

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
442096	150884	49155/40725	18/09/2023	606,00	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS DE FARMACIA					
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor					
Razão Social		INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS				Razão Social		GOYAZ SERVICE COMÉRCIO E LOGÍSTICA LTDA			
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM				Nome Fantasia		GOYAZ SERVICE HOSPITALAR			
CPF/CNPJ		12.053.184/0005-60				CPF/CNPJ		07.928.753/0001-00			
CEP		75.860-000				CEP		75.368-155			
Endereço		RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS				Endereço		RUA SILVIO CALDAS QD. 13 LT. 17 - RESIDENCIAL LIMOEIRO			
Cidade		QUIRINOPOLIS				Cidade		GOIANIRA			
UF		GO				UF		GO			
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		104331356			
Contato		NAOR BORGES				Contato		ANA CAROLINA			
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone		(62) 3433-7715			
Email		naor@institutocem.org.br				Email		.			
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		ANA CAROLINA RODRIGUES DA SILVA			
						Tipo de Frete		CIF			
						Faturamento Mínimo		500,00			
Endereço de cobrança		RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966				Validade da Proposta		15/09/2023			
Endereço de entrega		RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966									
Observações do Comprador											
QUIRINÓPOLIS / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60 - COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE - 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	VI. Unit.	Desconto	VI. Total
MÉDICO / HOSPITALAR											
1	7556	ACIDO ASCORBICO (VITAMINA C) SOL INJ 100MG/ML 5ML			HYPOFARMA	HYPOFARMA	200,00	AMPOLA	1,3400	0,00	268,00
10	7557	VITAMINAS DO COMPLEXO B SOL INJ 2ML			HYPOFARMA	HYPOFARMA	200,00	AMPOLA	1,6900	0,00	338,00
Total do pedido											606,00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
442095	150884	49155/40725	18/09/2023	1.460,00	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS DE FARMACIA					
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor					
Razão Social	INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS					Razão Social	VFB BRASIL LTDA				
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM					Nome Fantasia	VFB				
CPF/CNPJ	12.053.184/0005-60					CPF/CNPJ	30.949.099/0001-33				
CEP	75.860-000					CEP	72.872-057				
Endereço	RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS					Endereço	RUA R-14 SN QUADRA 17 LOTE 15/16 - JARDIM IPANEMA				
Cidade	QUIRINOPOLIS					Cidade	VALPARAISO DE GOIAS				
UF	GO					UF	GO				
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	10.735.948-0				
Contato	NAOR BORGES					Contato	THIAGO MENDES				
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(61) 3712-9284				
Email	naor@institutocem.org.br					Email	privado1@vfbrasil.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	YURI WAGNER / PRIVADO1@VFBBRASIL.COM / 61995051956				
						Tipo de Frete	CIF				
						Faturamento Mínimo	500,00				
Endereço de cobrança	RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966					Validade da Proposta	06/10/2023				
Endereço de entrega	RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966										
Observações do Comprador											
QUIRINÓPOLIS / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60 - COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE - 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											
Todos pedidos passarão por análise de crédito e frete. Estamos abertos para negociação. VFB BRASIL Yuri Wagner Fone: 61-995051956											
Item	Código	Descrição	Referência			Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR											
6	5416	HEPARINA SODICA SOL INJ 5000UI /ML 5ML	HEPAMAX-S 5000UI/ML CX C/25 FR/AMP 5ML HEPARINA BLAU			BLAU	100,00	FRASCO / AMPOLA	14,6000	0,00	1.460,00
Total do pedido											1.460,00

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticação pode ser feita no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtuaidoc/public/validar-assinatura> anexando o código 294659 e o código verificador 40725

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
442094	150884	49155/40725	18/09/2023	617,21	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS DE FARMACIA			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS					Razão Social HOSPDROGAS COMERCIAL LTDA 			
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM					Nome Fantasia HOSPDROGAS			
CPF/CNPJ	12.053.184/0005-60					CPF/CNPJ 08.774.906/0001-75			
CEP	75.860-000					CEP 74.993-394			
Endereço	RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS					Endereço AV. OESTE - PQ. IND. VICE-PRES. JOSÉ ALENCAR ETAPA II			
Cidade	QUIRINOPOLIS					Cidade APARECIDA DE GOIANIA			
UF	GO					UF GO			
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual 104153377			
Contato	NAOR BORGES					Contato TELEVENDAS			
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone (62) 4012-1199			
Email	naor@institutocem.org.br					Email hermilton@hospdrogas.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 LETICIA			
						Tipo de Frete CIF			
						Faturamento Mínimo 500,00			
						Validade da Proposta 30/09/2023			
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. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60 - COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE - 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									
Por favor se atentar nas quantidade da observação									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
5	34636	FLUMAZENIL SOL INJ 0,1MG/ML 5ML - GEN HIPOLABOR	010.0002	HIPOLABOR	20,00	AMPOLA	7,1547	0,00	143,09
7	58802	MIDAZOLAM SOL INJ 5 MG/ML 3 ML - GEN FRESENIUS KABI	010.0005	HIPOLABOR	100,00	AMPOLA	1,7600	0,00	176,00
8	42346	PROPOFOL SOL INJ 10MG / ML 10 ML - PROVIVE / UNIÃO QUÍMICA	010.0029	UNIAO QUIMICA	50,00	FRASCO	5,9623	0,00	298,11
FR/AMP 10ML									
Total do pedido									617,21

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
442093	150884	49155/40725	18/09/2023	565,47	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS DE FARMACIA			
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	
CPF/CNPJ		12.053.184/0005-60				CPF/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		NAOR BORGES				Contato		TELEVENDAS	
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone		(62) 3928-8989	
Email		naor@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		12/09/2023	
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. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60 - COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE - 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									
VENDEDORA: JULIANA RAMALHO RAMAL 5170 - EMAIL: LOCALIZADOR03@SUPERMEDICA.COM.BR 62 9669-4917 - SOMENTE WHATSAPP COT 615821									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
2	11499	ACIDO TRANEXAMICO SOL INJ 50MG/ML 5ML	ZYDUS	ZYDUS	100,00	UNIDADE	4,0100	0,00	400,80
3	19608	FENITOINA SOL INJ 50MG/ML 5ML - FENTAL.	CRISTALIA	CRISTALIA	20,00	AMPOLA	2,6100	0,00	52,20
AMP 250MG									
4	46178	FENTANILA, CITRATO SOL INJ 50MCG/ML 2ML - UNIFENTAL	HIPOLABOR	HIPOLABOR	50,00	AMPOLA	2,1900	0,00	109,50
9	4999	PROPRANOLOL COMP 40MG	PHARLAB	PHARLAB	30,00	COMPRIMIDO	0,0923	0,00	2,77
Total do pedido									565,47



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 18/09/2023 às 16:29, 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 19/09/2023 às 19:57, 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 294659 e o código verificador 40725.