

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
434668	147279	37999 / 34973	15/06/2023	13.360,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO MEDICAMENTOS 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; 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 578159										
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total	
MÉDICO / HOSPITALAR										
4	5416	HEPARINA SODICA SOL INJ 5000UI/ML 5ML	CRISTALIA	CRISTALIA	800,00	FRASCO / AMPOLA	16,7000	0,00	13.360,00	
FR/AMP 5 ML										
Total do pedido									13.360,00	

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticação pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtuaidoc/public/validar-34973. Informando o código 253468 e o código verificador 34973.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
434667	147279	37999 / 34973	15/06/2023	7.140,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO MEDICAMENTOS PARA HEMODIÁLISE			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social		INSTITUTO CEM - POSSE				Razão Social	L A VIDAL IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇÃO LTDA		
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM				Nome Fantasia	GRUPO VIDAL		
CNPJ		12.053.184/0002-18				CNPJ	00.097.489/0001-61		
CEP		73.900-000				CEP	75.063-330		
Endereço		AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHEK DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES				Endereço	AV 010 - REV. ARCHIBALD		
Cidade		POSSE				Cidade	ANAPOLIS		
UF		GO				UF	GO		
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual	192673462		
Contato		Enivaldo Campos Rodrigues				Contato	LUCAS - 98214-6000		
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone	(62) 3706-0854		
Email		comprasmatriz@institutocem.org.br				Email	grupovidal@hotmail.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	LUCAS VIDAL		
						Tipo de Frete	CIF		
						Faturamento Mínimo	800,00		
						Validade da Proposta	12/06/2023		
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; 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	6067	CEFTAZIMIDA PO P/ SOL INJ 1G	BLAU	BLAU	300,00	FRASCO / AMPOLA	23,8000	0,00	7.140,00
FR/ AMP 1000MG									
Total do pedido									7.140,00

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtuaidoc/public/validar-assinatura-arg. Informando o código 253468 e o código verificador 34973.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
434254	147279	37999 / 34973	12/06/2023	798,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO MEDICAMENTOS PARA HEMODIÁLISE					
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor					
Razão Social		INSTITUTO CEM - POSSE				Razão Social		MAIS MEDICAL DISTRIBUIDORA HOSPITALAR LTDA			
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM				Nome Fantasia		MAIS MEDICAL HOSPITALAR			
CNPJ		12.053.184/0002-18				CNPJ		39.752.457/0001-98			
CEP		73.900-000				CEP		74.255-220			
Endereço		AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHKE DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES				Endereço		AV T-0009 - JARDIM AMÉRICA			
Cidade		POSSE				Cidade		GOIANIA			
UF		GO				UF		GO			
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		108142094			
Contato		Enivaldo Campos Rodrigues				Contato		PEDRO HENRIQUE GODOI CAMARGO			
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone		(62) 3015-8441			
Email		comprasmatriz@institutocem.org.br				Email		-			
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		QUETSIA PINHEIRO DA SILVA			
						Tipo de Frete		CIF			
						Faturamento Mínimo		798,00			
						Validade da Proposta		15/06/2023			
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	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR											
5	6068	VANCOMICINA PO P/ SOL INJ 500MG			ABL	ABL	200,00	FRASCO	3,9900	0,00	798,00
FR 500MG											
Total do pedido										798,00	

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-arq. Informando o código 253468 e o código verificador 34973.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
434253	147279	37999 / 34973	12/06/2023	677,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO MEDICAMENTOS PARA HEMODIÁLISE				
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor				
Razão Social		INSTITUTO CEM - POSSE				Razão Social		ELLO DISTRIBUICAO LTDA - EPP		
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM				Nome Fantasia		ELLO DISTRIBUICAO		
CNPJ		12.053.184/0002-18				CNPJ		14.115.388/0001-80		
CEP		73.900-000				CEP		74.780-562		
Endereço		AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHKE DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES				Endereço		AV: ANAPOLIS - VILA PEDROSO		
Cidade		POSSE				Cidade		GOIANIA		
UF		GO				UF		GO		
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		10574978248		
Contato		Enivaldo Campos Rodrigues				Contato		WILLIAM PERILLO - 98406-6004		
Telefone		(62) 9 9973-7067				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		LIGIA LAIS		
Endereço de cobrança		AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903				Tipo de Frete		CIF		
Endereço de entrega		AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903				Faturamento Mínimo		600,00		
						Validade da Proposta		13/06/2023		
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; ALMOX@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR 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	C/100	HYPOFARMA	500,00	AMPOLA	1,1500	0,00	575,00	
AMPOLA 1000MG										
3	16372	GLICOSE SOL INJ 50% 10ML	V/200	ISOFARMA	200,00	AMPOLA	0,5100	0,00	102,00	
AMP 10ML										
									Total do pedido	
									677,00	

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticação pode ser feita no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/valida/34973 conferida no site: código 253468 e o código verificador 34973.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
434252	147279	37999 / 34973	12/06/2023	5.950,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO MEDICAMENTOS PARA HEMODIÁLISE			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social		INSTITUTO CEM - POSSE				Razão Social		L A VIDAL IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇÃO LTDA	
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM				Nome Fantasia		GRUPO VIDAL	
CNPJ		12.053.184/0002-18				CNPJ		00.097.489/0001-61	
CEP		73.900-000				CEP		75.063-330	
Endereço		AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHEK DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES				Endereço		AV 010 - REV. ARCHIBALD	
Cidade		POSSE				Cidade		ANAPOLIS	
UF		GO				UF		GO	
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		192673462	
Contato		Enivaldo Campos Rodrigues				Contato		LUCAS - 98214-6000	
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone		(62) 3706-0854	
Email		comprasmatriz@institutocem.org.br				Email		grupovidal@hotmail.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		LUCAS VIDAL	
						Tipo de Frete		CIF	
						Faturamento Mínimo		800,00	
Endereço de cobrança		AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903				Validade da Proposta		12/06/2023	
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; 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
Total do pedido									5.950,00

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtuaidoc/public/validar-assinatura-anexo-34973.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
434251	147279	37999 / 34973	12/06/2023	12.633,59	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO MEDICAMENTOS 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 .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	6067	CEFTAZIMIDA PO P/ SOL INJ 1G	KEFADIM 1G PÓ P/ SOL INJ IV/IM CT C/ 50 FA/ABL	ABL	50,00	FRASCO / AMPOLA	16,1917	0,00	809,95	
FR/ AMP 1000MG										
4	5416	HEPARINA SODICA SOL INJ 5000UI/ML 5ML	HEPAMAX-S 5.000 U.I. / ML SOL INJ 5ML CT C/ 25 FA /BLAU	BLAU	800,00	FRASCO / AMPOLA	14,7800	0,00	11.824,00	
FR/AMP 5 ML										
Total do pedido										12.633,59



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 10:15, 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 253468 e o código verificador 34973.