

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
449894	154999	54033 / 47331	12/01/2024	784,00	O.C. Emitida	MEDICAMENTOS PARA FAMRÁCIA			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS					Razão Social	GOYAZ SERVICE COMÉRCIO E LOGÍSTICA LTDA		
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - QUIRINÓPOLIS					Nome Fantasia	GOYAZ SERVICE HOSPITALAR		
CPF/CNPJ	12.053.184/0005-60					CPF/CNPJ	07.928.753/0001-00		
CEP	75.860-000					CEP	75.368-155		
Endereço	RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS					Endereço	RUA SILVIO CALDAS QD. 13 LT. 17 - RESIDENCIAL LIMOEIRO		
Cidade	QUIRINOPOLIS					Cidade	GOIANIRA		
UF	GO					UF	GO		
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	104331356		
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato	ANA CAROLINA		
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 3433-7715		
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email	.		
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	ANA CAROLINA RODRIGUES DA SILVA		
Endereço de cobrança	RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966					Tipo de Frete	CIF		
Endereço de entrega	RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966					Faturamento Mínimo	500,00		
						Validade da Proposta	12/01/2024		
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	VI. Unit.	Desconto	VI. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
1	7556	ACIDO ASCORBICO (VITAMINA C) SOL INJ 100MG/ML 5ML	HYPOFARMA	HYPOFARMA	800,00	AMPOLA	0,9800	0,00	784,00
AMP 500MG									
Total do pedido									784,00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
449893	154999	54033 / 47331	12/01/2024	2.232,00	O.C. Emitida	MEDICAMENTOS PARA FAMRÁCIA	
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor	
Razão Social	INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS					Razão Social	MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - QUIRINÓPOLIS					Nome Fantasia	MEDICAMENTAL HOSPITALAR
CPF/CNPJ	12.053.184/0005-60					CPF/CNPJ	31.378.288/0002-47
CEP	75.860-000					CEP	75.516-526
Endereço	RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS					Endereço	AV JORGE JOSE DOS SANTOS - JARDIM BEIRA RIO
Cidade	QUIRINOPOLIS					Cidade	ITUMBIARA
UF	GO					UF	GO
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	10.782.096-0
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato	MAYARA GARNIER
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(16) 3505-4900
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email	,
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	PRISCILA FERREIRA
Tipo de Frete						Tipo de Frete	CIF
Faturamento Mínimo						Faturamento Mínimo	500,00
Validade da Proposta						Validade da Proposta	18/01/2024
Endereço de cobrança	RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966						
Endereço de entrega	RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966						

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 N° 01/2021 - 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	Vi. Unit.	Desconto	Vi. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
10	5416	HEPARINA SODICA SOL INJ 5000UI/ML 5ML		BLAU	100,00	FRASCO / AMPOLA	14,4000	0,00	1.440,00
FR/AMP 5 ML									
14	7557	VITAMINAS DO COMPLEXO B SOL INJ 2ML		HYPOFARMA	800,00	AMPOLA	0,9900	0,00	792,00
AMPOLA DE 2ML									
Total do pedido									2.232,00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
449892	154999	54033 / 47331	12/01/2024	1.267,96	O.C. Emitida	MEDICAMENTOS PARA FAMRÁCIA			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS					Razão Social	SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI		
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - QUIRINÓPOLIS					Nome Fantasia	SUPERMEDICA HOSPITALAR		
CPF/CNPJ	12.053.184/0005-60					CPF/CNPJ	06.065.614/0001-38		
CEP	75.860-000					CEP	74.255-140		
Endereço	RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS					Endereço	RUA C-159 - JARDIM AMERICA		
Cidade	QUIRINOPOLIS					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	30 Dias		
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	JULIANA RAMALHO		
Endereço de cobrança	RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966					Tipo de Frete	CIF		
Endereço de entrega	RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966					Faturamento Mínimo	1.200,00		
Observações do Comprador						Validade da Proposta	15/01/2024		
<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 N° 01/2021 - SES / GO.</p> <p>.COMPRAS A VISTA DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO.</p>									
Observações do Fornecedor									
<p>VENDEDORA: JULIANA RAMALHO</p> <p>RAMAL 5170 - EMAIL: LOCALIZADOR03@SUPERMEDICA.COM.BR</p> <p>62 9669-4917 - SOMENTE WHATSAPP</p> <p>COT 667940</p>									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
5	504	COLAGENASE SEM CLORANFENICOL APROX. 30G	CRISTALIA	CRISTALIA	30,00	TUBO	16,0330	0,00	480,99
TUBO COM 30G - POMADA									
7	499	EPINEFRINA SOL INJ 1MG/ML 1ML (1:1000)	HIPOLABOR	HIPOLABOR	200,00	AMPOLA	2,2061	0,00	441,22
8	16372	GLICOSE SOL INJ 50% 10ML	EQUIPLEX	EQUIPLEX	200,00	AMPOLA	0,4490	0,00	89,80
AMP 10ML									
9	32064	HALOPERIDOL SOL INJ 5MG/ML 1ML - UNI HALOPER	UNIAO QUIMICA	UNIAO QUIMICA	50,00	AMPOLA	1,2826	0,00	641,30
AMPOLA 5MG									
12	5023	PARACETAMOL COMP 750MG	BELFAR	BELFAR	200,00	COMPRIMIDO	0,1411	0,00	282,20
13	21006	TROPICAMIDA 1% SOL OFTALMICA 10MG/ML 5ML	CRISTALIA	CRISTALIA	10,00	FRASCO	16,3600	0,00	163,60
FR 5ML									
Total do pedido									1.267,96

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
449890	154999	54033 / 47331	12/01/2024	406,40	O.C. Emitida	MEDICAMENTOS PARA FAMRÁCIA			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS					Razão Social	CIENTIFICA MEDICA HOSPITALAR LTDA		
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - QUIRINÓPOLIS					Nome Fantasia	CIENTIFICA HOSPITALAR		
CPF/CNPJ	12.053.184/0005-60					CPF/CNPJ	07.847.837/0001-10		
CEP	75.860-000					CEP	74.911-360		
Endereço	RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS					Endereço	AV ANAPOLIS - VILA BRASILIA		
Cidade	QUIRINOPOLIS					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	gerenciadmh1@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		
Endereço de cobrança	RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966					Tipo de Frete	CIF		
Endereço de entrega	RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966					Faturamento Mínimo	200,00		
						Validade da Proposta	20/01/2024		
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 N° 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	VI. Unit.	Desconto	VI. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
11	17037	LIDOCAINA SPRAY 10% FRASCO 50ML	UND	HIPOLABOR	10,00	FRASCO	40,6400	0,00	406,40
FR 50ML									
								Total do pedido	406,40



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COORDENADOR DE COMPRAS, em 12/01/2024 às 14:24, 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 13/01/2024 às 09:18, 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 341855 e o código verificador 47331.