

Fls. 642
Rubrica

Ord. Compra: 40291 Cod. Integr.: Solicitação: 19376 Solic: SERV PATRIMONIO
Nº Processo: 814/2019 Situação: ABERTA Dt Ord. Compra: 09/01/2020
Fornecedor: 14217 INSTRAMED - INSTRAMED INDUSTRIA MEDICO HOSPITALAR LT
CNPJ/CPF: 90.909.631/0001-10 Insc Est.: Nr.: 339 Compl.: PAVLH 19
Endereço: BC JOSE PARIS UF: RS Conta: - Agência: - Banco:
Bairro: SARANDI Cep: 91140310
Cidade: PORTO ALEGRE
Contato(s): FABIANO
Telefone Comercial: 51 3334-4199

AGIR
Fls. 630
Rubrica

Comprador: AGIR - ASSOC GOIANA INTEGR REABILITACAO
Endereço: AVENIDA VEREADOR JOSE MONTEIRO Nº 1655 CNPJ: 05.029.600/0001-04
Cidade: GOIANIA Insc. Est.: isento
Bairro: SETOR: NEGRAO DE LIMA Fone/Fax: 3995 5475 -
Responsável: PATRICIA ALVES DA SILVA CEP: 74653230 UF: GO

Sr. Fornecedor: OBRIGAÇÕES DA CONTRATANTE:

REALIZAR O PAGAMENTO DA SEGUINTE FORMA: AUSENTE DE CONDIÇÃO MAIS BENEFÍCA,
REALIZAR O PAGAMENTO COM 21 DIAS APÓS O RECEBIMENTO DO PRODUTO E/OU PRESTAÇÃO
DE SERVIÇO, MEDIANTE NOTA FISCAL DEVIDAMENTE ATESTADA PELA ÁREA RESPONSÁVEL VIA
DEPÓSITO BANCÁRIO;

COMUNICAR À CONTRATADA, CASO O PRODUTO/SERVIÇO ESTEJA EM DESACORDO COM A
ORDEM DE COMPRA;

AVALIAR O FORNECEDOR E TRATAR AS NÃO CONFORMIDADES, CONFORME ROTINA INTERNA.

OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA:

ENTREGAR O PRODUTO/SERVIÇO DE ACORDO COM A QUANTIDADE, PREÇO, UNIDADE DE
MEDIDA, MARCA E DEMAIS INFORMAÇÕES CONTIDAS NA ORDEM DE COMPRA, NO PRAZO
ESTABELECIDO. NA OCORRÊNCIA DE REJEIÇÃO DA NF, POR DESACORDO COM A ORDEM DE
COMPRA, O PRAZO DE PAGAMENTO ESTIPULADO ACIMA, PASSARÁ A SER CONTADO, A PARTIR
DA DATA DA SUA REAPRESENTAÇÃO;

ENTREGAR O PRODUTO DE SEGUNDA À SEXTA-FEIRA DAS 14:00 ÀS 17:00H; NO LOCAL
ESTABELECIDO;

INFORMAR NA NOTA FISCAL O NÚMERO DO PROCESSO DE COMPRAS, O NÚMERO DA ORDEM
DE COMPRAS E O CONTRATO DE GESTÃO Nº 123/2011 - SES/GO;

INFORMAR NA NOTA FISCAL A DATA PARA PAGAMENTO, CONSIDERANDO 21 DIAS APÓS O
RECEBIMENTO DO PRODUTO E/OU PRESTAÇÃO DE SERVIÇO, E OS DADOS BANCÁRIOS PARA
DEPÓSITO;

PRESTAR TODOS OS ESCLARECIMENTOS SOLICITADOS PELA CONTRATANTE,
PROVIDENCIANDO A IMEDIATA CORREÇÃO DAS NÃO CONFORMIDADES;

O DESCUMPRIMENTO DAS OBRIGAÇÕES ASSUMIDAS DARÁ AO CONTRATANTE O DIREITO DE
CANCELAR UNILATERALMENTE A ORDEM DE COMPRAS, SEM PREJUÍZO DE OUTRAS
PENALIDADES PREVISTAS NA CARTA COTAÇÃO, INCLUSIVE A SUSPENSÃO DO DIREITO DE
CONTRATAR COM A AGIR POR PRAZO NÃO SUPERIOR A 1 (UM) ANO.

Obs:

Cód. Condição de Pgto.: 1 Desc. Condição de Pgto.: A VISTA
Período p/ Entrega: 13/01/2020 à 12/02/2020 Moeda: R\$ -
% Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00

Observação: ESSA ORDEM DE COMPRA /RELATÓRIO DE CONTRATAÇÃO REFERE-SE AO PROCESSO DE
Nº814/2019 - CONVÊNIO Nº851971/2017

A INFORMAÇÃO ABAIXO DEVERÁ CONSTAR NA NOTA FISCAL:
Nº DO PROCESSO: 814/2019 - ORDEM DE COMPRA DE Nº40291 - CONVÊNIO Nº851971/2017;

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
35978 - DESFIBRILADOR EXTERNO AUTOMÁTICO - DEA	INSTRAMED			UNIDADE	1.000	5.100.000	0.000	0.00	0.000	5.100.00

Especificação * TECNOLOGIA BIFÁSICA DE DESFIBRILAÇÃO.
* EQUIPAMENTO PARA USO ADULTO/PEDIÁTRICO.

Patricia Alves da Silva - CENTRO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO E READAPTAÇÃO DR. HENRIQUE SANTILLO
Compradora

AGIR - Mat.: 4196

CENTRO EST. DE REAB. E READAPTAÇÃO-CRER
 SOULMV - Sistema de Compras
 Relatório de Ordem de Compra

Página: 2 / 2
 Emitido por: 4196-PATRICIA
 Em: 09/01/2020 07:54

AGIR
 643
 Rubrica

AGIR
 631
 3
 Rubrica

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qt. Compr.	VI. Unit.	VI Desc.	%Des	VI. IMP	VI Total
---------	------------	------	-----------	---------	------------	-----------	----------	------	---------	----------

- * BATERIA INTERNA PARA SUPORTE DE NO MÍNIMO DE 200 CHOQUES;
 * INDICAÇÃO DA SITUAÇÃO DE BATERIA INTERNA;
- * PAINEL DE DIAGNÓSTICO QUE INDIQUE:
 - CARGA DE BATERIA;
 - INDICADOR DE PAS;
 - BOTÃO DE CHOQUE.
- * AUTOTESTE.
- * VISOR DE LCD DOS DADOS COM NO MÍNIMO 2 LINHAS DE TEXTO.
- * FUNCIONAMENTO COM PÁS ADESIVAS MULTIFUNCIONAIS OU PÁS DE DESFIBRILAÇÃO.
- * ACESSÓRIOS:
 - 01 CONJUNTO DE ELETRODOS DE DESFIBRILAÇÃO ADULTO OU PÁS DE DESFIBRILAÇÃO;
 - 02 BATERIAS INTERNAS;
 - 01 BOLSA PARA TRANSPORTE;
 - CABO PARA ALIMENTAÇÃO.
 - DEVE ACOMPANHAR TODOS OS ACESSÓRIOS QUE FOREM INDISPENSÁVEIS PARA SUA UTILIZAÇÃO IMEDIATA.
- * ALIMENTAÇÃO ELÉTRICA: BIVOLT.
- * DEVE POSSUIR MANUAL DE OPERAÇÃO E INSTRUÇÃO EM PORTUGUÊS.
- * IDIOMA EM PORTUGUÊS.
- * DEVE TER REGISTRO NA ANVISA.
- * GARANTIA MÍNIMA DE 12 MESES.

Equipamento: EQUIPAMENTO ORÇADO DA MARCA INSTRAMED – MODELO: ISIS – REGISTRO DA ANVISA 10242950010;

O EQUIPAMENTO DEVERÁ SER ENTREGUE SEGUINDO O SOLICITADO NA CARTA COTAÇÃO RETIFICADA Nº814/2019;

A EMPRESA DEVERÁ REALIZAR TREINAMENTO OPERACIONAL CONFORME SOLICITADO

Total dos Produtos(+):	5.100,00
Valor Total do Frete(C.I.F.), Não Incluso na Nota:	0,00
Valor Total do Imposto:	0,00
Valor dos Descontos(-):	0,00
Valor Outros(+):	0,00
Valor Total (=):	5.100,00

COMPRADOR (A) <i>Patricia Alves</i>	SILMONIA FERNANDES GER. CORP SUPRIMENTOS	CLAUDEMIRO DOURADO SUP. ADM. FINANCEIRO	
Data <i>09.01.2020</i>	Data <i>09.01.2020</i>	Data <i>09.01.2020</i>	Data

90.909.631/0001-10
 INSTRAMED
 INDÚSTRIA MÉDICA HOSPITALAR LTDA
 RUA BECO JOSÉ PARRIS, 339/19
 SANGRADO - CEP 91140-310
 PORTO ALEGRE - RS

10.01.20
Brake