

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
434805	147345	38441 / 35240	19/06/2023	476,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MEDECAMENTOS 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		
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	1.200,00		
						Validade da Proposta	13/06/2023		
Observações do Comprador									
<p>QUIRINÓPOLIS / GO.</p> <p>.FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ.</p> <p>. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60. INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE QUIRINÓPOLIS;</p> <p>. COTAR SOMENTE O SOLICITADO.</p> <p>. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ÍTENS - SUJEITO A DEVOLUÇÃO;</p> <p>.COTAR SOMENTE FRETE CIF;</p> <p>.NÃO DESCONTAR NOSSOS TÍTULOS EM FACTORING. NÃO PAGAMOS JUROS;</p> <p>.ENVIAR JUNTO A MERCADORIA CÓPIA DA ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL + BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS;</p> <p>.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 07/2021 - SES / GO.</p> <p>.COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA / EQUIPAMENTO.</p>									
Observações do Fornecedor									
<p>VENDEDORA: JULIANA RAMALHO</p> <p>RAMAL 5170 - EMAIL: LOCALIZADOR03@SUPERMEDICA.COM.BR</p> <p>62 9669-4917 - SOMENTE WHATSAPP</p> <p>COT 578385</p>									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vi. Unit.	Desconto	Vi. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
8	58802	MIDAZOLAM SOL INJ 5 MG/ML 3 ML - GEN FRESENIUS KABI	FRESENUIS - VENC. 31/03/2024	FRESENIUS	100,00	AMPOLA	4,7600	0,00	476,00
AMP 15MG									
Total do pedido									476,00

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticação deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura.html informando o código 254494 e o código verificador 35240.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
434582	147345	38441 / 35240	14/06/2023	3.028,50	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MEDECAMENTOS PARA FARMÁCIA			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS					Razão Social	L A VIDAL IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇÃO LTDA		
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM					Nome Fantasia	GRUPO VIDAL		
CNPJ	12.053.184/0005-60					CNPJ	00.097.489/0001-61		
CEP	75.860-000					CEP	75.063-330		
Endereço	RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS					Endereço	AV 010 - REV. ARCHIBALD		
Cidade	QUIRINOPOLIS					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		
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	800,00		
						Validade da Proposta	12/06/2023		
Observações do Comprador									
<p>QUIRINÓPOLIS / GO.</p> <p>.FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ.</p> <p>. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60. INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE QUIRINÓPOLIS;</p> <p>. COTAR SOMENTE O SOLICITADO.</p> <p>. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ÍTENS - SUJEITO A DEVOLUÇÃO;</p> <p>.COTAR SOMENTE FRETE CIF;</p> <p>.NÃO DESCONTAR NOSSOS TÍTULOS EM FACTORING. NÃO PAGAMOS JUROS;</p> <p>.ENVIAR JUNTO A MERCADORIA CÓPIA DA ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL + BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS;</p> <p>.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 07/2021 - SES / GO.</p> <p>.COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA / EQUIPAMENTO.</p>									
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	SANTISA	SANTISA	300,00	AMPOLA	2,4800	0,00	744,00
AMP 500MG									
7	17944	LIDOCAINA GELEIA 2% TUBO 30 GRAMAS	PHARLAB	PHARLAB	25,00	TUBO	4,9800	0,00	1245,00
TB 30 GRAMA									
10		PROPOFOL SOL INJ 10MG/ML 10 ML - PROVIVE/UNIÃO QUÍMICA	UNIÃO QUIMICA	UNIÃO QUIMICA	200,00	FRASCO	10,8000	0,00	2.160,00
FR/AMP 10 ML									
Total do pedido									3.028,50

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
434581	147345	38441 / 35240	14/06/2023	5.984,80	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MEDECAMENTOS 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	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		
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	12/06/2023		
Observações do Comprador									
<p>QUIRINÓPOLIS / GO.</p> <p>.FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ.</p> <p>. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60. INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE QUIRINÓPOLIS;</p> <p>. COTAR SOMENTE O SOLICITADO.</p> <p>. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ÍTENS - SUJEITO A DEVOLUÇÃO;</p> <p>.COTAR SOMENTE FRETE CIF;</p> <p>.NÃO DESCONTAR NOSSOS TÍTULOS EM FACTORING. NÃO PAGAMOS JUROS;</p> <p>.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 07/2021 - SES / GO.</p> <p>.COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA / EQUIPAMENTO.</p>									
Observações do Fornecedor									
SOMENTE CX FECHADA									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
4	46178	FENTANILA, CITRATO SOL INJ 50MCG/ML 2ML - UNIFENTAL	FENTANILA 50 MCG/ML SOL INJ 2ML (GEN) CX C/ 50 AP/FRESENIUS	FRESENIUS	100,00	AMPOLA	1,9500	0,00	1950,00
AMPOLA DE 2 ML									
5	34636	FLUMAZENIL SOL INJ 0,1MG/ML 5ML - GEN HIPOLABOR	FLUMAZENIL 0,1MG/ML SOL INJ 5ML (GEN) CT C/ 5 AP/TEUTO	TEUTO	35,00	AMPOLA	4,8300	0,00	1690,50
AMPOLA DE 5 ML									
6	5416	HEPARINA SODICA SOL INJ 5000UI/ML 5ML	HEPAMAX-S 5.000 U.I. / ML SOL INJ 5ML CT C/ 25 FA/BLAU	BLAU	350,00	FRASCO / AMPOLA	14,7800	0,00	5.173,00
FR/AMP 5 ML - FRASCO AMPOLA									
9	6456	NITROPRUSSIATO DE SODIO SOL INJ 50MG /2ML	NITROP 25MG/ML SOL INJ IV 2ML CT C/ 5 AP /HYPOFARMA	HYPOFARMA	25,00	FRASCO / AMPOLA	17,9100	0,00	447,75
FR/AMP 50 MG									
Total do pedido									5.984,80



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 19/06/2023 às 10:50, 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 19/06/2023 às 11:06, 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 254494 e o código verificador 35240.