Nro Pedido I	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta						
432649 1	146201	37280/33514	19/05/2023	1.214,40	O.C. Emitida	SOLICITACAO MEDICAMENTOS HEMODIÁLISE						
Condições de N	legócio do Com	prador				Condições de Negócio do Fornecedor						
Razão Social		STITUTO CEM	- POSSE			Razão Social	SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI					
Nome Fantasia CNP,J		STITUTO CEM .053.184/0002-1	8			Nome Fantasia	SUPERMEDICA HOSPITALAR					
CEP	73.	.900-000				CNPJ	06.065.614/0001-38					
Endereço	AV	VENIDA JUSCE	LINO KUBI	TSCHEK DE C	OLIVEIRA -	CEP	74.255-140					
Bildereşo		ENOS AIRES				Endereço	RUA C-159 - JARDIM AMERICA					
Cidade	PC	OSSE				Cidade	GOIANIA					
UF	GC)				UF	GO					
Insc. Estadual	I ISI	ENTO				Insc. Estadual	106039750					
Contato	NA	NAOR BORGES				Contato	TELEVENDAS					
Telefone	(62	2) 9 9973-7067				Telefone	(62) 3928-8989					
Email	con	comprasmatriz@institutocem.org.br				Email	vendas12@supermedica.com.br					
Prazo de Entre	rega 4	4				Prazo de Entrega	2 DIA(s)					
Solicitado						Cond. Pagamento	30 Dias					
Cond. Pagame Solicitado	ento A	PRAZO				Nome do Vendedor	JULIANA RAMALHO					
Forma de Pag	amento BC	DLETO BANCÁ	RIO			Tipo de Frete	CIF					
	•					Faturamento Mínimo	1.200,00					
Endereço de co		AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903			OSSE/GO (62) 9	Validade da Proposta	17/05/2023					
Endereço de e		AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903										

Observações do Comprador

Observações do Fornecedor

	,	1										
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 № 51/2020 - SES / GO. COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA/ EQUIPAMENTO Observações do Fornecedor												
VEND	EDORA: JU	ILIANA RAMALHO							r confer código			
		IAIL: LOCALIZADOR03@SUPERMEDICA.COM.BR							ser			
		MENTE WHATSAPP							pode			
COT 56	01138								to po			
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total			
MÉDIO	CO / HOSP	TALAR							cnu			
1	6067	CEFTAZIMIDA PO P/ SOL INJ 1G	BLAU	BLAU	60,00	FRASCO / AMPOLA	12,5400	0,00	75 2 ,48			
4	6068	VANCOMICINA PO P/ SOL INJ 500MG	BLAU	BLAU	100,00	FRASCO	4,6200	0,00	46 ℃ 0 <u>©</u>			
							To	otal do pedido	1.214,46			

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assi

Nro Pedido	Nro Gerencia	l 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 Co	mprador				Condições de Negócio do Fornecedor							
Razão Social Nome Fanta		NSTITUTO CEM NSTITUTO CEM				Razão Social	ONCOTECH HOSPITALAR COMERCIO DE MEDICAMENTO LTDA	S					
CNP.J		2.053.184/0002-1				Nome Fantasia	ONCOTECH HOSPITALAR						
CEP		73.900-000	10			CNPJ	10.542.511/0001-99						
_		AVENIDA JUSCI	ELINO VIIDI	TOCUEV DE C	N IVEIDA	СЕР	75.523-320						
Endereço		UENOS AIRES	ELINO KUBI	I SCHEK DE C	JLIVEIKA -	Endereço	R WILSON BARBOSA - JARDIM AMÉRICA						
Cidade]	POSSE				Cidade	ITUMBIARA						
UF	(GO				UF	GO						
Insc. Estadu	al I	SENTO				Insc. Estadual	104398825						
Contato	1	NAOR BORGES				Contato	BRUNO						
Telefone	(62) 9 9973-7067				Telefone	(11) 4433-4210						
Email	·	comprasmatriz@ii	nstitutocem.or	g.br		Email	coordenacao@oncotechospitalar.com.br						
Prazo de En Solicitado	trega 4	ŀ				Prazo de Entrega	2 DIA(s)						
Cond. Pagar	monto	A PRAZO				Cond. Pagamento	28 Dias						
Solicitado	nento A	AFRAZO				Nome do Vendedor	BRUNA						
Forma de Pa	agamento 1	BOLETO BANCÂ	ÁRIO			Tipo de Frete	CIF						
						Faturamento Mínimo	1.000,00						
Endereço de		VENIDA JK 73.9 665-0903	900-000 MOR	ADA NOVA F	POSSE/GO (62) 9	Validade da Proposta	17/05/2023						
Endereço de		VENIDA JK 73.9 665-0903	900-000 MOR	ADA NOVA F	POSSE/GO (62) 9	•							
Observações	do Comprador												
NOMES NEM COTAR SOM NÃO DESCO ENVIAR JUN DEVOLUÇÃO ENVIAR CÓP ALMOX @PO CONTROLAI ANOTAR NO COMPRAS A	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 N° 51/2020 - SES / GO. COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA/ EQUIPAMENTO												
Observações	do Fornecedor							iterid go 22					
- and a suppose								Soni					
								ser con o códig					
								-					

Observações do Fornecedor

Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	VI. Total			
MÉDI	MÉDICO / HOSPITALAR											
2	5626	DIPIRONA SOL INJ 500MG/ML 2ML	SANTISA	SANTISA	100,00	AMPOLA	1,4900	0,00	1450			
3	5416	HEPARINA SODICA SOL INJ 5000UI/ML 5ML	BLAUSIEGEL	BLAUSIEGEL	100,00	FRASCO / AMPOLA	15,9900	0,00	1.59500			
Total do pedido 1.74												

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

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	II.	NSTITUTO CEM	I - POSSE			Razão Social	ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA				
Nome Fantas	sia IN	STITUTO CEM				Nome Fantasia	ATIVA HOSPITALAR				
CNPJ	12	2.053.184/0002-1	.8			CNPJ	04.274.988/0002-19				
CEP	7.	3.900-000				СЕР	75.708-270				
Endereço		VENIDA JUSCI JENOS AIRES	ELINO KUBIT	TSCHEK DE C	OLIVEIRA -	Endereço	AVENIDA SILVIO BUENO DE MORAIS - LOTEAMENTO PONTAL NORTE				
Cidade	P	OSSE				Cidade	CATALAO				
UF	G	O				UF	GO				
Insc. Estadua	al IS	SENTO				Insc. Estadual	104280948				
Contato	N	AOR BORGES				Contato	FABIANA (RESP. DEP DE VENDAS)				
Telefone	(6	(2) 9 9973-7067				Telefone	(16) 3993-9100				
Email	co	omprasmatriz@ir	stitutocem.org	g.br		Email	denise@ativahosp.com.br; fabiana@ativahosp.com.br;				
Prazo de Ent	trega 4					Prazo de Entrega	1 DIA(s)				
Solicitado						Cond. Pagamento	30 Dias				
Cond. Pagan Solicitado		A PRAZO				Nome do Vendedor	ANDRÉ / OLIVIA (62) 99441-3551				
Forma de Pa	gamento B	OLETO BANCÁ	ARIO			Tipo de Frete	CIF				
Endereço de cobrança		AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9				Faturamento 1.000,00 Mínimo					
Endereço de entrega		9665-0903 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

It	em	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	VI. O
M	ŒD	ICO / H	OSPITALAR							ento
	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	000 000 000 000
	3	5416	HEPARINA SODICA SOL INJ 5000UI /ML 5ML	HEPAMAX-S 5000UI/ML SOL INJ 5ML CX C/ 25 FA/BLAU	BLAU	1100000	FRASCO / AMPOLA	15,3400	0,00	STO d
							•	Total	do pedido	1.685,0

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade<mark>x</mark>deste docemento ester conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assin**etiraentexe informando o código 1**43791 e o código verificador 33514.

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 l	Negócio do Com	prador				Condições de Negócio do Fornecedor						
Razão Social	IN	STITUTO CEM	- POSSE			Razão Social	VIVA PRODUTOS HOSPITALARES LTDA					
Nome Fantas	sia INS	STITUTO CEM					LIDA					
CNPJ	12	.053.184/0002-1	8				X Viva					
CEP	73	.900-000										
Endereço		VENIDA JUSCE ENOS AIRES	ELINO KUBI	TSCHEK DE O	LIVEIRA -	Nome Fantasia	VIVA MEDICAMENTOS					
Cidade	PC	OSSE				CNPJ	07.173.013/0001-01					
UF	GC)				СЕР	74.853-030					
Insc. Estadua	al IS	ENTO				Endereço	AV B - JARDIM SANTO ANTONIO					
Contato	NA	AOR BORGES				Cidade	GOIANIA					
Telefone	(62	2) 9 9973-7067				UF	GO					
Email	col	mprasmatriz@in	stitutocem.or	g.br		Insc. Estadual	10.384.639-5					
Prazo de Ent	trega 4					Contato	NUBIA FARIA					
Solicitado						Telefone	(62) 3091-2307					
Cond. Pagan Solicitado	nento A	PRAZO				Email	vendas05@vivamedicamentos.com.br					
Forma de Pa	gamento BO	DLETO BANCÁ	RIO			Prazo de Entrega	2 DIA(s)					
1 0111111 00 1 11						Cond. Pagamento	28 Dias					
Endereço de	cobranca AV	ENIDA JK 73.9	00-000 MOR	ADA NOVA P	OSSE/GO (62) 9	Nome do Vendedor	JULIANA JABUR					
		55-0903				Tipo de Frete	CIF					
Endereço de			00-000 MOR	ADA NOVA P	OSSE/GO (62) 9	Faturamento Mínimo	750,00					
	966	65-0903				Validade da Proposta	17/05/2023					
Observações d	lo Comprador				•	_						
-	_						T T					

Nue Podido Nue Coupriel Nue Processo Data Valor Situação Descrição de properto

Observações do Fornecedor

NOMES COTAR NÃO D ENVIA DEVOI ENVIA ALMOS CONTR ANOTA COMPR EQUIPA	AAR NO CN S NEM QUA S SOMENTI ESCONTAI R JUNTO A LUÇÃO SE R CÓPIAS I X @POLICL ROLADORI. AR NO ROE	PJ.: 12.053.184/0002-18 - COTAR SOMENTE O SOLICI ANTIDADE - SUJEITO A DEVOLUÇÃO; E FRETE CIF. R NOSSOS TÍTULOS EM FACTORING. NÃO PAGAMO. MERCADORIA CÓPIA DA ORDEM DE COMPRA + N NÃO FOREM JUNTOS; DA NF+BOLETO+XML+ORDEM DE COMPRA NOS E. INICAPOSSE.ORG.BR; A@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR DAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 51/ "A – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A EN	OS JUROS; NOTA FISCAL - -MAILS: /2020 - SES / GO	SUJEITO A					conferida no site: sódigq 243791 e o código verificador 335
ESTOQ PRAZO NÃO R CONDI CONDI JULIAN	UE SUJEIT DE ENTRE ESERVAM ÇÃO DE PA ÇÃO DE PA NA JABUR	BAIXO DO FATURAMENTO MÍNIMO FRETE FOB *** O A VARIAÇÃO. EGA EM DIAS ÚTEIS APÓS CONFIRMAÇÃO DO PED: OS PRODUTOS SEM CONFIRMAÇÃO DE PEDIDO. AGAMENTO À VISTA COMBINAR ANTECIPADO. AGAMENTO A PRAZO SUJEITO A ANÁLISE DE CRÉI (62) 3091.2307 WHATSAPP @vivamedicamentos.com.br	DIDO.						e documento pode ser anexo informando o c
		Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	VI. Total
	CO / HOSPI								D S
1	6067	CEFTAZIMIDA PO P/ SOL INJ 1G	KEFADIM	ABL		FRASCO / AMPOLA	10,9900	.,,	<u> </u>
4	6068	VANCOMICINA PO P/ SOL INJ 500MG	ABL	ABL	100,00	FRASCO	4,0700	0,00	<u>€</u> 06
							To	otal do pedido	95∰5₩

Este documento foi assinado digitalmente. A aut https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/va



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.