

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
384476	125454	11887	15/10/2021	4.303,20	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO MEDICAMENTOS P/ENDOSCOPIA, COLONOSCOPIA E HEMODI				
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor				
Razão Social	INSTITUTO CEM					Razão Social	SANTÉ MÉDICA HOSPITALAR LTDA			
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FILIAL GOIANÉSIA					Nome Fantasia	SANTÉ MÉDICA HOSPITALAR LTDA			
CNPJ	12.053.184/0003-07					CNPJ	16.699.864/0001-83			
CEP	76.383-637					CEP	74.366-115			
Endereço	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQUINA COM A AVENIDA CONTORNO - JARDIM ESPERANÇA					Endereço	AV. LORENZO ESQUINA COM RPS-5 - RESIDENCIAL PORTO SEGURO			
Cidade	GOIANESIA					Cidade	GOIANIA			
UF	GO					UF	GO			
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	000000000			
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato	VENER OU MURILO			
Telefone	(62) 9 8152-9051					Telefone	(62) 9 8463-1295			
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email	vendas01@santedistribuidora.com.br			
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	VENER ROQUE			
						Tipo de Frete	CIF			
						Faturamento Mínimo	1.800,00			
						Validade da Proposta	21/10/2021			
Endereço de cobrança	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 9 8557-8584									
Endereço de entrega	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 9 8557-8584									
Observações do Comprador										
FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0003-07 ENVIAR E-MAIL DA CÓPA DA NF+BOLETO+XML PARA: ALMOXARIFADO@POLICLINICAGOIANESIA.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE GESTÃO Nº 65/2020 - SES / GO E GOIANÉSIA / GO. FAVOR COTAR EXATAMENTE O QUE ESTA NO PEDIDO, SEM ALTERAR O NOME DO PRODUTO NEM A QUANTIDADE. OBRIGADO.										
Observações do Fornecedor										
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total	
MÉDICO / HOSPITALAR										
2		CONCENTRADO POLIELETROLITICO HEMODIÁLISE SOL BÁSICA 5 LITROS - GALÃO 5 LITROS	SOL. BASICA	FARMARIM	220,00	GALÃO	19,5600	0,00	4.303,20	
GALÃO C/ 5 LITROS										
Total do pedido										4.303,20

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
384475	125454	11887	15/10/2021	2.100,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO MEDICAMENTOS P/ENDOSCOPIA, COLONOSCOPIA E HEMODI					
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor					
Razão Social	INSTITUTO CEM					Razão Social	HOSPMED COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA				
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FILIAL GOIANÉSIA					Nome Fantasia	HOSPMED				
CNPJ	12.053.184/0003-07					CNPJ	37.821.276/0001-40				
CEP	76.383-637					CEP	74.403-100				
Endereço	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQUINA COM A AVENIDA CONTORNO - JARDIM ESPERANÇA					Endereço	R 0006 - SETOR CASTELO BRANCO				
Cidade	GOIANESIA					Cidade	GOIANIA				
UF	GO					UF	GO				
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	108012930				
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato	MARLENE				
Telefone	(62) 9 8152-9051					Telefone	(62) 9 8128-6045				
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email	hospmed.compras01@gmail.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	MARLENE PERPETUA DA SILVA				
Endereço de cobrança	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 9 8557-8584					Tipo de Frete	CIF				
Endereço de entrega	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 9 8557-8584					Faturamento Mínimo	1.000,00				
						Validade da Proposta	11/11/2021				
Observações do Comprador											
FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0003-07 ENVIAR E-MAIL DA CÓPA DA NF+BOLETO+XML PARA: ALMOXARIFADO@POLICLINICAGOIANESIA.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE GESTÃO Nº 65/2020 - SES / GO E GOIANÉSIA / GO. FAVOR COTAR EXATAMENTE O QUE ESTA NO PEDIDO, SEM ALTERAR O NOME DO PRODUTO NEM A QUANTIDADE. OBRIGADO.											
Observações do Fornecedor											
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total		
MÉDICO / HOSPITALAR											
3		CONCENTRADO POLIELETROLITICO PARA HEMODIALISE SOLUÇÃO ACIDA F3 K2.0 CA 3.5 COM GLICOSE - 5 L	FARMARIM	FARMARIM	100,00	GALÃO	21,0000	0,00	2.100,00		
GALÃO C/ 5 L											
Total do pedido									2.100,00		

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser verificada no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtuaidoc/public/validar-assinatura-anexo>

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
384474	125454	11887	15/10/2021	1.894,05	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO MEDICAMENTOS P/ENDOSCOPIA, COLONOSCOPIA E HEMODI					
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor					
Razão Social	INSTITUTO CEM					Razão Social	SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI				
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FILIAL GOIANÉSIA					Nome Fantasia	SUPERMEDICA HOSPITALAR				
CNPJ	12.053.184/0003-07					CNPJ	06.065.614/0001-38				
CEP	76.383-637					CEP	74.255-140				
Endereço	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQUINA COM A AVENIDA CONTORNO - JARDIM ESPERANÇA					Endereço	RUA C-159 - JARDIM AMERICA				
Cidade	GOIANESIA					Cidade	GOIANIA				
UF	GO					UF	GO				
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	106039750				
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato	JOYCE / CAMILA				
Telefone	(62) 9 8152-9051					Telefone	(62) 3928-8989				
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email	vendas12@supermedica.com.br				
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	CARLA ARAUJO				
Endereço de cobrança	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 9 8557-8584					Tipo de Frete	CIF				
Endereço de entrega	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 9 8557-8584					Faturamento Mínimo	1.000,00				
						Validade da Proposta	15/10/2021				
Observações do Comprador											
FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0003-07 ENVIAR E-MAIL DA CÓPIA DA NF+BOLETO+XML PARA: ALMOXARIFADO@POLICLINICAGOIANESIA.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE GESTÃO Nº 65/2020 - SES / GO E GOIANÉSIA / GO. FAVOR COTAR EXATAMENTE O QUE ESTA NO PEDIDO, SEM ALTERAR O NOME DO PRODUTO NEM A QUANTIDADE. OBRIGADO.											
Observações do Fornecedor											
Carla Araujo/ 62-99856-5154 RAMAL 5012/ vendas18@supermedica.com.br - 318983											
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	VI. Unit.	Desconto	VI. Total		
MÉDICO / HOSPITALAR											
5		SOLUÇÃO BASE DE AC PERACETICO 0,2%	UNIDADE	VIC PHARMA	15,00	GALÃO	126,2700	0,00	1.894,05		
GL C/ 5 L											
Total do pedido									1.894,05		

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
384473	125454	11887	15/10/2021	552,80	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO MEDICAMENTOS P/ENDOSCOPIA, COLONOSCOPIA E HEMODI					
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor					
Razão Social	INSTITUTO CEM					Razão Social	ELLO DISTRIBUICAO LTDA - EPP				
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FILIAL GOIANÉSIA					Nome Fantasia	ELLO DISTRIBUICAO				
CNPJ	12.053.184/0003-07					CNPJ	14.115.388/0001-80				
CEP	76.383-637					CEP	74.780-562				
Endereço	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQUINA COM A AVENIDA CONTORNO - JARDIM ESPERANÇA					Endereço	AV: ANAPOLIS - VILA PEDROSO				
Cidade	GOIANESIA					Cidade	GOIANIA				
UF	GO					UF	GO				
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	10574978248				
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato	WILLIAM PERILLO - 98406-6004				
Telefone	(62) 9 8152-9051					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	LÍGIA LAÍS				
Endereço de cobrança	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 9 8557-8584					Tipo de Frete	CIF				
Endereço de entrega	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 9 8557-8584					Faturamento Mínimo	700,00				
						Validade da Proposta	16/10/2021				
Observações do Comprador											
FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0003-07 ENVIAR E-MAIL DA CÓPIA DA NF+BOLETO+XML PARA: ALMOXARIFADO@POLICLINICAGOIANESIA.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE GESTÃO Nº 65/2020 - SES / GO E GOIANÉSIA / GO. FAVOR COTAR EXATAMENTE O QUE ESTA NO PEDIDO, SEM ALTERAR O NOME DO PRODUTO NEM A QUANTIDADE. OBRIGADO.											
Observações do Fornecedor											
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	VI. Unit.	Desconto	VI. Total		
MÉDICO / HOSPITALAR											
1		CLORETO DE SÓDIO SOL INJ 0,9% 100 ML - FRASCO - SISTEMA FECHADO 100 ML	C/70 FRASCO	EQUIPLEX	200,00	FRASCO	2,3000	0,00	460,00		
SISTEMA FECHADO 100 ML											
4		LIDOCAINA GELEIA 2% TUBO 30 GRAMAS	C/100	PHARLAB	40,00	TUBO	2,3200	0,00	928,00		
TB 30 GRAMA											
									Total do pedido	552,80	

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser verificada no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo>



Documento assinado eletronicamente por EDNAOR MACHADO BORGES, 809.769.561-87, COMPRADOR, em 15/10/2021 às 11:05, 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 15/10/2021 às 16:03, 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 31536 e o código verificador 4540.