

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 MAT/MED - MEDICAMENTOS II						
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor						
Razão Social		INSTITUTO 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				
CEP		75.860-000				CEP		74.915-025				
Endereço		RUA FABIO GARCIA DA SILVEIRA - SETOR CENTRAL				Endereço		AV. BARÃO DO RIO BRANCO - JARDIM LUZ				
Cidade		QUIRINOPOLIS				Cidade		APARECIDA DE GOIANIA				
UF		GO				UF		GO				
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		10.675.970-1				
Contato		Enivaldo Campos Rodrigues				Contato		(62) 3983-2238/3983-2239				
Telefone		(62) 3333-3333 (62) 3333-3333				Telefone		(62) 3983-2239				
Email		comprasmatriz@institutocem.org.br				Email		vendas03.cadistribuidora@gmail.com				
Prazo de Entrega Solicitado		4				Prazo de Entrega		2 DIA(s)				
Cond. Pagamento Solicitado		A PRAZO				Cond. Pagamento		30 Dias				
Forma de Pagamento		BOLETO BANCÁRIO				Nome do Vendedor		ELISANGELA CORDEIRO DA ROCHA				
Tipo de Frete						Tipo de Frete		CIF				
Faturamento Mínimo						Faturamento Mínimo		600,00				
Validade da Proposta						Validade da Proposta		25/06/2021				
Endereço de cobrança		RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 9 8443-8660										
Endereço de entrega		RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 9 8443-8660										
Observações do Comprador												
FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60												
Observações do Fornecedor												
Item	Código	Descrição				Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR												
3		CLORETO DE SUXAMETONIO SOL INJ 500 MG 10 ML				BLAU	BLAU	6,00	FRASCO	67,4930	0,00	404,958
6 FRASCOS												
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	255,934
10 PACOTES												
Total do pedido												660,89

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta						
373761	121001	2106161802	25/06/2021	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				
CEP		75.860-000				CEP		75.900-000				
Endereço		RUA FABIO GARCIA DA SILVEIRA - SETOR CENTRAL				Endereço		R SAO PAULO N39 - MEDEIROS				
Cidade		QUIRINOPOLIS				Cidade		RIO VERDE				
UF		GO				UF		GO				
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		15827369				
Contato		Enivaldo Campos Rodrigues				Contato		ALEX				
Telefone		(62) 3333-3333 (62) 3333-3333				Telefone		(64) 3620-7204				
Email		comprasmatriz@institutocem.org.br				Email		proremediosdf@gmail.com				
Prazo de Entrega Solicitado		4				Prazo de Entrega		1 DIA(s)				
Cond. Pagamento Solicitado		A PRAZO				Cond. Pagamento		30 Dias				
Nome do Vendedor						Nome do Vendedor		ALEX BARBOSA				
Tipo de Frete						Tipo de Frete		CIF				
Faturamento Mínimo						Faturamento Mínimo		1.000,00				
Validade da Proposta						Validade da Proposta		30/06/2021				
Endereço de cobrança		RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 9 8443-8660										
Endereço de entrega		RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 9 8443-8660										
Observações do Comprador												
FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60												
Observações do Fornecedor												
Item	Código	Descrição				Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR												
1		ACIDO ACETILSALICILICO COMPRIMIDO 100 MG				.	BAYER	3,00	CAIXA	20,9700	0,00	62,91
3 CAIXAS COM 30												
2		BISSULFATO DE CLOPIDOGREL 75 MG				.	NOVAQUIMICA	2,00	CAIXA	15,3500	0,00	30,70
2 CAIXAS												
5		ELETRODO DESCARTAVEL (ECG) - CX C/ 10 PACOTES D/C/ 50 UNIDADES				.	SOLIDOR	2,00	CAIXA	17,4000	0,00	34,80
2 CAIXAS												
6		FENOBARBITAL SOL INJ 100 MG / ML 2 ML				.	CRISTÁLIA	100,00	AMPOLA	3,5850	0,00	358,50
100 AMPOLAS												
7		LUVA CIRURGICA N 8,5 ESTERIL				.	LEMGRUBER	200,00	PAR	1,8500	0,00	370,00
200 PARES												
Total do pedido											856,91	

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser verificada em: <https://cem.vozdigital.com.br/virtuaidoc/public/validar-assinatura-a-autenticidade>

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		75.860-000				CEP		74.495-060	
Endereço		RUA FABIO GARCIA DA SILVEIRA - SETOR CENTRAL				Endereço		R FREI CONFALLONE - CONJUNTO VERA CRUZ	
Cidade		QUIRINOPOLIS				Cidade		GOIANIA	
UF		GO				UF		GO	
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		106268767	
Contato		Enivaldo Campos Rodrigues				Contato		CLEYTON	
Telefone		(62) 3333-3333 (62) 3333-3333				Telefone		(62) 3298-0052	
Email		comprasmatriz@institutocem.org.br				Email		cleytonlfv@hotmail.com	
Prazo de Entrega Solicitado		4				Prazo de Entrega		1 DIA(s)	
Cond. Pagamento Solicitado		A PRAZO				Cond. Pagamento		28 Dias	
Forma de Pagamento		BOLETO BANCÁRIO				Nome do Vendedor		CLEYTON	
						Tipo de Frete		CIF	
						Faturamento Mínimo		500,00	
						Validade da Proposta		24/06/2021	
Endereço de cobrança		RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 9 8443-8660							
Endereço de entrega		RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 9 8443-8660							
Observações do Comprador									
FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60									
Observações do Fornecedor									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
12		SONDA FOLEY Nº 16	.	TOPMED	10,00	UNIDADE	3,7900	0,00	37,90
10 ENIDADES									
Total do pedido									37,90

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta							
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		INSTITUTO CEM				Razão Social		ELLO DISTRIBUICAO LTDA - EPP					
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM				Nome Fantasia		ELLO DISTRIBUICAO					
CNPJ		12.053.184/0005-60				CNPJ		14.115.388/0001-80					
CEP		75.860-000				CEP		74.780-562					
Endereço		RUA FABIO GARCIA DA SILVEIRA - SETOR CENTRAL				Endereço		AV: ANAPOLIS - VILA PEDROSO					
Cidade		QUIRINOPOLIS				Cidade		GOIANIA					
UF		GO				UF		GO					
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		10574978248					
Contato		Enivaldo Campos Rodrigues				Contato		WILLIAM PERILLO - 98406-6004					
Telefone		(62) 3333-3333 (62) 3333-3333				Telefone		(62) 4009-2100					
Email		comprasmatriz@institutocem.org.br				Email		comercial@ellodistribuicao.com.br;compras@ellodistribuicao.com.br;daniela@ellodistribuicao.com.br;					
Prazo de Entrega Solicitado		4				Prazo de Entrega		1 DIA(s)					
Cond. Pagamento Solicitado		A PRAZO				Cond. Pagamento		30 Dias					
Forma de Pagamento		BOLETO BANCÁRIO				Nome do Vendedor		ANA LIVIA					
Endereço de cobrança		RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 9 8443-8660				Tipo de Frete		CIF					
Endereço de entrega		RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 9 8443-8660				Faturamento Mínimo		600,00					
						Validade da Proposta		30/06/2021					
Observações do Comprador													
FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60													
Observações do Fornecedor													
Item	Código	Descrição			Referência		Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total	
MÉDICO / HOSPITALAR													
10		PROPOFOL 10 MG / ML COM 5 AMPOLAS 20 ML			CAIXA COM 5 UNIDADES		GOLDMED	10,00	CAIXA	175.0000	0,00	1.750,00	
10 UNIDADES													
											Total do pedido		1.750,00



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.