

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
445811	152946	51714 / 44173	09/11/2023	230,84	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA HEMODIÁLISE			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social INSTITUTO CEM - POSSE Nome Fantasia INSTITUTO CEM - POLICLÍNICA DE POSSE CPF/CNPJ 12.053.184/0002-18 CEP 73.900-000 Endereço AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHEK DE OLIVEIRA - SETOR BUENOS AIRES Cidade POSSE UF GO Insc. Estadual ISENT0 Contato Enivaldo Campos Rodrigues Telefone (62) 9 9973-7067 Email comprasmatriz@institutocem.org.br Prazo de Entrega Solicitado 4 Cond. Pagamento Solicitado A PRAZO Forma de Pagamento BOLETO BANCÁRIO Endereço de cobrança AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHECK DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380 Endereço de entrega AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHECK DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380						Razão Social SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI Nome Fantasia SUPERMEDICA HOSPITALAR CPF/CNPJ 06.065.614/0001-38 CEP 74.255-140 Endereço RUA C-159 - JARDIM AMERICA Cidade GOIANIA UF GO Insc. Estadual 106039750 Contato TELEVENDAS Telefone (62) 3928-8989 Email vendas12@supermedica.com.br Prazo de Entrega 2 DIA(s) Cond. Pagamento 60 Dias Nome do Vendedor SUPORTE PORTAL Tipo de Frete CIF Faturamento Mínimo 1.200,00 Validade da Proposta 08/11/2023			
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 DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO.									
Observações do Fornecedor									
VENDEDORA: JULIANA RAMALHO RAMAL 5170 - EMAIL: LOCALIZADOR03@SUPERMEDICA.COM.BR 62 9669-4917 - SOMENTE WHATSAPP COT 638092									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	VI. Unit.	Desconto	VI. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
3	4167	CAPTOPRIL COMP 25MG	CIMED	CIMED	210,00	COMPRIMIDO	0,0540	0,00	10,5840
16	5624	HIDROCORTISONA PO P/ SOL INJ 100MG	UNIAO QUIMICA	UNIAO QUIMICA	50,00	FRASCO	4,3900	0,00	219,5000
FR 100MG									
Total do pedido									230,84

Este documento foi assinado digitalmente. Para validar a autenticidade deste documento pode ser conferida no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/publicacao> a-anexo informando o código 316852 e o código verificador 44173.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta
445434	152946	51714 / 44173	06/11/2023	7.738,24	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA HEMODIÁLISE
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor
Razão Social	INSTITUTO CEM - POSSE					Razão Social HOSPDROGAS COMERCIAL LTDA
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - POLICLÍNICA DE POSSE					
CPF/CNPJ	12.053.184/0002-18					Nome Fantasia HOSPDROGAS
CEP	73.900-000					CPF/CNPJ 08.774.906/0001-75
Endereço	AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHK DE OLIVEIRA - SETOR BUENOS AIRES					CEP 74.993-394
Cidade	POSSE					Endereço AV. OESTE - PQ. IND. VICE-PRES. JOSÉ ALENCAR ETAPA II
UF	GO					Cidade APARECIDA DE GOIANIA
Insc. Estadual	ISENTO					UF GO
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Insc. Estadual 104153377
Telefone	(62) 9 9973-7067					Contato TELEVENDAS
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Telefone (62) 4012-1199
Prazo de Entrega Solicitado	4					Email fernando.chamelet@hospdrogas.com.br
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Prazo de Entrega 2 DIA(s)
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Cond. Pagamento 60 Dias
Endereço de cobrança	AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHECK DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380					Nome do Vendedor LETICIA BATISTA
Endereço de entrega	AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHECK DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380					Tipo de Frete CIF
						Faturamento Mínimo 0,00
						Validade da Proposta 30/11/2023
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 DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO 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									
1	7556	ACIDO ASCORBICO (VITAMINA C) SOL INJ 100MG/ML 5ML	022.0234-ACIDO ASCORBICO(GEN)100MG/ML INJ IV 5ML	FARMACE	200,00	AMPOLA	1,1734	0,00	234,68
AMP 500MG									
2	40439	AGUA DESTILADA SOL. INJ. 10 ML	023.0009-AGUA PARA INJECao 10ML SF	EQUIPLEX	1.000,00	AMPOLA	0,2500	0,00	250,00
5	6069	CEFAZOLINA PO P/ SOL INJ 1G	021.0145-CEFAZOLINA SODICA (GEN) 1G PO INJ IM/IV FR-AMP	BIOCHIMICO	200,00	FRASCO / AMPOLA	3,9492	0,00	789,84
FR/AMP 1000MG									
8	37042	CLORETO DE POTÁSSIO 19,1% SOL INJ 10 ML	023.0020-CLORETO DE POTASSIO 19,1% 10ML BFS	EQUIPLEX	400,00	AMPOLA	0,3000	0,00	120,00
AMPOLA DE 10 ML									
11	2700	DIPIRONA SOL ORAL 500MG/ML 10ML	021.0010-DIPIRONA(GEN)500MG/ML SOL ORAL FR 10ML	FARMACE	100,00	FRASCO	1,1283	0,00	112,83
FRFASCO 10ML									
13	5827	GLICOSE 25% SOL INJ 10 ML - AMP 10ML	023.0074-GLICOSE 25% 10ML	EQUIPLEX	1.200,00	AMPOLA	0,3600	0,00	432,00
AMP 10ML									
14	16372	GLICOSE SOL INJ 50% 10ML	023.0015-GLICOSE 50% 10ML	EQUIPLEX	1.600,00	AMPOLA	0,3800	0,00	608,00
AMP 10ML									
17	5625	HIDROCORTISONA PO P/ SOL INJ 500MG	022.0494-ARISCORTEN(HIDROCORTISONA) 500MG PO INJ IM/IV FR-AMP	BLAU	50,00	FRASCO	5,2468	0,00	262,34
FR 500MG									
20	5410	MANITOL SOL INJ 20 % 250 ML	023.0027-MANITOL 20% 250ML SF	EQUIPLEX	160,00	FRASCO	9,0009	0,00	1.440,14
FR 250ML									
22	10896	OMEPRAZOL SOL INJ 40MG	022.0318-UNIPRAZOL(OMEPRAZOL)40MG+DIL PO INJ IV FR-AMP 10ML	UNIAO QUIMICA	50,00	AMPOLA	6,3300	0,00	316,50
AMP 40MG									
25	6068	VANCOMICINA PO P/ SOL INJ 500MG	021.0191-VANCOMICINA(GEN) 500MG PO INJ IV FR-AMP	BLAU	700,00	FRASCO	4,5313	0,00	3.171,91
FR 500MG									
Total do pedido									7.738,24

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
445433	152946	51714 / 44173	06/11/2023	31.373,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA HEMODIÁLISE				
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor				
Razão Social	INSTITUTO CEM - POSSE					Razão Social	SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI			
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - POLICLÍNICA DE POSSE					Nome Fantasia	SUPERMEDICA HOSPITALAR			
CPF/CNPJ	12.053.184/0002-18					CPF/CNPJ	06.065.614/0001-38			
CEP	73.900-000					CEP	74.255-140			
Endereço	AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHK DE OLIVEIRA - SETOR BUENOS AIRES					Endereço	RUA C-159 - JARDIM AMERICA			
Cidade	POSSE					Cidade	GOIANIA			
UF	GO					UF	GO			
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	106039750			
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato	TELEVENDAS			
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 3928-8989			
Email	comprasmatriz@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	60 Dias			
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	SUPORTE PORTAL			
						Tipo de Frete	CIF			
						Faturamento Mínimo	1.200,00			
						Validade da Proposta	08/11/2023			
Endereço de cobrança	AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHECK DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380									
Endereço de entrega	AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHECK DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380									
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 DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO.										
Observações do Fornecedor										
VENDEDORA: JULIANA RAMALHO RAMAL 5170 - EMAIL: LOCALIZADOR03@SUPERMEDICA.COM.BR 62 9669-4917 - SOMENTE WHATSAPP COT 638092										
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total	
MÉDICO / HOSPITALAR										
4	47653	CAPTOPRIL COMP 50 MG	GLOBO	GLOBO	120,00	COMPRIMIDO	0,0940	0,00	11,28	
COMPRIMIDO										
15	5416	HEPARINA SODICA SOL INJ 5000UI/ML 5ML	CRISTALIA *** VENC. 30/09 /2024	CRISTALIA	2.000,00	FRASCO / AMPOLA	14,6900	0,00	29.380,00	
FR/AMP 5 ML. FRASCO AMPOLA										
19	18208	HIOSCINA SOL INJ 20MG/ML 1ML	HIPOLABOR ** VENC. 31/07 /2024	HIPOLABOR	100,00	AMPOLA	0,8162	0,00	81,62	
AMP 20MG										
21	17278	MUPIROCINA 2% CREME 20 MG/G 15G	PRATI	PRATI	50,00	TUBO	23,0900	0,00	1.154,50	
TB 15 GRAMAS										
23	45866	ONDANSETRONA SOL INJ 8MG/AMP 4ML (2MG /ML)	CRISTALIA	CRISTALIA	200,00	AMPOLA	1,8000	0,00	360,00	
AMPOLA 4 ML										
24	20120	PROTAMINA SOL INJ 1000 UI/ML AMP 5ML	CELLERA	CELLERA	100,00	AMPOLA	3,8560	0,00	385,60	
AMPOLA 5 ML										
Total do pedido										31.373,00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
445432	152946	51714 / 44173	06/11/2023	1.459,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE 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 - POLICLÍNICA DE POSSE					Nome Fantasia	ELLO DISTRIBUICAO				
CPF/CNPJ	12.053.184/0002-18					CPF/CNPJ	14.115.388/0001-80				
CEP	73.900-000					CEP	74.780-562				
Endereço	AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHEK DE OLIVEIRA - SETOR 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	2 DIA(s)				
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias				
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	LIGIA LAIS				
						Tipo de Frete	CIF				
						Faturamento Mínimo	500,00				
Endereço de cobrança	AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHECK DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380					Validade da Proposta	07/11/2023				
Endereço de entrega	AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHECK DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380										
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 DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO.											
Observações do Fornecedor											
Item	Código	Descrição			Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR											
10	5626	DIPIRONA SOL INJ 500MG/ML 2ML			C/100	SANTISA	1.000,00	AMPOLA	0,9500	0,00	950,00
AMPOLA 1000MG											
12	05622	FUROSEMIDA SOL INJ 10 MG/ML 2 ML			C/100	HYPOFARMA	100,00	AMPOLA	0,9900	0,00	990,00
AMPOLA 20 MG											
18	5583	HIOSCINA + DIPIRONA SOL INJ 4 + 500 MG/ML 5 ML			C/50	HYPOFARMA	200,00	AMPOLA	2,0500	0,00	410,00
AMPOLA DE 5 ML											
Total do pedido											1.459,00

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/> informando o código 316852 e o código verificador 44173.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
445431	152946	51714 / 44173	06/11/2023	6.065,50	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA HEMODIÁLISE			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - POSSE					Razão Social	L A VIDAL IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇÃO LTDA		
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - POLICLÍNICA DE POSSE					Nome Fantasia	GRUPO VIDAL		
CPF/CNPJ	12.053.184/0002-18					CPF/CNPJ	00.097.489/0001-61		
CEP	73.900-000					CEP	75.063-330		
Endereço	AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHK DE OLIVEIRA - SETOR BUENOS AIRES					Endereço	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	comprasmatrix@institutocem.org.br					Email	grupovidal@hotmail.com		
Prazo de Entrega Solicitado	4					Prazo de Entrega	3 DIA(s)		
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	60 Dias		
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	LUCAS VIDAL		
						Tipo de Frete	CIF		
						Faturamento Mínimo	800,00		
						Validade da Proposta	06/11/2023		
Endereço de cobrança	AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHK DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380								
Endereço de entrega	AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHK DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380								
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 DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO.									
Observações do Fornecedor									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
3	4167	CAPTOPRIL COMP 25MG	GEOLAB	GEOLAB	200,00	COMPRIMIDO	0,0400	0,00	
6	6067	CEFTAZIMIDA PO P/ SOL INJ 1G	AURUBINDO	AURUBINDO	500,00	FRASCO / AMPOLA	11,8000	0,00	
FR/AMP 1000MG									
16	5624	HIDROCORTISONA PO P/ SOL INJ 100MG	TEUTO	TEUTO	50,00	FRASCO	3,1500	0,00	
FR 100MG									
Total do pedido									6.065,50

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
445430	152946	51714 / 44173	06/11/2023	806,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE 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 - POLICLÍNICA DE POSSE					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 - SETOR 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	gerenciacmh1@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	CAROL CUNHA			
						Tipo de Frete	CIF			
						Faturamento Mínimo	200,00			
						Validade da Proposta	11/11/2023			
Endereço de cobrança	AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHK DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380									
Endereço de entrega	AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHK DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380									
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 DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO.										
Observações do Fornecedor										
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total	
MÉDICO / HOSPITALAR										
9	15703	DIMENIDRINATO + PIRIDOXINA + GLICOSE + FRUT SOL INJ 10ML	CX/100	COSMED	100,00	AMPOLA	8,0600	0,00	806,00	
Total do pedido									806,00	



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 09/11/2023 às 12:07, 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 09/11/2023 às 20:16, 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 316852 e o código verificador 44173.