

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
449578	154947	54080 / 47384	09/01/2024	1.233,40	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO EMERGENCIAL DE MEDICAMENTOS					
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor					
Razão Social	INSTITUTO CEM - GOIANESIA					Razão Social	SEMPRE HOSPITALAR LTDA				
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FILIAL GOIANÉSIA					Nome Fantasia	SEMPRE				
CPF/CNPJ	12.053.184/0003-07					CPF/CNPJ	37.751.411/0001-29				
CEP	76.383-637					CEP	74.255-140				
Endereço	AV. ULISSES GUIMARÃES, ESQUINA COM AV. CONTORNO, S/N, - ESPERANÇA					Endereço	R C-0159 - JARDIM AMÉRICA				
Cidade	GOIANESIA					Cidade	GOIANIA				
UF	GO					UF	GO				
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	10799854-8				
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato	VENER				
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 9 9462-2822				
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email	.				
Prazo de Entrega Solicitado	3					Prazo de Entrega	3 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	1.000,00				
						Validade da Proposta	15/01/2024				
Endereço de cobrança	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734										
Endereço de entrega	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734										
Observações do Comprador											
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 Nº 65/2020 - 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											
13	39677	PURISTERIL 3,5% 340 GALAO DE 5L			PURISTERIL	ECOPER	6,00	GALÃO	119,9000	0,00	719,3400
GL C/5L											
14	15837	SALBUTAMOL AEROSSOL 100 MCG/ DOSE 200 DOSES			SALBUTAMOL	TEUTO	20,00	FRASCO	25,7000	0,00	514,0000
FRASCO C/ 200 DOSES											
Total do pedido											1.233,40

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
449577	154947	54080 / 47384	09/01/2024	1.450,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO EMERGENCIAL DE MEDICAMENTOS					
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor					
Razão Social INSTITUTO CEM - GOIANESIA Nome Fantasia INSTITUTO CEM - FILIAL GOIANÉSIA CPF/CNPJ 12.053.184/0003-07 CEP 76.383-637 Endereço AV. ULISSES GUIMARÃES, ESQUINA COM AV. CONTORNO, S/N, - ESPERANÇA Cidade GOIANESIA UF GO Insc. Estadual ISENT0 Contato Enivaldo Campos Rodrigues Telefone (62) 9 9973-7067 Email comprasmatriz@institutocem.org.br Prazo de Entrega Solicitado 3 Cond. Pagamento Solicitado A PRAZO Forma de Pagamento BOLETO BANCÁRIO Endereço de cobrança AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734 Endereço de entrega AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734						Razão Social MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA Nome Fantasia MEDICAMENTAL HOSPITALAR CPF/CNPJ 31.378.288/0002-47 CEP 75.516-526 Endereço AV JORGE JOSE DOS SANTOS - JARDIM BEIRA RIO Cidade ITUMBIARA UF GO Insc. Estadual 10.782.096-0 Contato MAYARA GARNIER Telefone (16) 3505-4900 Email , Prazo de Entrega 1 DIA(s) Cond. Pagamento 30 Dias Nome do Vendedor PRISCILA FERREIRA Tipo de Frete CIF Faturamento Mínimo 500,00 Validade da Proposta 19/01/2024					
Observações do Comprador											
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 Nº 65/2020 - 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											
7	5416	HEPARINA SODICA SOL INJ 5000UI/ML 5ML	CX C/ 25	BLAU	100,00	FRASCO / AMPOLA	14,5000	0,00	1.450,00		
FR/AMP 5 ML											
									Total do pedido		1.450,00

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticação pode ser conferida no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtuaidoc/public/validar-assinatura-ape> informando o código 339474 e o código verificador 47384.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
449576	154947	54080 / 47384	09/01/2024	860,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO EMERGENCIAL DE MEDICAMENTOS			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - GOIANESIA					Razão Social	CIRURGICA AL-STYN LTDA		
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FILIAL GOIANÉSIA					Nome Fantasia	CIRURGICA AL-STYN LTDA		
CPF/CNPJ	12.053.184/0003-07					CPF/CNPJ	23.141.314/0001-00		
CEP	76.383-637					CEP	75.345-000		
Endereço	AV. ULISSES GUIMARÃES, ESQUINA COM AV. CONTORNO, S/N, - ESPERANÇA					Endereço	AVENIDA COMERCIAL - RESIDENCIAL SOLAR CARDOSO I		
Cidade	GOIANESIA					Cidade	ABADIA DE GOIAS		
UF	GO					UF	GO		
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	106421298		
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato	BRENDA		
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 3602-0680		
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email	.		
Prazo de Entrega Solicitado	3					Prazo de Entrega	2 DIA(s)		
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias		
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	CIRURGICA AL-STYN VENDAS		
						Tipo de Frete	CIF		
						Faturamento Mínimo	800,00		
						Validade da Proposta	10/01/2024		
Endereço de cobrança	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734								
Endereço de entrega	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734								
Observações do Comprador									
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 Nº 65/2020 - 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									
11	37257	NALOXONA SOL INJ 0,4MG/ML 1ML - GEN CRISTALIA	CRISTALIA	CRISTALIA	40,00	AMPOLA	21,5000	0,00	860,00
AMPOLA DE 1 ML									
Total do pedido									860,00

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticação pode ser conferida no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-ape> informando o código 339474 e o código verificador 47384.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
449575	154947	54080 / 47384	09/01/2024	6.189,80	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO EMERGENCIAL DE MEDICAMENTOS			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - GOIANESIA					Razão Social	SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI		
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FILIAL GOIANÉSIA					Nome Fantasia	SUPERMEDICA HOSPITALAR		
CPF/CNPJ	12.053.184/0003-07					CPF/CNPJ	06.065.614/0001-38		
CEP	76.383-637					CEP	74.255-140		
Endereço	AV. ULISSES GUIMARÃES, ESQUINA COM AV. CONTORNO, S/N, - 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	TELEVENDAS		
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 3928-8989		
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email	vendas12@supermedica.com.br		
Prazo de Entrega Solicitado	3					Prazo de Entrega	2 DIA(s)		
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias		
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	JULIANA RAMALHO		
						Tipo de Frete	CIF		
						Faturamento Mínimo	1.200,00		
						Validade da Proposta	12/01/2024		
Endereço de cobrança	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734								
Endereço de entrega	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734								
Observações do Comprador									
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 Nº 65/2020 - 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 665991									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	VI. Unit.	Desconto	VI. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
4	52283	DESINFETANTE HOSPITALAR DE ALTO NIVEL ORTOFTALALDEIDO 0,55	VIC PHARMA	VIC PHARMA	20,00	GALÃO	250,3000	0,00	5.006,00
GALÃO COM 5 LITROS - 0,55%									
5	44210	DETERGENTE ENZIMATICO 1L	PROLINK	PROLINK	20,00	LITRO	15,1500	0,00	303,00
DETERGENTE ENZIMÁTICO LÍQUIDO, FRASCO DE 1 LITRO									
6	46178	FENTANILA, CITRATO SOL INJ 50MCG/ML 2ML - UNIFENTAL	UNIAO QUIMICA	UNIAO QUIMICA	100,00	AMPOLA	2,0300	0,00	203,00
AMPOLA DE 2ML									
10	18565	MIDAZOLAM SOL INJ 5MG/ML 3ML - GEN HIPOLABOR	HIPOLABOR	HIPOLABOR	100,00	AMPOLA	2,1600	0,00	216,00
AMP 15MG									
12	42346	PROPOFOL SOL INJ 10MG / ML 10 ML - PROVIVE / UNIÃO QUÍMICA	UNIAO QUIMICA	UNIAO QUIMICA	50,00	FRASCO	9,2360	0,00	461,80
FR/AMP 10ML									
Total do pedido									6.189,80

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
449574	154947	54080 / 47384	09/01/2024	700,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO EMERGENCIAL DE MEDICAMENTOS			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - GOIANESIA					Razão Social ELLO DISTRIBUICAO LTDA - EPP			
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FILIAL GOIANÉSIA					Nome Fantasia ELLO DISTRIBUICAO			
CPF/CNPJ	12.053.184/0003-07					CPF/CNPJ 14.115.388/0001-80			
CEP	76.383-637					CEP 74.780-562			
Endereço	AV. ULISSES GUIMARÃES, ESQUINA COM AV. CONTORNO, S/N, - 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 9973-7067					Telefone (62) 4009-2100			
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email comercial@ellodistribuicao.com.br;compras@ellodistribuicao.com.br;			
Prazo de Entrega Solicitado	3					Prazo de Entrega 1 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			
						Validade da Proposta 10/01/2024			
Endereço de cobrança	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734								
Endereço de entrega	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734								
Observações do Comprador									
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 Nº 65/2020 - 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									
2	5433	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 100ML - BOLSA	C/70- FRASCO	EQUIPLEX	200,00	SISTEMA FECHADO	3,5000	0,00	700,00
SISTEMA FECHADO 100ML									
Total do pedido									700,00

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticação pode ser conferida no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-aj> informando o código 339474 e o código verificador 47384.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
449573	154947	54080 / 47384	09/01/2024	3.169,50	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO EMERGENCIAL DE MEDICAMENTOS				
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor				
Razão Social	INSTITUTO CEM - GOIANESIA					Razão Social	MAEVE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA			
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FILIAL GOIANÉSIA					Nome Fantasia	MAEVE HOSPITALAR			
CPF/CNPJ	12.053.184/0003-07					CPF/CNPJ	09.034.672/0001-92			
CEP	76.383-637					CEP	74.985-144			
Endereço	AV. ULISSES GUIMARÃES, ESQUINA COM AV. CONTORNO, S/N, - ESPERANÇA					Endereço	RUA 13 - POLO EMPRESARIAL DE GOIÁS - ETAPA IV			
Cidade	GOIANESIA					Cidade	APARECIDA DE GOIANIA			
UF	GO					UF	GO			
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	10.416.812-9			
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato	62 35651038			
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 3565-1033			
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email	analistacomercial@maevehospitalar.com.br			
Prazo de Entrega Solicitado	3					Prazo de Entrega	1 DIA(s)			
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias			
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	ALESSANDRA COSTA TEXEIRA			
						Tipo de Frete	CIF			
						Faturamento Mínimo	500,00			
						Validade da Proposta	10/01/2024			
Endereço de cobrança	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734									
Endereço de entrega	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734									
Observações do Comprador										
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.										
Observações do Fornecedor										
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total	
MÉDICO / HOSPITALAR										
1	5439	CLORETO DE SÓDIO SOL INJ 0,9% 1000ML - FRASCO	JP	JP	200,00	BOLSA	7,9000	0,00	1.580,00	
BOLSA 1000 ML										
3	5435	CLORETO DE SÓDIO SOL INJ 0,9% 250 ML - FRASCO - CONTRATO	JP	JP	210,00	BOLSA	4,3500	0,00	913,50	
BOLSA 250 ML										
8	17944	LIDOCAINA GELEIA 2% TUBO 30 GRAMAS	PHARLAB	PHARLAB	100,00	TUBO	4,5800	0,00	458,00	
TB 30 GRAMAS										
9	13173	METOPROLOL SOL INJ 1MG/ML 5ML	CRISTALIA	CRISTALIA	10,00	AMPOLA	21,8000	0,00	218,00	
AMP 5MG										
Total do pedido									3.169,50	

Este documento foi assinado digitalmente por Enivaldo Campos Rodrigues e pode ser conferido no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtu... o informando o código 339474 e o código verificador 47384.



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COORDENADOR DE COMPRAS, em 09/01/2024 às 11:29, 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 11/01/2024 às 09:06, 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 339474 e o código verificador 47384.