

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
446176	153060	3110236 /44232	14/11/2023	1.272,96	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS MEDICOS			
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	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	60 Dias		
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	JULIANA RAMALHO		
						Tipo de Frete	CIF		
						Faturamento Mínimo	1.200,00		
						Validade da Proposta	14/11/2023		
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. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - 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 - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML+ORDEM DE COMPRA NOS E-MAILS: ALMOX@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR; 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									
VENDEDORA: JULIANA RAMALHO RAMAL 5170 - EMAIL: LOCALIZADOR03@SUPERMEDICA.COM.BR 62 9669-4917 - SOMENTE WHATSAPP COT 640423									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
1		CLOREXEDINA SOL DEGERMANTE 2% 100 ML	VIC PHARMA	VIC PHARMA	312,00	FRASCO	2,3800	0,00	742,56
CLOREXEDINA SOL DEGERMANTE 2% COM TENSO ATIVO 100 ML									
2	32404	CLOREXIDINA SOLUCAO ALCOOLICA A 0,5% 100ML	VIC PHARMA	VIC PHARMA	312,00	FRASCO	1,7000	0,00	531,60
OBSERVAÇÃO: OLHAR ANEXO, ABRIR ANEXO									
Total do pedido									1.272,96

Este documento foi assinado digitalmente por: <https://cem.vozdigital.com.br/virtuaidoc/pu...>
O documento pode ser conferido no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtuaidoc/pu...>
Anexo informado o código 319540 e o código verificador 44232.



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 14/11/2023 às 12:01, 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 17/11/2023 às 15:28, 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 319540 e o código verificador 44232.