

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
446338	153189	51527 / 44102	16/11/2023	1.495,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA FARMÁCIA			
<b>Condições de Negócio do Comprador</b>						<b>Condições de Negócio do Fornecedor</b>			
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS					<b>Razão Social</b>	HOSPMED COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA		
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO CEM					<b>Nome Fantasia</b>	HOSPMED		
<b>CPF/CNPJ</b>	12.053.184/0005-60					<b>CPF/CNPJ</b>	37.821.276/0001-40		
<b>CEP</b>	75.860-000					<b>CEP</b>	74.303-030		
<b>Endereço</b>	RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS					<b>Endereço</b>	AV C-0018 - SETOR SUDOESTE		
<b>Cidade</b>	QUIRINOPOLIS					<b>Cidade</b>	GOIANIA		
<b>UF</b>	GO					<b>UF</b>	GO		
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO					<b>Insc. Estadual</b>	108012930		
<b>Contato</b>	Enivaldo Campos Rodrigues					<b>Contato</b>	MARLENE		
<b>Telefone</b>	(62) 9 9973-7067					<b>Telefone</b>	(62) 9 8128-6045		
<b>Email</b>	comprasmatriz@institutocem.org.br					<b>Email</b>	hospmmed.compras01@gmail.com		
<b>Prazo de Entrega Solicitado</b>	4					<b>Prazo de Entrega</b>	5 DIA(s)		
<b>Cond. Pagamento Solicitado</b>	A PRAZO					<b>Cond. Pagamento</b>	60 Dias		
<b>Forma de Pagamento</b>	BOLETO BANCÁRIO					<b>Nome do Vendedor</b>	Marlene Perpetua da Silva		
<b>Endereço de cobrança</b>	RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966					<b>Tipo de Frete</b>	CIF		
<b>Endereço de entrega</b>	RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966					<b>Faturamento Mínimo</b>	1.000,00		
						<b>Validade da Proposta</b>	11/12/2023		
<b>Observações do Comprador</b>									
<p>QUIRINÓPOLIS / GO.</p> <p>.FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ.</p> <p>. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60. INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE QUIRINÓPOLIS;</p> <p>. COTAR SOMENTE O SOLICITADO.</p> <p>. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ÍTENS - SUJEITO A DEVOLUÇÃO;</p> <p>.COTAR SOMENTE FRETE CIF;</p> <p>.NÃO DESCONTAR NOSSOS TÍTULOS EM FACTORING. NÃO PAGAMOS JUROS;</p> <p>.ENVIAR JUNTO A MERCADORIA CÓPIA DA ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL + BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS;</p> <p>.ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML NO E-MAIL: ALMOXARIFADO@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR</p> <p>.ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 01/2021 - SES / GO.</p> <p>.COMPRAS A VISTA DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO.</p>									
<b>Observações do Fornecedor</b>									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>									
21	46885	TESTE DE UREASE - TESTES LABORATORIAIS	RENYLAB	RENYLAB	500,00	TESTE LABORATORIAL	2,9900	0,00	1.495,00
DIAGNÓSTICO DE USO IN VITRO, UTILIZADO PARA DETECÇÃO DA BACTÉRIA H. PYLORI NOS EXAMES DE ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA. REFERÊNCIA LUCKMANN									
<b>Total do pedido</b>									<b>1.495,00</b>

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
446337	153189	51527 / 44102	16/11/2023	570,50	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA FARMÁCIA			
<b>Condições de Negócio do Comprador</b>						<b>Condições de Negócio do Fornecedor</b>			
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS					<b>Razão Social</b>	DMI MATERIAL MEDICO HOSPITALAR LTDA		
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO CEM					<b>Nome Fantasia</b>	DMI		
<b>CPF/CNPJ</b>	12.053.184/0005-60					<b>CPF/CNPJ</b>	37.109.097/0004-28		
<b>CEP</b>	75.860-000					<b>CEP</b>	74.530-010		
<b>Endereço</b>	RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS					<b>Endereço</b>	AV CASTELO BRANCO - ST. COIMBRA		
<b>Cidade</b>	QUIRINOPOLIS					<b>Cidade</b>	GOIANIA		
<b>UF</b>	GO					<b>UF</b>	GO		
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO					<b>Insc. Estadual</b>	106157892		
<b>Contato</b>	Enivaldo Campos Rodrigues					<b>Contato</b>	KENNEDY		
<b>Telefone</b>	(62) 9 9973-7067					<b>Telefone</b>	(62) 3541-3334		
<b>Email</b>	comprasmatriz@institutocem.org.br					<b>Email</b>	kennedy.dmi@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>	60 Dias		
<b>Forma de Pagamento</b>	BOLETO BANCÁRIO					<b>Nome do Vendedor</b>	DILAMAR		
<b>Endereço de cobrança</b>	RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966					<b>Tipo de Frete</b>	CIF		
<b>Endereço de entrega</b>	RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966					<b>Faturamento Mínimo</b>	500,00		
						<b>Validade da Proposta</b>	30/11/2023		
<b>Observações do Comprador</b>									
<p>QUIRINÓPOLIS / GO.</p> <p>.FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ.</p> <p>. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60. INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE QUIRINÓPOLIS;</p> <p>. COTAR SOMENTE O SOLICITADO.</p> <p>. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ÍTENS - SUJEITO A DEVOLUÇÃO;</p> <p>.COTAR SOMENTE FRETE CIF;</p> <p>.NÃO DESCONTAR NOSSOS TÍTULOS EM FACTORING. NÃO PAGAMOS JUROS;</p> <p>.ENVIAR JUNTO A MERCADORIA CÓPIA DA ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL + BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS;</p> <p>.ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML NO E-MAIL: ALMOXARIFADO@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR</p> <p>.ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 01/2021 - SES / GO.</p> <p>.COMPRAS A VISTA DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO.</p>									
<b>Observações do Fornecedor</b>									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>									
13	29216	FIXADOR DE TUBO ENDOTRAQUEAL ADULTO	20	DEJAMARO	70,00	UNIDADE	8,1500	0,00	570,50
COM MANGA INTEGRADA DE PROTEÇÃO DO TUBO PARA PREVENIR A OCLUSÃO. DEVERÁ APRESENTAR UMA FIXAÇÃO APROXIMADA DE 5 A 10MM. BARREIRA DE RESINA SINTÉTICA TIPO FLEXTEND QUE ADERE AO ROSTO DO PACIENTE, BRAÇADEIRA DO TUBO DE ENCAIXE PARA PRENDER O TUBO FIRMEMENTE, TIRA ACOLCHOADA DE PESCOÇO AJUSTÁVEL. EMBALADO INDIVIDUALMENTE, DE USO ÚNICO E ISENTO A LÁTEX.									
<b>Total do pedido</b>									<b>570,50</b>

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
446336	153189	51527 / 44102	16/11/2023	3.995,44	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA FARMÁCIA			
<b>Condições de Negócio do Comprador</b>						<b>Condições de Negócio do Fornecedor</b>			
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS					<b>Razão Social</b>	HOSPDROGAS COMERCIAL LTDA		
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO CEM					<b>Nome Fantasia</b>	HOSPDROGAS		
<b>CPF/CNPJ</b>	12.053.184/0005-60					<b>CPF/CNPJ</b>	08.774.906/0001-75		
<b>CEP</b>	75.860-000					<b>CEP</b>	74.993-394		
<b>Endereço</b>	RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS					<b>Endereço</b>	AV. OESTE - PQ. IND. VICE-PRES. JOSÉ ALENCAR ETAPA II		
<b>Cidade</b>	QUIRINOPOLIS					<b>Cidade</b>	APARECIDA DE GOIANIA		
<b>UF</b>	GO					<b>UF</b>	GO		
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO					<b>Insc. Estadual</b>	104153377		
<b>Contato</b>	Enivaldo Campos Rodrigues					<b>Contato</b>	TELEVENDAS		
<b>Telefone</b>	(62) 9 9973-7067					<b>Telefone</b>	(62) 4012-1199		
<b>Email</b>	comprasmatriz@institutocem.org.br					<b>Email</b>	fernando.chamelet@hospdrogas.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>	60 Dias		
<b>Forma de Pagamento</b>	BOLETO BANCÁRIO					<b>Nome do Vendedor</b>	LETICIA BATISTA		
<b>Endereço de cobrança</b>	RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966					<b>Tipo de Frete</b>	CIF		
<b>Endereço de entrega</b>	RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966					<b>Faturamento Mínimo</b>	500,00		
						<b>Validade da Proposta</b>	30/11/2023		
<b>Observações do Comprador</b>									
<p>QUIRINÓPOLIS / GO.</p> <p>.FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ.</p> <p>. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60. INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE QUIRINÓPOLIS;</p> <p>. COTAR SOMENTE O SOLICITADO.</p> <p>. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ÍTENS - SUJEITO A DEVOLUÇÃO;</p> <p>.COTAR SOMENTE FRETE CIF;</p> <p>.NÃO DESCONTAR NOSSOS TÍTULOS EM FACTORING. NÃO PAGAMOS JUROS;</p> <p>.ENVIAR JUNTO A MERCADORIA CÓPIA DA ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL + BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS;</p> <p>.ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML NO E-MAIL: ALMOXARIFADO@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR</p> <p>.ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 01/2021 - SES / GO.</p> <p>.COMPRAS A VISTA DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO.</p>									
<b>Observações do Fornecedor</b>									
Por favor se atentar nas quantidade da observação.									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>									
1	7556	ACIDO ASCORBICO (VITAMINA C) SOL INJ 100MG/ML 5ML	ACIDO ASCORBICO(GEN)100MG/ML INJ IV AMP 5ML VITAMINA C	FARMACE	100,00	AMPOLA	1,1734	0,00	1173,40
AMP 500MG									
3	5631	AMINOFILINA SOL INJ 24MG/ML 10ML	AMINOFILINA(GEN)24MG/ML INJ IV AMP 10ML	FARMACE	100,00	AMPOLA	5,9802	0,00	5980,20
AMP 240MG									
7	222	COLETOR DE URINA SISTEMA ABERTO NAO ESTERIL 2000ML	BOLSA COLETORA URINA TIPO SACO 2000ML N/EST SIS.ABERTO	LETMED	100,00	UNIDADE	0,2942	0,00	294,20
- DESCARTÁVEL; - SACO COLETOR DE POLIETILENO DE BAIXA DENSIDADE; - CAPACIDADE 2000 ML; - GRADUADO; - TRANSPARENTE; - COM CORDÃO PARA AMARRAÇÃO									
8	5173	DEXAMETASONA SOL INJ 4MG/ML 2,5ML	DEXAMETASONA(GEN)4MG/ML INJ IM/IV AMP 2,5ML	HYPOFARMA	50,00	FRASCO / AMPOLA	1,8483	0,00	924,15
FR/A 10MG									
14	16372	GLICOSE SOL INJ 50% 10ML	GLICOSE 50% 10ML	EQUIPLEX	200,00	AMPOLA	0,3800	0,00	760,00
AMP 10ML									
15	5416	HEPARINA SODICA SOL INJ 5000UI/ML 5ML	HEPAMAZ(HEPARINA)5.000UI/ML INJ IV/SC FR 5ML	BLAU	200,00	FRASCO / AMPOLA	15,4112	0,00	3082,24
FR/AMP 5 ML									
<b>Total do pedido</b>									<b>3.995,44</b>

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta
446335	153189	51527 / 44102	16/11/2023	1.285,49	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA FARMÁCIA
Condições de Negócio do Comprador				Condições de Negócio do Fornecedor		
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS			<b>Razão Social</b>	SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI	
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO CEM			<b>Nome Fantasia</b>	SUPERMEDICA HOSPITALAR	
<b>CPF/CNPJ</b>	12.053.184/0005-60			<b>CPF/CNPJ</b>	06.065.614/0001-38	
<b>CEP</b>	75.860-000			<b>CEP</b>	74.255-140	
<b>Endereço</b>	RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS			<b>Endereço</b>	RUA C-159 - JARDIM AMERICA	
<b>Cidade</b>	QUIRINOPOLIS			<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>	60 Dias	
<b>Forma de Pagamento</b>	BOLETO BANCÁRIO			<b>Nome do Vendedor</b>	JULIANA RAMALHO	
<b>Endereço de cobrança</b>	RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966			<b>Tipo de Frete</b>	CIF	
<b>Endereço de entrega</b>	RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966			<b>Faturamento Mínimo</b>	1.200,00	
				<b>Validade da Proposta</b>	15/11/2023	

**Observações do Comprador**

QUIRINÓPOLIS / GO.

.FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ.  
.FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60. INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE QUIRINÓPOLIS;  
.COTAR SOMENTE O SOLICITADO.  
.NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ÍTENS - 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 E CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR  
.ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 01/2021 - 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 641079

Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>									
4	5618	BICARBONATO DE SODIO SOL INJ 8,4% 10ML	SAMTEC	SAMTEC	200,00	AMPOLA	0,7055	0,00	14,11
AMP 10ML									
5	6630	CANULA ENDOTRAQUEAL DESCARTÁVEL SEM BALÃO Nº 4,5	MEDIX	MEDIX	50,00	UNIDADE	2,0500	0,00	10,25
TERMOSENSÍVEL, MÁCIO, TRANSPARENTE, PONTA LISA BISELADA, ADAPTADOR UNIV. AO SISTEMA DE VENT. ARTIFICIAL, EMB. PGC REG MS									
6	6632	CANULA ENDOTRAQUEAL DESC. S/ BALÃO Nº 5,5 - TERMOSENSÍVEL, MACIO, TRANSPARENTE, PONTA LISA BISELADA, ADAPTADOR UNIV. AO SISTEMA DE VENT. ARTIFICIAL, EMB. PGC. REG. MS.	SOLIDOR	SOLIDOR	70,00	UNIDADE	2,0700	0,00	14,49
TERMOSENSÍVEL, MACIO, TRANSPARENTE, PONTA LISA BISELADA, ADAPTADOR UNIV. AO SISTEMA DE VENT. ARTIFICIAL, EMB. PGC. REG MS									
9	24279	DIAZEPAM SOL INJ 5MG/ML 2ML - GEN SANTISA	CRISTALIA	CRISTALIA	50,00	AMPOLA	1,9880	0,00	9,94
AMP 10MG									
11	43984	DIPR BETAMETSONA 5 MG + FOSF BETADMEASONA 2 MG/ ML INJ AMP 1 ML	UNIAO QUIMICA	UNIAO QUIMICA	40,00	AMPOLA	7,5700	0,00	30,28
AMPOLA 1 ML - DIPR BETAMETASONA + FOSF BETAMETASONA SOL INJ 5 + 2 MG/ML 1 ML									
19	27538	SONDA NASOGASTRICA LONGA ESTERIL EM PVC TRANSPARENTE Nº 10	BIOSANI	BIOSANI	10,00	UNIDADE	0,7790	0,00	7,79
SONDA NASOGASTRICA LONGA NR 10 EM PVC TRANSPARENTE E FLEXÍVEL, ATÓXICO ATRAUMÁTICA EXTREMO DIGITAL ABERTO C/ ORIFÍCIOS LATERAIS DESALINHADOS, EXTREMO PROXIMAL C/ CONEXÃO UNIVERSAL E TAMPAS ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO, EMBALAGEM EM PAPEL GRAU CIRÚRGICO REG MS									
24	7557	VITAMINAS DO COMPLEXO B SOL INJ 2ML	HYPOFARMA	HYPOFARMA	400,00	AMPOLA	1,2175	0,00	487,00
AMPOLA DE 2 ML									
<b>Total do pedido</b>									<b>1.285,49</b>

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticação pode ocorrer em: https://portaltransparencia.org.br/portal/validarassinatura. O documento pode ser conferido no site: https://portaltransparencia.org.br/portal/validarassinatura informando o código 320629 e o código verificador 44102.



Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
446333	153189	51527 / 44102	16/11/2023	1.598,45	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA FARMÁCIA			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS					<b>Razão Social</b>	CIENTIFICA MEDICA HOSPITALAR LTDA		
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO CEM					<b>Nome Fantasia</b>	CIENTIFICA HOSPITALAR		
<b>CPF/CNPJ</b>	12.053.184/0005-60					<b>CPF/CNPJ</b>	07.847.837/0001-10		
<b>CEP</b>	75.860-000					<b>CEP</b>	74.911-360		
<b>Endereço</b>	RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS					<b>Endereço</b>	AV ANAPOLIS - VILA BRASILIA		
<b>Cidade</b>	QUIRINOPOLIS					<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>	3 DIA(s)		
<b>Cond. Pagamento Solicitado</b>	A PRAZO					<b>Cond. Pagamento</b>	60 Dias		
<b>Forma de Pagamento</b>	BOLETO BANCÁRIO					<b>Nome do Vendedor</b>	CAROL CUNHA		
<b>Endereço de cobrança</b>	RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966					<b>Tipo de Frete</b>	CIF		
<b>Endereço de entrega</b>	RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966					<b>Faturamento Mínimo</b>	200,00		
						<b>Validade da Proposta</b>	18/11/2023		
Observações do Comprador									
<p>QUIRINÓPOLIS / GO.</p> <p>.FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ.</p> <p>. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60. INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE QUIRINÓPOLIS;</p> <p>. COTAR SOMENTE O SOLICITADO.</p> <p>. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ÍTENS - SUJEITO A DEVOLUÇÃO;</p> <p>.COTAR SOMENTE FRETE CIF;</p> <p>.NÃO DESCONTAR NOSSOS TÍTULOS EM FACTORING. NÃO PAGAMOS JUROS;</p> <p>.ENVIAR JUNTO A MERCADORIA CÓPIA DA ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL + BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS;</p> <p>.ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML NO E-MAIL: ALMOXARIFADO@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR</p> <p>.ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 01/2021 - SES / GO.</p> <p>.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	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>									
2	11499	ACIDO TRANEXAMICO SOL INJ 50MG/ML 5ML	CX/05	ZYDUS	50,00	AMPOLA	4,5100	0,00	225,50
AMP 250MG									
10	40602	DIPIRONA SOL ORAL 500 MG/ML 20 ML	UND	AIRELA	20,00	FRASCO	2,4000	0,00	48,00
FR 20 ML									
18	17037	LIDOCAINA SPRAY 10% FRASCO 50ML	UND	HIPOLABOR	20,00	FRASCO	43,7000	0,00	874,00
LIDOCAINA 10% SOL TOPICA SPRAY 100MG/ML 50 ML									
20	40325	SULFADIAZINA DE PRATA 1% TUBO 30G - TUBO	UND	NATIVITA	5,00	TUBO	5,9300	0,00	29,65
TUBO									
22	23163	TRIANCINOLONA SOL INJ 20 MG/ML 1 ML.	CX/05	APSEN	10,00	AMPOLA	19,6300	0,00	196,30
AMPOLA DE 1 ML									
23	6068	VANCOMICINA PO P/ SOL INJ 500MG	CX/50	UNIAO QUIMICA	50,00	FRASCO	4,5000	0,00	225,00
FR 500MG									
<b>Total do pedido</b>									<b>1.598,45</b>



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 16/11/2023 às 16:00, 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 15:21, 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 320629 e o código verificador 44102.