

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
432649	146201	37280/33514	19/05/2023	1.214,40	O.C. Emitida	SOLICITACAO MEDICAMENTOS HEMODIÁLISE			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social		INSTITUTO CEM - POSSE				Razão Social		SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI	
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM				Nome Fantasia		SUPERMEDICA HOSPITALAR	
CNPJ		12.053.184/0002-18				CNPJ		06.065.614/0001-38	
CEP		73.900-000				CEP		74.255-140	
Endereço		AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHK DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES				Endereço		RUA C-159 - JARDIM AMERICA	
Cidade		POSSE				Cidade		GOIANIA	
UF		GO				UF		GO	
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		106039750	
Contato		NAOR BORGES				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		17/05/2023	
Endereço de cobrança		AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903							
Endereço de entrega		AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903							
Observações do Comprador									
POSSE / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE - 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 - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML+ORDEM DE COMPRA NOS E-MAILS: ALMOX@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR; CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - SES / GO. COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA/ EQUIPAMENTO									
Observações do Fornecedor									
VENDEDORA: JULIANA RAMALHO RAMAL 5170 - EMAIL: LOCALIZADOR03@SUPERMEDICA.COM.BR 62 9669-4917 - SOMENTE WHATSAPP COT 567738									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
1	6067	CEFTAZIMIDA PO P/ SOL INJ 1G	BLAU	BLAU	60,00	FRASCO / AMPOLA	12,5400	0,00	752,40
4	6068	VANCOMICINA PO P/ SOL INJ 500MG	BLAU	BLAU	100,00	FRASCO	4,6200	0,00	462,00
Total do pedido									1.214,40

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura/33514-432649-146201

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
432581	146201	37280/33514	18/05/2023	1.748,00	O.C. Emitida	SOLICITACAO MEDICAMENTOS HEMODIÁLISE			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social		INSTITUTO CEM - POSSE				Razão Social		ONCOTECH HOSPITALAR COMERCIO DE MEDICAMENTOS LTDA	
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM				Nome Fantasia		ONCOTECH HOSPITALAR	
CNPJ		12.053.184/0002-18				CNPJ		10.542.511/0001-99	
CEP		73.900-000				CEP		75.523-320	
Endereço		AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHKE DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES				Endereço		R WILSON BARBOSA - JARDIM AMÉRICA	
Cidade		POSSE				Cidade		ITUMBIARA	
UF		GO				UF		GO	
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		104398825	
Contato		NAOR BORGES				Contato		BRUNO	
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone		(11) 4433-4210	
Email		comprasmatriz@institutocem.org.br				Email		coordenacao@oncotechospitalar.com.br	
Prazo de Entrega Solicitado		4				Prazo de Entrega		2 DIA(s)	
Cond. Pagamento Solicitado		A PRAZO				Cond. Pagamento		28 Dias	
Forma de Pagamento		BOLETO BANCÁRIO				Nome do Vendedor		BRUNA	
						Tipo de Frete		CIF	
						Faturamento Mínimo		1.000,00	
Endereço de cobrança		AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903				Validade da Proposta		17/05/2023	
Endereço de entrega		AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903							
Observações do Comprador									
POSSE / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE - 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 - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML+ORDEM DE COMPRA NOS E-MAILS: ALMOX@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR; CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - 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	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
2	5626	DIPIRONA SOL INJ 500MG/ML 2ML	SANTISA	SANTISA	100,00	AMPOLA	1,4900	0,00	1490,00
3	5416	HEPARINA SODICA SOL INJ 5000UI/ML 5ML	BLAUSIEGEL	BLAUSIEGEL	100,00	FRASCO / AMPOLA	15,9900	0,00	1.599,00
Total do pedido									1.748,00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
432413	146201	37280/33514	16/05/2023	1.685,00	O.C. Emitida	SOLICITACAO MEDICAMENTOS HEMODIÁLISE				
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor				
Razão Social		INSTITUTO CEM - POSSE				Razão Social		ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA		
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM				Nome Fantasia		ATIVA HOSPITALAR		
CNPJ		12.053.184/0002-18				CNPJ		04.274.988/0002-19		
CEP		73.900-000				CEP		75.708-270		
Endereço		AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHKE DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES				Endereço		AVENIDA SILVIO BUENO DE MORAIS - LOTEAMENTO PONTAL NORTE		
Cidade		POSSE				Cidade		CATALAO		
UF		GO				UF		GO		
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		104280948		
Contato		NAOR BORGES				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		AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903				Faturamento Mínimo		1.000,00		
Endereço de entrega		AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903				Validade da Proposta		15/05/2023		
Observações do Comprador										
POSSE / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE - 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 - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML+ORDEM DE COMPRA NOS E-MAILS: ALMOX@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR; CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - 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										
2	5626	DIPIRONA SOL INJ 500MG/ML 2ML	DIPIRONA SÓDICA 500MG/ML SOL INJ 2ML (GEN) CX C/ 120 AP/TEUT	TEUTO	100,00	AMPOLA	1,5100	0,00		
3	5416	HEPARINA SODICA SOL INJ 5000UI /ML 5ML	HEPAMAX-S 5000UI/ML SOL INJ 5ML CX C/ 25 FA/BLAU	BLAU	100,00	FRASCO / AMPOLA	15,3400	0,00		
Total do pedido										1.685,00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
432412	146201	37280/33514	16/05/2023	956,50	O.C. Emitida	SOLICITACAO MEDICAMENTOS HEMODIÁLISE			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social		INSTITUTO CEM - POSSE				Razão Social		VIVA PRODUTOS HOSPITALARES LTDA	
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM							
CNPJ		12.053.184/0002-18				Nome Fantasia		VIVA MEDICAMENTOS	
CEP		73.900-000				CNPJ		07.173.013/0001-01	
Endereço		AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHKE DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES				CEP		74.853-030	
Cidade		POSSE				Endereço		AV B - JARDIM SANTO ANTONIO	
UF		GO				Cidade		GOIANIA	
Insc. Estadual		ISENTO				UF		GO	
Contato		NAOR BORGES				Insc. Estadual		10.384.639-5	
Telefone		(62) 9 9973-7067				Contato		NUBIA FARIA	
Email		comprasmatriz@institutocem.org.br				Telefone		(62) 3091-2307	
Prazo de Entrega Solicitado		4				Email		vendas05@vivamedicamentos.com.br	
Cond. Pagamento Solicitado		A PRAZO				Prazo de Entrega		2 DIA(s)	
Forma de Pagamento		BOLETO BANCÁRIO				Cond. Pagamento		28 Dias	
Endereço de cobrança		AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903				Nome do Vendedor		JULIANA JABUR	
Endereço de entrega		AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903				Tipo de Frete		CIF	
						Faturamento Mínimo		750,00	
						Validade da Proposta		17/05/2023	
Observações do Comprador									
POSSE / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE - 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 - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML+ORDEM DE COMPRA NOS E-MAILS: ALMOX@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR; CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - SES / GO. COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA/ EQUIPAMENTO									
Observações do Fornecedor									
***** PEDIDO ABAIXO DO FATURAMENTO MÍNIMO FRETE FOB ***** ESTOQUE SUJEITO A VARIAÇÃO. PRAZO DE ENTREGA EM DIAS ÚTEIS APÓS CONFIRMAÇÃO DO PEDIDO. NÃO RESERVAMOS PRODUTOS SEM CONFIRMAÇÃO DE PEDIDO. CONDIÇÃO DE PAGAMENTO À VISTA COMBINAR ANTECIPADO. CONDIÇÃO DE PAGAMENTO A PRAZO SUJEITO A ANÁLISE DE CRÉDITO. JULIANA JABUR (62) 3091.2307 WHATSAPP E-MAIL: vendas05@vivamedicamentos.com.br									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
1	6067	CEFTAZIMIDA PO P/ SOL INJ 1G	KEFADIM	ABL	50,00	FRASCO / AMPOLA	10,9900	0,00	549,50
4	6068	VANCOMICINA PO P/ SOL INJ 500MG	ABL	ABL	100,00	FRASCO	4,0700	0,00	407,00
Total do pedido									956,50

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticação deste documento pode ser conferida no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtuaidoc/public/validacao-anexo> informando o código 243791 e o código verificador 33514.



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 19/05/2023 às 11:34, 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 22/05/2023 às 11:28, 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 243791 e o código verificador 33514.