Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
373762	121001	2106161802	25/06/2021	660,89	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE M	IAT/MED - MEDICAMENTOS II			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor				
Razão Social		UTO CEM				Razão Social	CA DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS HOSPITALARES EIRELI-ME			
	Nome Fantasia INSTITUTO CEM					Nome Fantasia	CA DISTRIBUIDORA			
CNPJ	12.053.184/0005-60					CNPJ	26.457.348/0001-04			
СЕР	75.860-	-000 'ABIO GARCI <i>A</i>	DA CH VEI	A CETOD C	ENTED A L	CEP	74.915-025			
Endereço Cidade			DA SILVEIN	A - SEIOR C	ENTRAL	Endereço	AV. BARÃO DO RIO BRANCO - JARDIM LUZ			
	QUIRINOPOLIS					Cidade	APARECIDA DE GOIANIA			
Insc. Estadua	UF GO					UF	GO			
Contato					Insc. Estadual	10.675.970-1				
Telefone		33-3333 (62) 33	C			Contato	(62) 3983-2238/3983-2239			
Email	. ,	smatriz@institu				Telefone	(62) 3983-2239			
Prazo de Ent		isinau iz @ ilisutt	mocem.org.or			Email	vendas03.cadistribuidora@gmail.com			
Solicitado	rega +					Prazo de Entrega	2 DIA(s)			
Cond. Pagan	nento A PRA	ZO				Cond. Pagamento	30 Dias			
Solicitado		,				Nome do Vendedor	ELISANGELA CORDEIRO DA ROCHA			
Forma de Pagamento	BOLET	ΓΟ BANCÁRIC)			Tipo de Frete	CIF			
1 agamento						Faturamento Mínimo	600,00			
Endereço de cobrança		POLICLÍNICA NOPOLIS/GO (ATENAS	Validade da Proposta	25/06/2021			
Endereço de entrega		POLICLÍNICA NOPOLIS/GO (ATENAS	sposm				

Observações do Fornecedor

FAT	URAR N	O CNPJ.: 12.053.184/0005-60							2044.						
Obser	Observações do Fornecedor														
									verifica						
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Tota						
MÉD	ICO / H	OSPITALAR		,		,		,	 cóc						
3		CLORETO DE SUXAMETONIO SOL INJ 500 MG 10 ML	BLAU	BLAU	6,00	FRASCO	67,4930	0,00	40±96						
6 FRA	ASCOS								no 16						
4		COMPRESSA 7,5 X 7,5 CM NÃO ESTÉRIL COM 13 FIOS BRANCA COM 500 UNIDADES	BIOTEXTIL	BIOTEXTIL	10,00	PACOTE	25,5934	0,00	25\$\$						
10 PA	COTES								feri jo 1						
							Total	do pedido	660.89						

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser ran https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o cpa

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
373761	121001	2106161802	25/06/2021	856,91	856,91 O.C. Emitida SOLICITAÇÃO DE MAT/MED - MEDICAMENTOS II						
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor					
Razão Social INSTITUTO CEM						Razão Social	PRO REMEDIOS LTDA				
Nome Fantasia INSTITUTO CEM						Nome Fantasia	PRO-REMEDIOS				
CNPJ 12.053.184/0005-60						CNPJ	05.159.591/0001-68				
СЕР	75.860	-000				СЕР	75.900-000				
Endereço	RUA F	ABIO GARCIA	DA SILVEIR	RA - SETOR C	ENTRAL	Endereço	R SAO PAULO N39 - MEDEIROS				
Cidade	QUIRI	NOPOLIS				Cidade	RIO VERDE				
UF	GO	GO				UF	GO				
Insc. Estadua	c. Estadual ISENTO					Insc. Estadual	15827369				
Contato	Enival	do Campos Rodi	rigues			Contato	ALEX				
Telefone	(62) 33	33-3333 (62) 33	33-3333			Telefone	(64) 3620-7204				
Email	compra	asmatriz@institu	tocem.org.br			Email	proremediosdf@gmail.com				
Prazo de Ent	trega 4					Prazo de Entrega	1 DIA(s)				
Solicitado						Cond. Pagamento	30 Dias				
Cond. Pagan Solicitado	nento A PRA	.20				Nome do Vendedor	ALEX BARBOSA				
Forma de	BOLE	ΓΟ BANCÁRIC)			Tipo de Frete	CIF				
Pagamento						Faturamento Mínimo	1.000,00				
						Validade da Proposta	30/06/2021				
Endereço de cobrança RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 9 8443-8660					ATENAS						
Endereço de entrega		POLICLÍNICA NOPOLIS/GO ((ATENAS						

FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60

Observações do Fornecedor

Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Tota			
MÉD	MÉDICO / HOSPITALAR											
1		ACIDO ACETILSALICILICO COMPRIMIDO 100 MG		BAYER	3,00	CAIXA	20,9700	0,00	6 2 99			
3 CAIXAS COM 30									no 16			
2		BISSULFATO DE CLOPIDOGREL 75 MG		NOVAQUIMICA	2,00	CAIXA	15,3500	0,00	3678			
2 CAI	IXAS								fer go 1			
5		ELETRODO DESCARTAVEL (ECG) - CX C/ 10 PACOTES D/C/ 50 UNIDADES		SOLIDOR	2,00	CAIXA	17,4000	0,00				
2 CAI	IXAS								ser o c			
6		FENOBARBITAL SOL INJ 100 MG / ML 2 ML		CRISTÁLIA	100,00	AMPOLA	3,5850	0,00	358 59			
100 AMPOLAS												
7		LUVA CIRURGICA N 8,5 ESTERIL		LEMGRUBER	200,00	PAR	1,8500	0,00	37€0€			
200 P	ARES								me inf			
							Total	do pedido	856.9%			

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste dos https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anps

verificador 2044.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
373760	121001	2106161802	25/06/2021	37,90	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MAT/MED - MEDICAMENTOS II					
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor					
Razão Social INSTITUTO CEM						Razão Social	VERA CRUZ HOSPITALAR LTDA - ME				
Nome Fantasia INSTITUTO CEM						Nome Fantasia	VERA CRUZ HOSPITALAR				
CNPJ 12.053.184/0005-60						CNPJ	22.013.535/0001-30				
CEP	CEP 75.860-000						74.495-060				
Endereço	RUA F	FABIO GARCIA	DA SILVEIR	RA - SETOR CI	ENTRAL	Endereço	R FREI CONFALLONE - CONJUNTO VERA CRUZ				
Cidade	QUIRINOPOLIS					Cidade	GOIANIA				
UF	GO					UF	GO				
Insc. Estadua	Insc. Estadual ISENTO					Insc. Estadual	106268767				
Contato	Enival	do Campos Rodi	rigues			Contato	CLEYTON				
Telefone	(62) 33	333-3333 (62) 33	333-3333			Telefone	(62) 3298-0052				
Email	compra	asmatriz@institu	tocem.org.br			Email	cleytonlfv@hotmail.com				
Prazo de Ent	trega 4					Prazo de Entrega	1 DIA(s)				
Solicitado		70				Cond. Pagamento	28 Dias				
Cond. Pagan Solicitado	nento A PRA	AZO				Nome do Vendedor	CLEYTON				
Forma de	BOLE	TO BANCÁRIO)			Tipo de Frete	CIF				
Pagamento						Faturamento Mínimo	500,00				
						Validade da Proposta	24/06/2021				
Endereço de cobrança		POLICLÍNICA NOPOLIS/GO (ATENAS						
Endereço de entrega		POLICLÍNICA NOPOLIS/GO (ATENAS						

Observações do Fornecedor

FATURA	AR NO CNPJ.:	: 12.053.184/0005-60								2044.				
Observac	Observações do Fornecedor													
										erifica				
										ver				
		1—————————————————————————————————————												
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total	ligo				
	│Código O / HOSPITAI	•	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	J.	 cód				
		•	Referência	Marca TOPMED		UNIDADE	VI. Unit. 3,7900	1	J.	ód				
MÉDICO	O / HOSPITAI	LAR	Referência .					1	1	 cód				

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser confer d https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da pro	posta				
373759	121001	2106161802	25/06/2021	1.750,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MAT/MED - MEDICAMENTOS II					
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor					
Razão Social	INSTIT	UTO CEM				Razão Social	ELLO DISTRIBUICAO LTDA - EPP				
Nome Fantas	sia INSTIT	UTO CEM				Nome Fantasia	ELLO DISTRIBUICAO				
CNPJ 12.053.184/0005-60						CNPJ	14.115.388/0001-80				
CEP	EP 75.860-000						74.780-562				
Endereço	RUA F.	ABIO GARCIA	DA SILVEIR	A - SETOR C	ENTRAL	Endereço	AV: ANAPOLIS - VILA PEDROSO				
Cidade	QUIRI	NOPOLIS				Cidade	GOIANIA				
UF	GO					UF	GO				
Insc. Estadua	al ISENTO	0				Insc. Estadual	10574978248				
Contato	Enivald	lo Campos Rodi	igues			Contato	WILLIAM PERILLO - 98406-6004				
Telefone	(62) 333	33-3333 (62) 33	33-3333			Telefone	(62) 4009-2100				
Email	compra	smatriz@institu	tocem.org.br			Email	comercial @ellodistribuicao.com.br;compras@ellodistribuicao.com.br; daniela@ellodistribuicao.com.br:				
Prazo de Ent	rega 4					Prazo de	,				
Solicitado	nento A PRAZ	70				Entrega	1 DIA(s)				
Cond. Pagan Solicitado	iento APKA.	ZO				Cond.	30 Dias				
Forma de	BOLET	TO BANCÁRIO	1			Pagamento					
Pagamento						Nome do Vendedor	ANA LIVIA				
Endereco de	RUA 31	POLICLÍNICA	75.860-000 RI	ESIDENCIAL	ATENAS	Tipo de Frete	CIF				
cobrança		NOPOLIS/GO (Faturamento Mínimo	600,00				
Endereço de		RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 9 8443-8660					20/06/2021				
entrega	QUIRIN						30/06/2021				

Observações do Fornecedor

	,	P						$\overline{}$							
FATU	JRAR NO	CNPJ.: 12.053.184/0005-60							or 2044						
Obser	Observações do Fornecedor														
									erifi						
									7 O						
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total						
MÉDI	CO / HOS	SPITALAR							ite:						
10		PROPOFOL 10 MG / ML COM 5 AMPOLAS 20 ML	CAIXA COM 5 UNIDADES	GOLDMED	10,00	CAIXA	175,0000	0,00	1.75000						
10 UN	IDADES								da r 351						

Total do pedido

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser confessional https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o códigial.



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 25/06/2021 às 10:16, conforme horário oficial de Brasília/DF, com fundamentos na portaria nº 117/2020



Documento assinado eletronicamente por WELLITON FELIPE DA SILVA ALVES, 436.895.948-55, DIRETOR FINANCEIRO, em 04/07/2021 às 23:47, conforme horário oficial de Brasília/DF, com fundamentos na portaria nº 117/2020



Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 13516 e o código verificador 2044.