

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
443986	152032	50251 / 42314	14/10/2023	2.462,45	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS			
<b>Condições de Negócio do Comprador</b>						<b>Condições de Negócio do Fornecedor</b>			
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO CEM - GOIANESIA					<b>Razão Social</b>	SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI		
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO CEM - FILIAL GOIANÉSIA					<b>Nome Fantasia</b>	SUPERMEDICA HOSPITALAR		
<b>CPF/CNPJ</b>	12.053.184/0003-07					<b>CPF/CNPJ</b>	06.065.614/0001-38		
<b>CEP</b>	76.383-637					<b>CEP</b>	74.255-140		
<b>Endereço</b>	AV. ULISSES GUIMARÃES, ESQUINA COM AV. CONTORNO, S/N, - ESPERANÇA					<b>Endereço</b>	RUA C-159 - JARDIM AMERICA		
<b>Cidade</b>	GOIANESIA					<b>Cidade</b>	GOIANIA		
<b>UF</b>	GO					<b>UF</b>	GO		
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO					<b>Insc. Estadual</b>	106039750		
<b>Contato</b>	Enivaldo Campos Rodrigues					<b>Contato</b>	TELEVENDAS		
<b>Telefone</b>	(62) 9 9973-7067					<b>Telefone</b>	(62) 3928-8989		
<b>Email</b>	comprasmatriz@institutocem.org.br					<b>Email</b>	vendas12@supermedica.com.br		
<b>Prazo de Entrega Solicitado</b>	4					<b>Prazo de Entrega</b>	2 DIA(s)		
<b>Cond. Pagamento Solicitado</b>	A PRAZO					<b>Cond. Pagamento</b>	30 Dias		
<b>Forma de Pagamento</b>	BOLETO BANCÁRIO					<b>Nome do Vendedor</b>	JULIANA RAMALHO		
<b>Endereço de cobrança</b>	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734					<b>Tipo de Frete</b>	CIF		
<b>Endereço de entrega</b>	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734					<b>Faturamento Mínimo</b>	1.200,00		
						<b>Validade da Proposta</b>	11/10/2023		
<b>Observações do Comprador</b>									
<p>GOIANÉSIA / GO.  .FRETE COTAR SOMENTE CIF.  .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ.  .FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0003-07 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE GOIANÉSIA.  .COTAR SOMENTE O SOLICITADO, FAVOR NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE.  .NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE - SUJEITO A DEVOLUÇÃO.  .COTAR O FRETE SOMENTE CIF.  .NÃO DESCONTAR NOSSOS TÍTULOS EM FACTORING, NÃO PAGAMOS JUROS.  .ENVIAR JUNTO A MERCADORIA CÓPIA DA ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL E DO BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOR JUNTAS;  .ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML+ORDEM DE COMPRA NOS E-MAILS: ALMOXARIFADO@POLICLINICAGOIANESIA.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAGOIANESIA.ORG.BR  .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO N° 65/2020 - SES / GO.  .COMPRAS A VISTA DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO.</p>									
<b>Observações do Fornecedor</b>									
<p>VENDEDORA: JULIANA RAMALHO  RAMAL 5170 - EMAIL: LOCALIZADOR03@SUPERMEDICA.COM.BR  62 9669-4917 - SOMENTE WHATSAPP  COT 628074</p>									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>									
1	6069	CEFAZOLINA PO P/ SOL INJ 1G	BIOCHIMICO	BIOCHIMICO	50,00	FRASCO / AMPOLA	4,5800	0,00	229,00
FR/ AMP 1000MG									
2	6067	CEFTAZIMIDA PO P/ SOL INJ 1G	ABL	ABL	25,00	FRASCO / AMPOLA	50,8100	0,00	1.270,25
FR/AMP 1000MG									
4	6458	LIDOCAINA 2% SOL INJ C/ VASOCONSTRITOR 20ML	HYPOFARMA	HYPOFARMA	100,00	FRASCO	5,9000	0,00	590,00
FR 20 ML									
5	34075	NITROGLICERINA SOL INJ 5MG/ML 5ML	CRISTALIA	CRISTALIA	10,00	AMPOLA	37,3200	0,00	373,20
<b>Total do pedido</b>									<b>2.462,45</b>

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
443985	152032	50251 / 42314	14/10/2023	408,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO CEM - GOIANESIA					<b>Razão Social</b>	CIENTIFICA MEDICA HOSPITALAR LTDA		
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO CEM - FILIAL GOIANÉSIA					<b>Nome Fantasia</b>	CIENTIFICA HOSPITALAR		
<b>CPF/CNPJ</b>	12.053.184/0003-07					<b>CPF/CNPJ</b>	07.847.837/0001-10		
<b>CEP</b>	76.383-637					<b>CEP</b>	74.911-360		
<b>Endereço</b>	AV. ULISSES GUIMARÃES, ESQUINA COM AV. CONTORNO, S/N, - ESPERANÇA					<b>Endereço</b>	AV ANAPOLIS - VILA BRASILIA		
<b>Cidade</b>	GOIANESIA					<b>Cidade</b>	APARECIDA DE GOIANIA		
<b>UF</b>	GO					<b>UF</b>	GO		
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO					<b>Insc. Estadual</b>	10.399.060-7		
<b>Contato</b>	Enivaldo Campos Rodrigues					<b>Contato</b>	LUANA		
<b>Telefone</b>	(62) 9 9973-7067					<b>Telefone</b>	(62) 3088-9700		
<b>Email</b>	comprasmatriz@institutocem.org.br					<b>Email</b>	gerenciadmh1@gmail.com		
<b>Prazo de Entrega Solicitado</b>	4					<b>Prazo de Entrega</b>	2 DIA(s)		
<b>Cond. Pagamento Solicitado</b>	A PRAZO					<b>Cond. Pagamento</b>	30 Dias		
<b>Forma de Pagamento</b>	BOLETO BANCÁRIO					<b>Nome do Vendedor</b>	CAROL CUNHA		
<b>Endereço de cobrança</b>	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734					<b>Tipo de Frete</b>	CIF		
<b>Endereço de entrega</b>	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734					<b>Faturamento Mínimo</b>	200,00		
						<b>Validade da Proposta</b>	07/10/2023		
Observações do Comprador									
<p>GOIANÉSIA / GO.  FRETE COTAR SOMENTE CIF.  FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ.  FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0003-07 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE GOIANÉSIA.  COTAR SOMENTE O SOLICITADO, FAVOR NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE.  NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE - SUJEITO A DEVOLUÇÃO.  COTAR O FRETE SOMENTE CIF.  NÃO DESCONTAR NOSSOS TÍTULOS EM FACTORING, NÃO PAGAMOS JUROS.  ENVIAR JUNTO A MERCADORIA CÓPIA DA ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL E DO BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOR JUNTAS;  ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML+ORDEM DE COMPRA NOS E-MAILS: ALMOXARIFADO@POLICLINICAGOIANESIA.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAGOIANESIA.ORG.BR  ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO N° 65/2020 - SES / GO.  COMPRAS A VISTA DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO.</p>									
Observações do Fornecedor									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	VI. Unit.	Desconto	VI. Total
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>									
3	5620	GLUCONATO DE CALCIO SOL INJ 10% 10ML	CX/200	ISOFARMA	200,00	AMPOLA	2,0400	0,00	408,00
AMP 10ML									
<b>Total do pedido</b>									<b>408,00</b>



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 14/10/2023 às 15:20, 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 16/10/2023 às 13:38, 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 305964 e o código verificador 42314.