

Nro Pedido		Nro Gerencial		Nro Processo		Data		Valor		Situação		Descrição da proposta											
436736		148335		39208 / 36319		11/07/2023		1.280,00		O.C. Emitida		SOLICITAÇÃO MATERIAIS 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									
												Tipo de Frete		CIF									
												Faturamento Mínimo		1.200,00									
												Validade da Proposta		11/07/2023									
Observações do Comprador																							
QUIRINÓPOLIS / GO. .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. . FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60. INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE QUIRINÓPOLIS; . COTAR SOMENTE O SOLICITADO. . NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ÍTENS - 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 + BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 01/2021 - 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 590764																							
Item	Código	Descrição								Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total							
MÉDICO / HOSPITALAR																							
9	7557	VITAMINAS DO COMPLEXO B SOL INJ 2ML								HYPOFARMA	HYPOFARMA	500,00	AMPOLA	2,5600	0,00	1.280,00							
AMPOLA DE 2ML																							
														Total do pedido				1.280,00					

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
436734	148335	39208 / 36319	11/07/2023	5.565,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO MATERIAIS PARA FARMÁCIA				
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor				
Razão Social		INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS				Razão Social	CIENTIFICA MEDICA HOSPITALAR LTDA			
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM				Nome Fantasia	CIENTIFICA HOSPITALAR			
CNPJ		12.053.184/0005-60				CNPJ	07.847.837/0001-10			
CEP		75.860-000				CEP	74.911-360			
Endereço		RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS				Endereço	AV ANAPOLIS - VILA BRASILIA			
Cidade		QUIRINOPOLIS				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	gerenciacmh1@gmail.com			
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	CAROLINA			
						Tipo de Frete	CIF			
						Faturamento Mínimo	200,00			
Endereço de cobrança		RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966				Validade da Proposta	08/07/2023			
Endereço de entrega		RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966								
Observações do Comprador										
QUIRINÓPOLIS / GO. .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. . FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60. INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE QUIRINÓPOLIS; . COTAR SOMENTE O SOLICITADO. . NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ÍTENS - 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 + 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 01/2021 - 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	5416	HEPARINA SODICA SOL INJ 5000UI/ML 5ML	CX/25	BLAU	350,00	FRASCO / AMPOLA	15,9000	0,00	5.565,00	
FR/AMP 5 ML										
Total do pedido									5.565,00	

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
436733	148335	39208 / 36319	11/07/2023	2.055,55	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO MATERIAIS PARA FARMÁCIA				
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor				
Razão Social		INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS				Razão Social		MAEVE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA		
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM				Nome Fantasia		MAEVE HOSPITALAR		
CNPJ		12.053.184/0005-60				CNPJ		09.034.672/0001-92		
CEP		75.860-000				CEP		74.640-030		
Endereço		RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS				Endereço		RUA 13 - POLO EMPRESARIAL DE GOIÁS - ETAPA IV		
Cidade		QUIRINOPOLIS				Cidade		APARECIDA DE GOIANIA		
UF		GO				UF		GO		
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		10.416.812-9		
Contato		Enivaldo Campos Rodrigues				Contato		62 35651038		
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone		(62) 3565-1033		
Email		comprasmatriz@institutocem.org.br				Email		analistacomercial@maevehospitalar.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		ALESSANDRA TEIXEIRA		
						Tipo de Frete		CIF		
						Faturamento Mínimo		500,00		
						Validade da Proposta		08/07/2023		
Endereço de cobrança		RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966								
Endereço de entrega		RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966								
Observações do Comprador										
QUIRINÓPOLIS / GO. .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. . FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60. INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE QUIRINÓPOLIS; . COTAR SOMENTE O SOLICITADO. . NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ÍTENS - 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 + BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR .ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML NO E-MAIL: ALMOXARIFADO@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR; /2021 - SES / GO. .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 0 .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										
1		ACIDO ASCORBICO (VITAMINA C) SOL INJ 100 MG/ML 5 ML - AMP 500 MG	SANTISA	SANTISA	300,00	AMPOLA	1,9900	0,00	597,00	
3	46178	FENTANILA, CITRATO SOL INJ 50MCG/ML 2ML - UNIFENTAL	UNIAO QUIMICA	UNIAO QUIMICA	100,00	AMPOLA	1,5900	0,00	1590,00	
4	34636	FLUMAZENIL SOL INJ 0,1MG/ML 5ML - GEN HIPOLABOR	UNIAO QUIMICA	UNIAO QUIMICA	15,00	AMPOLA	7,3200	0,00	109,80	
AMPOLA DE 5 ML										
6	24889	METILPREDNISOLONA PO P/ SOL INJ 125MG	FRESENIUS	FRESENIUS	25,00	FRASCO	5,3100	0,00	132,75	
7	58802	MIDAZOLAM SOL INJ 5 MG/ML 3 ML - GEN FRESENIUS KABI	UNIAO QUIMICA	UNIAO QUIMICA	100,00	AMPOLA	1,8700	0,00	1870,00	
AMP 15MG										
8	42346	PROPOFOL SOL INJ 10MG / ML 10 ML - PROVIVE / UNIÃO QUÍMICA	UNIAO QUIMICA	UNIAO QUIMICA	100,00	FRASCO	8,7000	0,00	870,00	
FR/AMP 10ML										
									Total do pedido	2.059,55



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 11/07/2023 às 08:35, 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 12/07/2023 às 09:17, 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 263985 e o código verificador 36319.