

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta						
453765	156796	56336 / 50047	12/03/2024	712,80	O.C. Emitida	MEDICAMENTOS PARA FARMÁCIA						
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor						
Razão Social	INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS					Razão Social	FERREIRA & LIMA COMERCIO MEDICAMENTOS HOSPITALAR LTDA					
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - QUIRINÓPOLIS						Nome Fantasia	MEDICAD				
CPF/CNPJ	12.053.184/0005-60					CPF/CNPJ	23.909.931/0001-02					
CEP	75.860-000					CEP	74.670-010					
Endereço	RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS					Endereço	AV SAO FRANCISCO - SANTA GENOVEVA					
Cidade	QUIRINOPOLIS					Cidade	GOIANIA					
UF	GO					UF	GO					
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	006.0023 7517					
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato	DAVI					
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 9 8328-1055					
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email	davisilva@medicad.com.br					
Prazo de Entrega Solicitado	4					Prazo de Entrega	3 DIA(s)					
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias					
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	DAVI DE SOUZA E 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	700,00					
						Validade da Proposta	22/03/2024					
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												
DAVI 62993954810												
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total			
MÉDICO / HOSPITALAR												
7	5910	LAMINA DE BISTURI RETA Nº4 11	LAMINA DE BISTURI N11 100X1 UN CARBONO/MEDIX/8345	MEDIX	33,00	UNIDADE	21,6000	0,00	712,80			
MATERIAL AÇO CARBONO												
									Total do pedido	712,80		

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade pode ser conferida no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-860> informando o código verificador 50047.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
453764	156796	56336 / 50047	12/03/2024	202,95	O.C. Emitida	MEDICAMENTOS PARA FARMÁCIA					
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				
						Tipo de Frete	CIF				
						Faturamento Mínimo	1.200,00				
						Validade da Proposta	04/03/2024				
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 Nº 01/2021 - SES / GO. .COMPRAS A VISTA DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO.											
Observações do Fornecedor											
COT 691444											
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	VI. Unit.	Desconto	VI. Total		
MÉDICO / HOSPITALAR											
8	58802	MIDAZOLAM SOL INJ 5 MG/ML 3 ML - GEN FRESENIUS KABI	HIPOLABOR	HIPOLABOR	100,00	AMPOLA	2,0295	0,00	202,95		
AMP 15MG											
									Total do pedido	202,95	

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtuaidoc/public/validar-assinatura/5650047 informando o código 365842 e o código verificador 50047.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
453763	156796	56336 / 50047	12/03/2024	285,00	O.C. Emitida	MEDICAMENTOS PARA FARMÁCIA			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS					Razão Social	ELLO DISTRIBUICAO LTDA - EPP		
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - QUIRINÓPOLIS					Nome Fantasia	ELLO DISTRIBUICAO		
CPF/CNPJ	12.053.184/0005-60					CPF/CNPJ	14.115.388/0001-80		
CEP	75.860-000					CEP	74.780-562		
Endereço	RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS					Endereço	AV: ANAPOLIS - VILA PEDROSO		
Cidade	QUIRINOPOLIS					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	4					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	200,00		
Endereço de cobrança	RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966					Validade da Proposta	02/03/2024		
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 Nº 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	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
12	7557	VITAMINAS DO COMPLEXO B SOL INJ 2ML	C/100	HYPOFARMA	300,00	AMPOLA	0,9500	0,00	285,00
AMPOLA DE 2ML									
Total do pedido									285,00

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura anexando o código 365842 e o código verificador 50047.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
453762	156796	56336 / 50047	12/03/2024	363,50	O.C. Emitida	MEDICAMENTOS PARA FARMÁCIA					
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		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		02/03/2024			
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 Nº 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											
1	7556	ACIDO ASCORBICO (VITAMINA C) SOL INJ 100MG/ML 5ML			CX/100	SANTISA	300,00	AMPOLA	0,9800	0,00	294,00
AMP 500MG											
6	34636	FLUMAZENIL SOL INJ 0,1MG/ML 5ML - GEN HIPOLABOR			CX/05	TEUTO	10,00	AMPOLA	6,9500	0,00	69,50
AMPOLA DE 5 ML											
Total do pedido											363,50

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
453249	156796	56336 / 50047	04/03/2024	9.953,16	O.C. Emitida	MEDICAMENTOS PARA FARMÁCIA			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS					Razão Social JLO HOSPITALAR MATERIAL MEDICO E DESCARTAVEIS LTDA			
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - QUIRINÓPOLIS								
CPF/CNPJ	12.053.184/0005-60					CPF/CNPJ 36.936.957/0001-91			
CEP	75.860-000					CEP 74.210-110			
Endereço	RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS					Endereço R T-0041 - SETOR BUENO			
Cidade	QUIRINOPOLIS					Cidade GOIANIA			
UF	GO					UF GO			
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual 108661571			
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato 6236240490			
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone (62) 3624-0490			
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email vendasjlohospitar@gmail.com			
Prazo de Entrega Solicitado	4					Prazo de Entrega 3 DIA(s)			
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento 28 Dias			
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor LEONARDO DIEGO			
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 1.500,00			
						Validade da Proposta 29/02/2024			
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									
Leonardo Oliveira (62) 9 9217-5019 WhatsApp LEONARDOOLIVEIRA@JLOHOSPITALAR.COM https://www.jlohospitar.com									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	VI. Unit.	Desconto	VL. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
2	70758	ALTEPLASE PO PARA SOL INJ 10MG	ALTEPLASE (ACTILYSE) 50MG/50ML FR-AMP 2,3G	BOEHRINGER INGELHEIM	2,00	FRASCO	4.976,5800	0,00	9.953,16
FR/A 10MG									
Total do pedido									9.953,16

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticação deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtuaidoc/publicar/validacao/50047.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
453248	156796	56336 / 50047	04/03/2024	500,00	O.C. Emitida	MEDICAMENTOS PARA FARMÁCIA					
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	JAQUELINE RODRIGUES				
						Tipo de Frete	CIF				
						Faturamento Mínimo	500,00				
						Validade da Proposta	05/03/2024				
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 Nº 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	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total		
MÉDICO / HOSPITALAR											
1	7556	ACIDO ASCORBICO (VITAMINA C) SOL INJ 100MG/ML 5ML	CX C/100	HYPOFARMA	300,00	AMPOLA	0,6550	0,00	196,50		
AMP 500MG											
6	34636	FLUMAZENIL SOL INJ 0,1MG/ML 5ML - GEN HIPOLABOR	CX C/5	TEUTO	10,00	AMPOLA	4,5500	0,00	45,50		
AMPOLA DE 5 ML											
12	7557	VITAMINAS DO COMPLEXO B SOL INJ 2ML	CX C/100	HYPOFARMA	300,00	AMPOLA	0,8600	0,00	258,00		
AMPOLA DE 2ML											
Total do pedido									500,00		

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtuaidoc/public/validar-assinatura/50047.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
453247	156796	56336 / 50047	04/03/2024	202,66	O.C. Emitida	MEDICAMENTOS PARA FARMÁCIA			
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		
						Tipo de Frete	CIF		
						Faturamento Mínimo	1.200,00		
						Validade da Proposta	04/03/2024		
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 Nº 01/2021 - SES / GO. .COMPRAS A VISTA DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO.									
Observações do Fornecedor									
COT 691444									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	VL. Unit.	Desconto	VL. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
5	46178	FENTANILA, CITRATO SOL INJ 50MCG/ML 2ML - UNIFENTAL	UNIAO QUIMICA	UNIAO QUIMICA	100,00	AMPOLA	2,0266	0,00	202,66
AMPOLA DE 2 ML									
Total do pedido									202,66

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtuaidoc/public/validar-assinatura/anexo.html informando o código 365842 e o código verificador 50047.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
453246	156796	56336 / 50047	04/03/2024	1.818,80	O.C. Emitida	MEDICAMENTOS PARA FARMÁCIA			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS					Razão Social ATIVA COMERCIAL HOSPITALAR LTDA			
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - QUIRINÓPOLIS					Nome Fantasia ATIVA HOSPITALAR			
CPF/CNPJ	12.053.184/0005-60					CPF/CNPJ 04.274.988/0002-19			
CEP	75.860-000					CEP 75.708-270			
Endereço	RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS					Endereço AVENIDA SILVIO BUENO DE MORAIS - LOTEAMENTO PONTAL NORTE			
Cidade	QUIRINOPOLIS					Cidade CATALAO			
UF	GO					UF GO			
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual 104280948			
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato FABIANA (RESP. DEP DE VENDAS)			
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone (16) 3993-9100			
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email vendas2@ativahosp.com.br			
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 ANDRÉ MARQUES			
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 800,00			
						Validade da Proposta 01/03/2024			
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									
SOMENTE CAIXA DE EMBARQUE									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	VL. Unit.	Desconto	VL. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
3	6067	CEFTAZIMIDA PO P/ SOL INJ 1G	CEFTAZIDON 1000MG PÓ SOL INJ IV/IM CX C/ 20 FA/BLAU	BLAU	60,00	FRASCO / AMPOLA	17,8700	0,00	1.072,20
FR/AMP 1000MG									
4	6827	CLOPIDOGREL COMP 75MG	CLOPIDOGREL 75MG (GEN) CT C/ 30 CP REV /ACCORD	/ACCORD	60,00	COMPRIMIDO	0,2632	0,00	15,7920
COMPRIMIDO									
9	42346	PROPOFOL SOL INJ 10MG / ML 10 ML - PROVIVE / UNIÃO QUÍMICA	PROVIVE 10MG/ML EMU INJ 10ML CT C/ 5 FA/UNIAO QUIMICA	UNIAO QUIMICA	50,00	FRASCO	8,3002	0,00	415,01
FR/AMP 10ML									
10	15837	SALBUTAMOL AEROSOL 100 MCG/ DOSE 200 DOSES	AEROFRIN 100MCG/DOSE SUS AER SPRAY C/ 200 DOSES + APLICADOR/	PHARMASCIENCE	20,00	FRASCO	15,7900	0,00	315,80
FRASCO C/ 200 DOSES									
Total do pedido									1.818,82

Este documento foi assinado digitalmente por Enivaldo Campos Rodrigues. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/validar.aspx informando o código 365842 e o código verificador 50047.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
453245	156796	56336 / 50047	04/03/2024	505,50	O.C. Emitida	MEDICAMENTOS PARA FARMÁCIA					
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor					
Razão Social		INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS				Razão Social		MAEVE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA			
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM - QUIRINÓPOLIS				Nome Fantasia		MAEVE HOSPITALAR			
CPF/CNPJ		12.053.184/0005-60				CPF/CNPJ		09.034.672/0001-92			
CEP		75.860-000				CEP		74.985-144			
Endereço		RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS				Endereço		RUA 13 - POLO EMPRESARIAL DE GOIÁS - ETAPA IV			
Cidade		QUIRINOPOLIS				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		.			
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		ALESSANDRA COSTA TEXEIRA			
						Tipo de Frete		CIF			
						Faturamento Mínimo		500,00			
						Validade da Proposta		02/02/2024			
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 Nº 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	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR											
7	5910	LAMINA DE BISTURI RETA Nº4 11			DESCARPACK	DESCARPACK	20,00	UNIDADE	22,0500	0,00	0,00
MATERIAL AÇO CARBONO											
8	58802	MIDAZOLAM SOL INJ 5 MG/ML 3 ML - GEN FRESENIUS KABI			FRESENIUS	FRESENIUS	50,00	AMPOLA	1,2900	0,00	0,00
AMP 15MG											
Total do pedido										505,50	

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura informando o código 365842 e o código verificador 50047.



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COORDENADOR DE COMPRAS, em 12/03/2024 às 10:28, 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 12/03/2024 às 17:48, 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 365842 e o código verificador 50047.