

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
441288	150690	48970 / 40692	06/09/2023	805,80	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		
CPF/CNPJ		12.053.184/0002-18				CPF/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		2				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		800,00		
Endereço de entrega		AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903				Validade da Proposta		06/09/2023		
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										
4	33202	ISOSSORBIDA (DINITRATO) COMP SUBLINGUAL 5 MG	ISORDIL SL 5MG CT C/ 30 CP SUB-LINGUAL /EMS SIGMA PHARMA	EMS SIGMA PHARMA	90,00	COMPRIMIDO	0,3200	0,00	28,80	
5	70982	LIDOCAINA 2% SOL INJ 20 MG/ML 5 ML - AMPOLA DE 5ML	HYPOCAÍNA 20MG/ML (2%) SOL INJ S/V 5ML CX C/ 100 AP/HYPOFARM	HYPOFARMA	300,00	AMPOLA	1,1800	0,00	354,00	
AMPOLA DE 5 ML										
7	5653	PROMETAZINA SOL INJ 25MG/ML 2ML	PAMERGAN 25MG/ML SOL INJ 2ML CX C/ 50 AP /CRISTÁLIA	CRISTÁLIA	150,00	AMPOLA	2,8200	0,00	423,00	
AMP 50MG										
Total do pedido										805,80

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
441287	150690	48970 / 40692	06/09/2023	1.929,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO MEDICAMENTOS PARA HEMODIÁLISE					
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor					
Razão Social		INSTITUTO CEM - POSSE				Razão Social		CIENTIFICA MEDICA HOSPITALAR LTDA			
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM				Nome Fantasia		CIENTIFICA HOSPITALAR			
CPF/CNPJ		12.053.184/0002-18				CPF/CNPJ		07.847.837/0001-10			
CEP		73.900-000				CEP		74.911-360			
Endereço		AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHK 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		2				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		16/09/2023			
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											
1	15703	DIMENIDRINATO + PIRIDOXINA + GLICOSE + FRUT SOL INJ 10ML			CX/100	COSMED	100,00	AMPOLA	8,0900	0,00	809,00
8	6068	VANCOMICINA PO P/ SOL INJ 500MG			VENC: 06/24	UNIAO QUIMICA	200,00	FRASCO	4,5000	0,00	900,00
9	7557	VITAMINAS DO COMPLEXO B SOL INJ 2ML			CX/100	HYPOFARMA	100,00	AMPOLA	2,2000	0,00	220,00
Total do pedido											1.929,00

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura/441287-150690-48970-40692-06092023



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 06/09/2023 às 09:22, 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 06/09/2023 às 09:30, 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 287099 e o código verificador 40692.