

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
432214	146126	37286 / 33465	12/05/2023	600,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA FARMÁCIA					
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor					
Razão Social	INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS					Razão Social	A G SEVERO MED DOCTOR ACESSORIOS				
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM					Nome Fantasia	MED DOCTOR				
CNPJ	12.053.184/0005-60					CNPJ	37.457.979/0001-31				
CEP	75.860-000					CEP	29.166-049				
Endereço	RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS					Endereço	RUA SENHOR BONFIM - BARCELONA				
Cidade	QUIRINOPOLIS					Cidade	SERRA				
UF	GO					UF	ES				
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	083662928				
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato	ALAN PATRIK SEVERO				
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(27) 9 9583-4490				
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email	meddoctor20@gmail.com				
Prazo de Entrega Solicitado	4					Prazo de Entrega	4 DIA(s)				
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias				
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	ALAN PATRICK SEVERO				
Endereço de cobrança	RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966					Tipo de Frete	CIF				
Endereço de entrega	RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966					Faturamento Mínimo	0,00				
						Validade da Proposta	31/05/2023				
Observações do Comprador											
QUIRINÓPOLIS / GO. .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. . FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60. INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE QUIRINÓPOLIS; . COTAR SOMENTE O SOLICITADO. . NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ÍTENS - SUJEITO A DEVOLUÇÃO; .COTAR SOMENTE FRETE CIF; .NÃO DESCONTAR NOSSOS TÍTULOS EM FACTORING. NÃO PAGAMOS JUROS; .ENVIAR JUNTO A MERCADORIA CÓPIA DA ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL + BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; .ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML NO E-MAIL: ALMOXARIFADO@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 01/2021 - SES / GO. .COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA / EQUIPAMENTO.											
Observações do Fornecedor											
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	VI. Unit.	Desconto	VI. Total		
MÉDICO / HOSPITALAR											
17		TESTE DE UREASE.	LUCKMANN	LUCKMANN	200,00	TESTE LABORATORIAL	3,0000	0,00	600,00		
TESTES LARORATORIAIS - DIAGNÓSTICO DE USO IN VITRO, UTILIZADO PARA A DETENÇÃO DA BACTÉRIA H.PYLORI NOS EXAMES DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA. REFERÊNCIA LUCKMAMNN											
Total do pedido									600,00		

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
432213	146126	37286 / 33465	12/05/2023	732,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA FARMÁCIA			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS					Razão Social LS COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA			
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM					Nome Fantasia LS COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALAR			
CNPJ	12.053.184/0005-60					CNPJ 28.194.914/0002-30			
CEP	75.860-000					CEP 74.933-555			
Endereço	RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS					Endereço RUA CAMBAI QD 19 LT 14 - JARDIM HELVECIA			
Cidade	QUIRINOPOLIS					Cidade APARECIDA DE GOIANIA			
UF	GO					UF GO			
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual 1075898669			
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato 32521456			
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone (62) 3252-1456			
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email -			
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 LUCAS DE SOUZA SILVA			
						Tipo de Frete CIF			
						Faturamento Mínimo 500,00			
						Validade da Proposta 16/05/2023			
Endereço de cobrança	RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966								
Endereço de entrega	RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966								
Observações do Comprador									
QUIRINÓPOLIS / GO. .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. . FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60. INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE QUIRINÓPOLIS; . COTAR SOMENTE O SOLICITADO. . NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ÍTENS - SUJEITO A DEVOLUÇÃO; .COTAR SOMENTE FRETE CIF; .NÃO DESCONTAR NOSSOS TÍTULOS EM FACTORING. NÃO PAGAMOS JUROS; .ENVIAR JUNTO A MERCADORIA CÓPIA DA ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL + BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR .ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML NO E-MAIL: ALMOXARIFADO@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR /2021 - SES / GO. .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 001/2021 .COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA / EQUIPAMENTO.									
Observações do Fornecedor									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
1	7556	ACIDO ASCORBICO (VITAMINA C) SOL INJ 100MG/ML 5ML	5703	HYPOFARMA	300,00	AMPOLA	2,4400	0,00	732,00
AMP 500MG									
Total do pedido									732,00

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtuaidoc/public/validar-assinatura/anexo.html informando o código 240607 e o código verificador 33465.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
432212	146126	37286 / 33465	12/05/2023	995,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA FARMÁCIA			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS					Razão Social VFB BRASIL			
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM					Nome Fantasia VFB BRASIL			
CNPJ	12.053.184/0005-60					CNPJ 30.949.099/0001-33			
CEP	75.860-000					CEP 72.872-057			
Endereço	RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS					Endereço RUA R-14 SN QUADRA 17 LOTE 15 - JARDIM IPANEMA			
Cidade	QUIRINOPOLIS					Cidade VALPARAISO DE GOIAS			
UF	GO					UF GO			
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual 10.735.948-0			
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato THIAGO MENDES			
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone (61) 3712-9284			
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email privado1@vfbbrasil.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 GUSTAVO RAMOS / PRIVADO4@VFBBRASIL.COM / 061991988344			
Endereço de cobrança	RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966					Tipo de Frete CIF			
Endereço de entrega	RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966					Faturamento Mínimo 500,00			
						Validade da Proposta 31/05/2023			
Observações do Comprador									
QUIRINÓPOLIS / GO. .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. . FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60. INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE QUIRINÓPOLIS; . COTAR SOMENTE O SOLICITADO. . NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ÍTENS - SUJEITO A DEVOLUÇÃO; .COTAR SOMENTE FRETE CIF; .NÃO DESCONTAR NOSSOS TÍTULOS EM FACTORING. NÃO PAGAMOS JUROS; .ENVIAR JUNTO A MERCADORIA CÓPIA DA ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL + BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR .ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML NO E-MAIL: ALMOXARIFADO@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR; /2021 - SES / GO. .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 061991988344 .COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA / EQUIPAMENTO.									
Observações do Fornecedor									
Todos pedidos passarão por análise de crédito e frete. Estamos abertos para negociação. VFB BRASIL Gustavo Ramos Fone: 61-991988344									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
13	18568	NALOXONA SOL INJ 0,4MG/ML 1ML (M)	NALOXONA 0,4MG/ML CX C/10AMP 1ML (C1) (GEN) HIPOLABOR	HIPOLABOR	50,00	AMPOLA	5,5000	0,00	275,00
AMPOLA DE 1 ML									
20	7557	VITAMINAS DO COMPLEXO B SOL INJ 2ML	HYPLEX B POLIVIT. SOL.INJ IM/IV C/100AMP 2ML (E) (COMPLEXO B)	HYPOFARMA	300,00	AMPOLA	2,4000	0,00	720,00
AMPOLA DE 2ML									
Total do pedido									995,00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta
432211	146126	37286 / 33465	12/05/2023	710,78	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA FARMÁCIA
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor
Razão Social	INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS					Razão Social SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM					Nome Fantasia SUPERMEDICA HOSPITALAR
CNPJ	12.053.184/0005-60					CNPJ 06.065.614/0001-38
CEP	75.860-000					CEP 74.255-140
Endereço	RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS					Endereço RUA C-159 - JARDIM AMERICA
Cidade	QUIRINOPOLIS					Cidade GOIANIA
UF	GO					UF GO
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual 106039750
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato TELEVENDAS
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone (62) 3928-8989
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email vendas12@supermedica.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 JULIANA RAMALHO
						Tipo de Frete CIF
						Faturamento Mínimo 1.200,00
						Validade da Proposta 15/05/2023
Endereço de cobrança	RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966					
Endereço de entrega	RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966					
Observações do Comprador						
QUIRINÓPOLIS / GO. .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. . FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60. INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE QUIRINÓPOLIS; . COTAR SOMENTE O SOLICITADO. . NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ÍTENS - SUJEITO A DEVOLUÇÃO; .COTAR SOMENTE FRETE CIF; .NÃO DESCONTAR NOSSOS TÍTULOS EM FACTORING. NÃO PAGAMOS JUROS; .ENVIAR JUNTO A MERCADORIA CÓPIA DA ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL + BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR .ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML NO E-MAIL: ALMOXARIFADO@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR; /2021 - SES / GO. .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 000						

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
432210	146126	37286 / 33465	12/05/2023	7.890,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA FARMÁCIA	
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor	
Razão Social	INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS					Razão Social	ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM					Nome Fantasia	ATIVA HOSPITALAR
CNPJ	12.053.184/0005-60					CNPJ	04.274.988/0002-19
CEP	75.860-000					CEP	75.708-270
Endereço	RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS					Endereço	AVENIDA SILVIO BUENO DE MORAIS - LOTEAMENTO PONTAL NORTE
Cidade	QUIRINOPOLIS					Cidade	CATALAO
UF	GO					UF	GO
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	104280948
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato	FABIANA (RESP. DEP DE VENDAS)
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(16) 3993-9100
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email	denise@ativahosp.com.br; fabiana@ativahosp.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	ANDRÉ / OLIVIA (62) 99441-3551
						Tipo de Frete	CIF
Endereço de cobrança	RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966					Faturamento Mínimo	1.000,00
Endereço de entrega	RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966					Validade da Proposta	12/05/2023
Observações do Comprador							
QUIRINÓPOLIS / GO. .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. . FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60. INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE QUIRINÓPOLIS; . COTAR SOMENTE O SOLICITADO. . NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ÍTENS - SUJEITO A DEVOLUÇÃO; .COTAR SOMENTE FRETE CIF; .NÃO DESCONTAR NOSSOS TÍTULOS EM FACTORING. NÃO PAGAMOS JUROS; .ENVIAR JUNTO A MERCADORIA CÓPIA DA ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL + BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; .ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML NO E-MAIL: ALMOXARIFADO@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR; CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 01-2021 - SES / GO. .COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA / EQUIPAMENTO.							
Observações do Fornecedor							
SOMENTE CX FECHADA							

Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
7	34636	FLUMAZENIL SOL INJ 0,1MG/ML 5ML - GEN HIPOLABOR	FLUMAZENIL 0,1MG/ML SOL INJ 5ML (GEN) CT C/ 5 AP/TEUTO	TEUTO	50,00	AMPOLA	4,9000	0,00	245,00
AMPOLA DE 5ML									
8	5416	HEPARINA SODICA SOL INJ 5000UI/ML 5ML	HEPAMAX-S 5000UI/ML SOL INJ 5ML CX C/ 25 FA/BLAU	BLAU	400,00	FRASCO / AMPOLA	14,9700	0,00	5.988,00
FR/AMP 5ML - FRASCO AMPOLA									
9	5624	HIDROCORTISONA PO P/ SOL INJ 100MG	CORTISONAL 100MG PÓ INJ S/DIL CT C/ 50 FA /UNIAO QUIMICA	UNIAO QUIMICA	50,00	FRASCO	3,6600	0,00	183,00
FR C/ 100MG									
10	5625	HIDROCORTISONA PO P/ SOL INJ 500MG	ANDROCORTIL 500MG PÓ LIOF INJ S/DIL CT C/ 50 FA/TEUTO	TEUTO	50,00	FRASCO	4,8200	0,00	241,00
FR 500MG									
12	58802	MIDAZOLAM SOL INJ 5 MG/ML 3 ML - GEN FRESENIUS KABI	MIDAZOLAM 15MG (5MG/ML) (GEN) SOL INJ 3ML CT C/ 5 AP/TEUTO	TEUTO	50,00	AMPOLA	2,4200	0,00	121,00
AMP 15MG									
14		PROPOFOL SOL INJ 10MG/ML 10 ML - PROVIVE/UNIÃO QUÍMICA	PROVIVE 10MG/ML EMU INJ 10ML CT C/ 5 FA /UNIAO QUIMICA	UNIAO QUIMICA	50,00	FRASCO	7,3000	0,00	365,00
FR/AMP 10 ML									
16	6484	TENOXICAM PO P/ SOL INJ 20MG	TENOXICAM 20MG PÓ LIOF SOL INJ S/ DIL (GEN) CT C/ 50 FA/EURO	EUROFARMA	50,00	AMPOLA	8,6300	0,00	431,50
AMP 20 MG									
18	27889	TRAMADOL SOL INJ 50MG/ML 1ML	TRAMADON 50MG/ML SOL INJ 1ML CT C/ 25 AP/CRISTÁLIA	CRISTALIA	50,00	AMPOLA	2,0600	0,00	103,00
AMP 50MG									
19	6068	VANCOMICINA PO P/ SOL INJ 500MG	NOVAMICIN 500MG PÓ P/ SOL INJ IV CX C/ 50 FA/FRESENIUS	FRESENIUS	50,00	FRASCO	4,2500	0,00	212,50
FR 500MG									
Total do pedido									7.890,00

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade pode ser conferida no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo> informando o código 240607 e o código verificador 33485.



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 12/05/2023 às 16:05, 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 15/05/2023 às 10:30, 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 240607 e o código verificador 33465.