBITOS); - HORÁRIO DE ENTREGA: DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA DAS 08:00 ÀS 17:00HS / MEDICAMENTOS E MATERIAL MÉDICO; -OS MATERIAIS DEVERÃO SER ENTREGUES ACOMPANHADOS DE NF COM A ESPECIFICAÇÃO DOS ITENS, MARCA E QUANTIDADE; - NÃO SERÃO ACEITOS MEDICAMENTOS/MATERIAL MÉDICO COM VALIDADE INFERIOR A UM ANO (1 ANO). EXCETO QUANDO INFORMADO E AUTORIZADO ANTES DA EMISSÃO DO PEDIDO. -AS EMPRESAS DEVERÃO ORÇAR OS ITENS DE ACORDO COM O SOLICITADO/ESPECIFICADO. AS EXCEÇÕES DEVERÃO SER INFORMADAS PELA EMPRESA; -INCLUIR NO VALOR DO PRODUTO TODOS OS IMPOSTOS E TAXAS; -FRETE CIF; EM NENHUMA HIPÓTESE DEVE-SE SER COTADO FRETE FOB, CASO EXISTA, ESSE VALOR DEVE SER INCLUSO NOS VALORES UNITÁRIOS DOS ITENS; -ENVIAR JUNTO A NOTA AS CND'S (CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITO) FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA; - OBRIGATORIAMENTE, NOS DADOS ADICIONAIS DA NF, DEVE CONSTAR A SEGUINTE INFORMAÇÃO: CONTRATO DE GESTÃO 045/2022 SES-GO - INSTITUTO PATRIS / HOSPITAL REGIONAL DE LUZIANIA. - INFORMAR TAMBÉM O NÚMERO DO PEDIDO (NÚMERO ESSE QUE É GERADO NA ORDEM DE COMPRA/FORNECIMENTO). - NA AUSÊNCIA DE BOLETO BANCÁRIO, INFORMAR TAMBÉM DADOS BANCÁRIOS PARA DEPÓSITO; - NÃO EFETUAMOS PAGAMENTO À VISTA; OBS: CASO SEJA SUA PRIMEIRA PARTICIPAÇÃO NAS COMPRAS DO INSTITUTO PATRIS, GENTILEZA INFORMAR QUE ESTÁ TUDO OK COM O CADASTRO, PARA QUE NÃO TENHAMOS PROBLEMAS COM FATURAMENTO/ENTREGA, ETC. QUALQUER DÚVIDA ENTRAR EM CONTATO COM O SETOR DE COMPRAS, PELO TEL.65 98158-9616 (MAYARA)							
Observações do Fornecedor							

Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
4	4925	AMITRIPTILINA COMP 25MG	AMITRIPTILINA 25MG CX C/10BL X 20CP GEN	NEO Q/HYP /BRAIN	200,00	COMPRIMIDO	0,0550	0,00	11,00
5	5040	ATENOLOL COMP 25MG	ATENOLOL 25MG CX C/2BL X 15CP GEN	VITAMEDIC	180,00	COMPRIMIDO	0,0455	0,00	8,19
7	4890	CEFTRIAXONA PO P/ SOL INJ 1G	AMPLOSPEC 1G CX C/50FA S/DIL	BIOCHIMICO	700,00	FRASCO / AMPOLA	3,3400	0,00	2.338,00
14	32404	CLOREXIDINA SOLUCAO ALCOOLICA A 0,5% 100ML	CLOREXIDINA 0,5% ALCOOLICA 100ML 1FR - 83501	VIC PHARMA	282,00	FRASCO	1,9400	0,00	547,08
ALMOTOLIA PLÁSTICA DESCARTÁVEL LACRADA; - COM SISTEMA DE ABERTURA QUE NÃO NECESSITE DE MATERIAL CORTANTE; - COM TAMPA ADICIONAL PARA ENCAIXE APÓS ABERTURA; - AUSÊNCIA DE CORANTES, CONSERVANTES E ODORES.									
16	5173	DEXAMETASONA SOL INJ 4MG/ML 2,5 ML	DEXAMETASONA 4MG/ML CX C/100AP X 2,5 ML IM/IV GEN	HIPOLABOR	600,00	FRASCO / AMPOLA	2,2790	0,00	1.367,40
19	499	EPINEFRINA SOL INJ 1MG/ML 1ML (1: 1000)	HYFREN 1 MG/ML SOL INJ CX 100AP VD AMB X 1 ML	HYPOFARMA	100,00	AMPOLA	0,9580	0,00	95,80
20	39690	ESCOPOLAMINA + DIPIRONA SOL INJ 4 + 500MG/ML 5ML (DUPL)	HYPOCINA COMPOSTA CX C/50AP X 5ML	HYPOFARMA	550,00	AMPOLA	2,0700	0,00	1.138,50
21	17655	ESCOVA P/ DEGERMACAO DAS MAOS C/ CLOREXIDINA	ESCOVA DESC C/CLOREXIDINA2% CX C /48UN - 88197	VIC PHARMA	240,00	UNIDADE	1,8990	0,00	455,76
COM CERDAS MACIAS , CABO PLASTICO DESCARTAVEL EMBALAGEM ALUMIZADA /BLISTER , REG MS									
28	5447	GLICOSE SOL INJ 5% 250ML	SORO GLICOSADO 5% 250ML C/48FR S.F	FRESENIUS KABI	528,00	BOLSA	6,5195	0,00	3.442,30
33	17944	LIDOCAINA GELEIA 2% TUBO 30 GRAMAS	LIDOCAINA 2% CX C/100BG X 30GR GEN	HIPOLABOR	100,00	TUBO	2,3500	0,00	235,00
39	42936	NOREPINEFRINA SOL INJ 2MG/ML 4ML	SORO NOREPINEFRINA 2MG/ML CX C/5C/ LACTATO 500ML CX C/ 24 BO	HIPOLABOR	650,00	AMPOLA	3,0200	0,00	1.963,00
42	7429	OMEPRAZOL CAPS 20MG	OMEPRAZOL 20MG CX C/20BL X 25CA GEN	HIPOLABOR	1.000,00	CÁPSULA	0,0763	0,00	76,30
44	6455	ONDANSETRONA SOL INJ 4MG/AMP 2ML (2MG/ML)	ONDANSETRONA 2MG/ML CX C/100AP X 2ML GEN	HIPOLABOR	1.100,00	AMPOLA	2,3700	0,00	2.607,00
45	6746	OXACILINA PO P/ SOL INJ 500MG	OXACILIL 500MG IM/IV CX C/50FA	FRESENIUS KABI	250,00	FRASCO	1,0200	0,00	255,00
47	12993	PARACETAMOL SOL ORAL 200MG/ML 15ML	ABIDOR 200MG 15ML SOL GT CX CX C/200FR HOSP	AIRELA INDUSTRI	200,00	FRASCO	1,8660	0,00	373,20
48	13648	PIPERACILINA + TAZOBACTAM SOL INJ 4,5G	PIPERACILINA+TAZOBACTAM 4+0,5G CX C /25FA PÓ GEN	FRESENIUS KABI	1.025,00	AMPOLA	17,9900	0,00	18.439,75
55	10188	SINVASTATINA COMP 20MG	SINVASTATINA 20MG CX C/1BL X 30CP REV GEN	CIMED	810,00	COMPRIMIDO	0,1019	0,00	82,54
57	38988	TEICOPLANINA PO P/ SOL INJ 400MG	KOPLAN 400MG CX C/10FA X 20ML	FRESENIUS KABI	70,00	FRASCO	35,5900	0,00	2.491,30
58	11183	TENOXICAM COMP 20MG	TENOXICAM 20MG CX C/1BLT X 10CPR REV GEN	MEDQUIMICA	50,00	COMPRIMIDO	0,4972	0,00	24,86
59	6484	TENOXICAM PO P/ SOL INJ 20MG	TENOXICAM 20MG IM/IV CX C/50FA + 50DIL GEN	CRISTALIA	650,00	AMPOLA	7,4700	0,00	4.855,50
60		TRAMADOL SOL INJ 50MG/ML 2ML	TRAMADON 50MG/ML CX C/100AP X 2ML	CRISTALIA	400,00	AMPOLA	4,3360	0,00	1.734,40
Total do pedido									42.541,88

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
418593	139738		17/11/2022	10.129,34	O.C. Emitida	PEDIDO 013 - MEDICAMENTOS					
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor					
Razão Social		INSTITUTO PATRIS				Razão Social		CIENTIFICA MEDICA HOSPITALAR LTDA			
Nome Fantasia		INSTITUTO PATRIS				Nome Fantasia		CIENTIFICA HOSPITALAR			
CNPJ		37.678.845/0002-21				CNPJ		07.847.837/0001-10			
CEP		72.830-015				CEP		74.853-030			
Endereço		AV JOAQUIM BRAZ DE QUEIROZ - PARQUE ESTRELA DALVA VII				Endereço		AV B, QD. 25, LT.04. - JARDIM SANTO ANTONIO			
Cidade		LUZIANIA				Cidade		GOIANIA			
UF		GO				UF		GO			
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		10.399.060-7			
Contato		MAYARA MARTELLI				Contato		LUANA			
Telefone						Telefone		(62) 3088-9700			
Email		compras2@institutopatris.org.br				Email		gerenciacmh1@gmail.com			
Prazo de Entrega Solicitado		3				Prazo de Entrega		2 DIA(s)			
Cond. Pagamento Solicitado		A PRAZO				Cond. Pagamento		30 Dias			
Forma de Pagamento		BOLETO BANCÁRIO				Nome do Vendedor		VANESSA			
						Tipo de Frete		CIF			
						Faturamento Mínimo		300,00			
						Validade da Proposta		19/11/2022			
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 LUZIÂNIA; - DADOS PARA FATURAMENTO CNPJ: 37.678.845/0002-21 (INSTITUTO PATRIS). - PARA RESPONDER A COTAÇÃO, É NECESSÁRIO QUE AS 5 (CINCO) CERTIDÕES DE DÉBITOS ESTEJAM NEGATIVAS, SÃO ELAS: FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA. É OBRIGATÓRIO QUE AS CERTIDÕES ESTEJAM NEGATIVAS NO ATO DA COTAÇÃO E PARA O RECEBIMENTO DO TÍTULO/BOLETO OU QUALQUER FORMA DE PAGAMENTO QUE FOI NEGOCIADA. - NO ATO DA ENTREGA DO PEDIDO É OBRIGATÓRIO ENTREGAR JUNTAMENTE COM A NOTA FISCAL AS CERTIDÕES: MUNICIPAL, ESTADUAL, FEDERAL, FGTS E CERTIDÃO TRABALHISTA (TODAS ATUALIZADAS E SEM DÉBITOS); - HORÁRIO DE ENTREGA: DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA DAS 08:00 ÀS 17:00HS / MEDICAMENTOS E MATERIAL MÉDICO; - OS MATERIAIS DEVERÃO SER ENTREGUES ACOMPANHADOS DE NF COM A ESPECIFICAÇÃO DOS ITENS, MARCA E QUANTIDADE; - NÃO SERÃO ACEITOS MEDICAMENTOS/MATERIAL MÉDICO COM VALIDADE INFERIOR A UM ANO (1 ANO). EXCETO QUANDO INFORMADO E AUTORIZADO ANTES DA EMISSÃO DO PEDIDO. - AS EMPRESAS DEVERÃO ORÇAR OS ITENS DE ACORDO COM O SOLICITADO/ESPECIFICADO. AS EXCEÇÕES DEVERÃO SER INFORMADAS PELA EMPRESA; - INCLUIR NO VALOR DO PRODUTO TODOS OS IMPOSTOS E TAXAS; - FRETE CIF; EM NENHUMA HIPÓTESE DEVE-SE SER COTADO FRETE FOB, CASO EXISTA, ESSE VALOR DEVE SER INCLUSO NOS VALORES UNITÁRIOS DOS ITENS; - ENVIAR JUNTO A NOTA AS CND'S (CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITO) FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA; - OBRIGATORIAMENTE, NOS DADOS ADICIONAIS DA NF, DEVE CONSTAR A SEGUINTE INFORMAÇÃO: CONTRATO DE GESTÃO 045/2022 SES-GO - INSTITUTO PATRIS / HOSPITAL REGIONAL DE LUZIANIA. - INFORMAR TAMBÉM O NÚMERO DO PEDIDO (NÚMERO ESSE QUE É GERADO NA ORDEM DE COMPRA/FORNECIMENTO). - NA AUSÊNCIA DE BOLETO BANCÁRIO, INFORMAR TAMBÉM DADOS BANCÁRIOS PARA DEPÓSITO; - NÃO EFETUAMOS PAGAMENTO À VISTA; OBS: CASO SEJA SUA PRIMEIRA PARTICIPAÇÃO NAS COMPRAS DO INSTITUTO PATRIS, GENTILEZA INFORMAR QUE ESTÁ TUDO OK COM O CADASTRO, PARA QUE NÃO TENHAMOS PROBLEMAS COM FATURAMENTO/ENTREGA, ETC. QUALQUER DÚVIDA ENTRAR EM CONTATO COM O SETOR DE COMPRAS, PELO TEL.65 98158-9616 (MAYARA)											
Observações do Fornecedor											
Item	Código	Descrição			Referência	Marca	Qtde	UM	VI. Unit.	Desconto	VI. Total
MÉDICO / HOSPITALAR											
8	24958	CLARITROMICINA PO P/ SOL INJ 500MG			1	ABBOTT	30,00	FRASCO / AMPOLA	25,0000	0,00	750,00
15	17939	COLAGENASE POMADA TUBO 30G			1	ABBOTT	32,00	TUBO	11,1200	0,00	355,84
18	40605	ENOXAPARINA SODICA 60MG/ML SER 0,6ML			10	BLAU	290,00	SERINGA	21,5000	0,00	6.235,00
29	11324	GLICOSE SOL INJ 5% 500ML			30	FRESENIUS	210,00	BOLSA	13,0000	0,00	2.730,00
30	8805	HIDROCLOROTIAZIDA COMP 25MG			30	NEO QUIMICA	90,00	COMPRIMIDO	0,0500	0,00	4,50
36	10084	LOSARTANA COMP 50MG			GEOLAB	GEOLAB	900,00	COMPRIMIDO	0,0600	0,00	54,00
Total do pedido											10.129,34

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
418592	139738		17/11/2022	37.032,10	O.C. Emitida	PEDIDO 013 - 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		AV VEREADOR GERMINO ALVES - SETOR LESTE VILA NOVA			
Cidade		LUZIANIA				Cidade		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		3				Prazo de Entrega		2 DIA(s)			
Cond. Pagamento Solicitado		A PRAZO				Cond. Pagamento		30/45 Dias			
Nome do Vendedor						Nome do Vendedor		JORDANA MACHADO			
Tipo de Frete						Tipo de Frete		CIF			
Faturamento Mínimo		BOLETO BANCÁRIO				Faturamento Mínimo		1.500,00			
Validade da Proposta						Validade da Proposta		16/11/2022			
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 LUZIÂNIA; - DADOS PARA FATURAMENTO CNPJ: 37.678.845/0002-21 (INSTITUTO PATRIS). - PARA RESPONDER A COTAÇÃO, É NECESSÁRIO QUE AS 5 (CINCO) CERTIDÕES DE DÉBITOS ESTEJAM NEGATIVAS, SÃO ELAS: FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA. É OBRIGATÓRIO QUE AS CERTIDÕES ESTEJAM NEGATIVAS NO ATO DA COTAÇÃO E PARA O RECEBIMENTO DO TÍTULO/BOLETO OU QUALQUER FORMA DE PAGAMENTO QUE FOI NEGOCIADA. - NO ATO DA ENTREGA DO PEDIDO É OBRIGATÓRIO ENTREGAR JUNTAMENTE COM A NOTA FISCAL AS CERTIDÕES: MUNICIPAL, ESTADUAL, FEDERAL, FGTS E CERTIDÃO TRABALHISTA (TODAS ATUALIZADAS E SEM DÉBITOS); - HORÁRIO DE ENTREGA: DE SEGUNDA A SEXTA-FEIRA DAS 08:00 ÀS 17:00HS / MEDICAMENTOS E MATERIAL MÉDICO; - OS MATERIAIS DEVERÃO SER ENTREGUES ACOMPANHADOS DE NF COM A ESPECIFICAÇÃO DOS ITENS, MARCA E QUANTIDADE; - NÃO SERÃO ACEITOS MEDICAMENTOS/MATERIAL MÉDICO COM VALIDADE INFERIOR A UM ANO (1 ANO). EXCETO QUANDO INFORMADO E AUTORIZADO ANTES DA EMISSÃO DO PEDIDO. - AS EMPRESAS DEVERÃO ORÇAR OS ITENS DE ACORDO COM O SOLICITADO/ESPECIFICADO. AS EXCEÇÕES DEVERÃO SER INFORMADAS PELA EMPRESA; - INCLUIR NO VALOR DO PRODUTO TODOS OS IMPOSTOS E TAXAS; - FRETE CIF; EM NENHUMA HIPÓTESE DEVE-SE SER COTADO FRETE FOB, CASO EXISTA, ESSE VALOR DEVE SER INCLUSO NOS VALORES UNITÁRIOS DOS ITENS; - ENVIAR JUNTO A NOTA AS CND'S (CERTIDÃO NEGATIVA DE DÉBITO) FEDERAL, ESTADUAL, MUNICIPAL, FGTS E TRABALHISTA; - OBRIGATORIAMENTE, NOS DADOS ADICIONAIS DA NF, DEVE CONSTAR A SEGUINTE INFORMAÇÃO: CONTRATO DE GESTÃO 045/2022 SES-GO - INSTITUTO PATRIS / HOSPITAL REGIONAL DE LUZIANIA. - INFORMAR TAMBÉM O NÚMERO DO PEDIDO (NÚMERO ESSE QUE É GERADO NA ORDEM DE COMPRA/FORNECIMENTO). - NA AUSÊNCIA DE BOLETO BANCÁRIO, INFORMAR TAMBÉM DADOS BANCÁRIOS PARA DEPÓSITO; - NÃO EFETUAMOS PAGAMENTO À VISTA; OBS: CASO SEJA SUA PRIMEIRA PARTICIPAÇÃO NAS COMPRAS DO INSTITUTO PATRIS, GENTILEZA INFORMAR QUE ESTÁ TUDO OK COM O CADASTRO, PARA QUE NÃO TENHAMOS PROBLEMAS COM FATURAMENTO/ENTREGA, ETC. QUALQUER DÚVIDA ENTRAR EM CONTATO COM O SETOR DE COMPRAS, PELO TEL.65 98158-9616 (MAYARA)											
Observações do Fornecedor											
Item	Código	Descrição			Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR											
11	5433	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 100ML FRASCO			EQUIPLEX	EQUIPLEX	5.250,00	SISTEMA FECHADO	4,8900	525,00	25.672,50
12	40893	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 250ML			EQUIPLEX	EQUIPLEX	1.040,00	BOLSA	5,9900	0,00	6.229,60
17	5626	DIPIRONA SOL INJ 500MG/ML 2ML			SANTISA	SANTISA	2.700,00	AMPOLA	1,9000	243,00	5.130,00
Total do pedido											37.032,10