

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
434634	147287	010623 / 35154	15/06/2023	384,80	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MEDICAÇÃO PARA 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 KUBITSCHEK 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		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		13/06/2023	
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. .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. .FRETE COTAR SOMENTE CIF. .FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE POSSE/ GO. .COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ITENS - 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 E 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 578139									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
2	6069	CEFAZOLINA PO P/ SOL INJ 1G	BLAU	BLAU	80,00	FRASCO / AMPOLA	4,8100	0,00	384,80
Total do pedido									384,80

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
434633	147287	010623 / 35154	15/06/2023	1.778,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MEDICAÇÃO PARA HEMODIÁLISE				
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor				
Razão Social		INSTITUTO CEM - POSSE				Razão Social	CIENTIFICA MEDICA HOSPITALAR LTDA			
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM				Nome Fantasia	CIENTIFICA HOSPITALAR			
CNPJ		12.053.184/0002-18				CNPJ	07.847.837/0001-10			
CEP		73.900-000				CEP	74.911-360			
Endereço		AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHEK DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES				Endereço	AV ANAPOLIS - VILA BRASILIA			
Cidade		POSSE				Cidade	APARECIDA DE GOIANIA			
UF		GO				UF	GO			
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual	10.399.060-7			
Contato		Enivaldo Campos Rodrigues				Contato	LUANA			
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone	(62) 3088-9700			
Email		comprasmatriz@institutocem.org.br				Email	gerenciadmh1@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	CAROLINA			
						Tipo de Frete	CIF			
						Faturamento Mínimo	200,00			
						Validade da Proposta	17/06/2023			
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. .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. .FRETE COTAR SOMENTE CIF. .FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE POSSE/ GO. .COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ITENS - 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 E 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	VI. Unit.	Desconto	VI. Total	
MÉDICO / HOSPITALAR										
1	5528	AMICACINA SOL INJ 250MG/ML 2ML	CX/50	FRESENIUS	200,00	AMPOLA	8,8900	0,00	1.778,00	
Total do pedido									1.778,00	

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
434256	147287	010623 / 35154	12/06/2023	863,04	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MEDICAÇÃO PARA HEMODIÁLISE				
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor				
Razão Social		INSTITUTO CEM - POSSE				Razão Social	GOYAZ SERVICE COMÉRCIO E LOGÍSTICA LTDA			
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM				Nome Fantasia	GOYAZ SERVICE HOSPITALAR			
CNPJ		12.053.184/0002-18				CNPJ	07.928.753/0001-00			
CEP		73.900-000				CEP	75.368-155			
Endereço		AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHEK DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES				Endereço	RUA SILVIO CALDAS QD. 13 LT. 17 - RESIDENCIAL LIMOEIRO			
Cidade		POSSE				Cidade	GOIANIRA			
UF		GO				UF	GO			
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual	104331356			
Contato		Enivaldo Campos Rodrigues				Contato	ANA CAROLINA			
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone	(62) 3433-7715			
Email		comprasmatriz@institutocem.org.br				Email	.			
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 CAROLINA RODRIGUES DA SILVA			
						Tipo de Frete	CIF			
						Faturamento Mínimo	500,00			
Endereço de cobrança		AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903				Validade da Proposta	16/06/2023			
Endereço de entrega		AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903								
Observações do Comprador										
POSSE / GO. .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. .FRETE COTAR SOMENTE CIF. .FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE POSSE/ GO. .COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ITENS - 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 E 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										
3	5410	MANITOL SOL INJ 20 % 250 ML	FRESENIUS	FRESENIUS	96,00	FRASCO	8,9900	0,00	863,04	
Total do pedido									863,04	

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade desta assinatura pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura/35154-253255 e o código verificador 35154-253255

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
434255	147287	010623 / 35154	12/06/2023	1.053,70	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MEDICAÇÃO PARA 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		Enivaldo Campos Rodrigues				Contato		FABIANA (RESP. DEP DE VENDAS)		
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone		(16) 3993-9100		
Email		comprasmatriz@institutocem.org.br				Email		fabiana@ativahosp.com.br;vendas@ativahosp.com.br; vendas2@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		600,00		
Endereço de entrega		AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903				Validade da Proposta		12/06/2023		
Observações do Comprador										
POSSE / GO. .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. .FRETE COTAR SOMENTE CIF. .FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE POSSE/ GO. .COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ITENS - 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 E 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										
1	5528	AMICACINA SOL INJ 250MG /ML 2ML	AMICACINA 500MG (250MG/ML) (GEN) SOL INJ CT C/ 50 AP 2ML/TEU	TEUTO	200,00	AMPOLA	4,1685	0,00	833,70	
2	6069	CEFAZOLINA PO P/ SOL INJ 1G	CEFAZOLINA 1G PÓ SOL INJ (GEN) CX C/ 50 FA /AUROBINDO PHARMA	AUROBINDO PHARMA	50,00	FRASCO / AMPOLA	4,4000	0,00	220,00	
Total do pedido										1.053,70



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 15/06/2023 às 14:06, 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 16/06/2023 às 10:17, 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 253255 e o código verificador 35154.