

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 KUBITSCHK 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	

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; .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										
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/virtuaidoc/public/valida/38834 e o código verificador 38834.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situa ºo	Descri ºo da proposta		
434252	147279	37999 / 34973	12/06/2023	5.950,00 O.C. Emitida		SOLICITAÇÃO MEDICAMENTOS PARA HEMODIÁLISE		
Condi ões de Neg cio do Comprador					Condi ões de Neg cio 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			
Endere o AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHKE DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES					Endere o 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 4 Solicitado					Prazo de Entrega 2 DIA(s)			
Cond. Pagamento A PRAZO Solicitado					Cond. Pagamento 30 Dias			
Forma de Pagamento BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor LUCAS VIDAL			
					Tipo de Frete CIF			
					Faturamento M nimo800,00			
Endere o de cobranaAVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903					Validade da Proposta12/06/2023			
Endere o de entregaAVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903								
Observa ões 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 C PIA DA ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; ALMOX@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR CONTRATO GESTÃO N 51/2020 - SES / GO. .COMPRAS A VISTA S EFETUAREMOS O PAGAMENTO AP S A ENTREGA DA MERCADORIA / EQUIPAMENTO. .ENVIAR C PIAS DA NF+BOM .ANOTAR NÃO								
Observa ões do Fornecedor								
Item	C digo	Descri ºo	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto
M DICO / HOSPITALAR								
1	6067	CEFTAZIMIDA PO P/ SOL INJ 1G	BLAU	BLAU	25	0,00 FRASCO / AMPOLA	23,8000	0,00
FR/ AMP 1000MG								
Total do pedido								

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-arquivo> informando o código verificador 388344 e o código de segurança 277445.

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	809,5850
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	11.824,0000
FR/AMP 5 ML											
Total do pedido										12.633,59	

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/434251/38834



Documento assinado eletronicamente por JEZIEL BARBOSA FERREIRA, 476.308.411-91, DIRETOR GERAL, em 14/08/2023 às 12:20, conforme horário oficial de Brasília/DF, com fundamentos na portaria nº 117/2020



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 14/08/2023 às 12:42, 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 16/08/2023 às 09:23, 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 277743 e o código verificador 38834.