

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
453938	156683	56227 / 49987	14/03/2024	1.205,75	O.C. Emitida	MEDICAMENTOS			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - GOIANESIA					Razão Social	PRESTAMED HOSPITALAR EIRELI		
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FILIAL GOIANÉSIA					Nome Fantasia	PRESTAMED		
CPF/CNPJ	12.053.184/0003-07					CPF/CNPJ	20.402.099/0001-65		
CEP	76.383-637					CEP	74.935-830		
Endereço	AV. ULISSES GUIMARÃES, ESQUINA COM AV. CONTORNO, S/N, - ESPERANÇA					Endereço	AV SENADOR PEDRO LUDOVICO TEIXEIRA - ILDA		
Cidade	GOIANESIA					Cidade	APARECIDA DE GOIANIA		
UF	GO					UF	GO		
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	10.602.511-2		
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato	(62) 3204-0730		
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 3204-0730		
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email	prestamedhospitalar@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	GRACIELLY		
Endereço de cobrança	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734					Tipo de Frete	CIF		
Endereço de entrega	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734					Faturamento Mínimo	1.200,00		
						Validade da Proposta	05/03/2024		
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 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	VI. Unit.	Desconto	VI. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
7	29937	HIDRALAZINA SOL INJ 20MG/ML 1ML		CRISTALIA	175,00	AMPOLA	6,8900	0,00	1.205,75
AMP 20MG									
Total do pedido									1.205,75

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticação deste documento pode ser conferida no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtuaidoc/public/validar> inserindo o código 367107 e o código verificador 49987.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
453937	156683	56227 / 49987	14/03/2024	516,00	O.C. Emitida	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	.		
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	ALESSANDRA COSTA TEXEIRA		
Endereço de cobrança	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734					Tipo de Frete	CIF		
Endereço de entrega	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734					Faturamento Mínimo	500,00		
						Validade da Proposta	29/02/2024		
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 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									
9	5060	MIDAZOLAM SOL INJ 5MG/ML 3ML	FRESENIUS	FRESENIUS	400,00	AMPOLA	1,2900	0,00	516,00
AMP 15MG									
Total do pedido									516,00

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticação deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar/assinatura-para-ape-ao-informando-o-codigo-367107-e-o-codigo-verificador-49987.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
453084	156683	56227 / 49987	01/03/2024	1.006,50	O.C. Emitida	MEDICAMENTOS			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - GOIANESIA					Razão Social	INMED HOSPITALAR EIRELI ME		
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FILIAL GOIANÉSIA					Nome Fantasia	INMED HOSPITALAR		
CPF/CNPJ	12.053.184/0003-07					CPF/CNPJ	34.551.834/0001-07		
CEP	76.383-637					CEP	75.345-000		
Endereço	AV. ULISSES GUIMARÃES, ESQUINA COM AV. CONTORNO, S/N, - ESPERANÇA					Endereço	AV DAS ACACIAS - RESIDENCIAL PAINEIRAS		
Cidade	GOIANESIA					Cidade	ABADIA DE GOIAS		
UF	GO					UF	GO		
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	10.770.766-7		
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato	SILVA FERREIRA		
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 9 9551-6023		
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email	inmed.negocios@gmail.com		
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	ROZA (62) 99424-3973		
Endereço de cobrança	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734					Tipo de Frete	CIF		
Endereço de entrega	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734					Faturamento Mínimo	1.000,00		
						Validade da Proposta	31/03/2024		
Observações do Comprador									
<p>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.</p>									
Observações do Fornecedor									
<p>PURISTERIL 3,5% 340 GALAO DE 5L GL C/5L CAIXA PADRÃO COM 2 GALÕES>>> TEMOS DE PRONTA ENTREGA</p>									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
12	39677	PURISTERIL 3,5% 340 GALAO DE 5L	ALOX	ALOX	6,00	GALÃO	167,7500	0,00	1.006,50
GL C/5L									
Total do pedido									1.006,50

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
453083	156683	56227 / 49987	01/03/2024	1.665,50	O.C. Emitida	MEDICAMENTOS			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - GOIANESIA					Razão Social	JLO HOSPITALAR MATERIAL MEDICO E DESCARTAVEIS LTDA		
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FILIAL GOIANÉSIA								
CPF/CNPJ	12.053.184/0003-07					Nome Fantasia	JLO HOSPITALAR		
CEP	76.383-637					CPF/CNPJ	36.936.957/0001-91		
Endereço	AV. ULISSES GUIMARÃES, ESQUINA COM AV. CONTORNO, S/N, - ESPERANÇA					CEP	74.210-110		
Cidade	GOIANESIA					Endereço	R T-0041 - SETOR BUENO		
UF	GO					Cidade	GOIANIA		
Insc. Estadual	ISENTO					UF	GO		
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Insc. Estadual	108661571		
Telefone	(62) 9 9973-7067					Contato	6236240490		
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Telefone	(62) 3624-0490		
Prazo de Entrega Solicitado	4					Email	vendasjlohospitalar@gmail.com		
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Prazo de Entrega	3 DIA(s)		
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Cond. Pagamento	28 Dias		
Endereço de cobrança	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734					Nome do Vendedor	LEONARDO DIEGO		
Endereço de entrega	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734					Tipo de Frete	CIF		
						Faturamento Mínimo	1.500,00		
						Validade da Proposta	29/02/2024		
Observações do Comprador									
<p>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.</p>									
Observações do Fornecedor									
<p>Leonardo Oliveira (62) 9 9217-5019 WhatsApp LEONARDOOLIVEIRA@JLOHOSPITALAR.COM https://www.jlohospitalar.com</p>									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	VL Unit.	Desconto	VL Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
7	29937	HIDRALAZINA SOL INJ 20MG/ML 1ML	NEPRESOL (HIDRALAZINA) 20MG/ML INJ IM/IV AMP 1ML	CRISTALIA	150,00	AMPOLA	9,2500	0,00	1.387,50
AMP 20MG									
9	5060	MIDAZOLAM SOL INJ 5MG/ML 3ML	MIDAZOLAM (GEN) 5MG/ML INJ AMP 3ML (B1)	HIPOLABOR	100,00	AMPOLA	2,7800	0,00	278,00
AMP 15MG									
Total do pedido									1.665,50

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
453082	156683	56227 / 49987	01/03/2024	1.536,56	O.C. Emitida	MEDICAMENTOS			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - GOIANESIA					Razão Social	VFB BRASIL LTDA		
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FILIAL GOIANÉSIA					Nome Fantasia	VFB		
CPF/CNPJ	12.053.184/0003-07					CPF/CNPJ	30.949.099/0001-33		
CEP	76.383-637					CEP	72.872-057		
Endereço	AV. ULISSES GUIMARÃES, ESQUINA COM AV. CONTORNO, S/N, - ESPERANÇA					Endereço	RUA R-14 SN QUADRA 17 LOTE 15/16 - JARDIM IPANEMA		
Cidade	GOIANESIA					Cidade	VALPARAISO DE GOIAS		
UF	GO					UF	GO		
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	10.735.948-0		
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato	FELYPE PERÔNICO		
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(61) 9 8586-0707		
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email	privado1@vfbrasil.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	FELYPE PERÔNICO		
Endereço de cobrança	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734					Tipo de Frete	CIF		
Endereço de entrega	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734					Faturamento Mínimo	500,00		
						Validade da Proposta	29/02/2024		
Observações do Comprador									
<p>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.</p>									
Observações do Fornecedor									
<p>TODOS OS PEDIDOS IRÃO PASSAR POR ANÁLISE DE CREDITO E FRTE, MAS ESTAMOS ABERTOS PARA EVENTUAIS NEGOCIAÇÕES VFB BRASIL FELYPE PERÔNICO TEL : (61)985860707</p>									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
6	5416	HEPARINA SODICA SOL INJ 5000UI /ML 5ML	HEPAMAX-S 5000UI/ML CX C/25 FR/AMP 5ML HEPARINA BLAU	BLAU	100,00	FRASCO / AMPOLA	14,1000	0,00	1410,00
FR/AMP 5 ML									
10	10896	OMEPRAZOL SOL INJ 40MG	OMEPRAZOL 40MG/ML IV/IM CX C/20FR/AMP OPRAZON BLAU	BLAU	20,00	AMPOLA	6,3280	0,00	126,56
AMP 40MG									
Total do pedido									1.536,56

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
453081	156683	56227 / 49987	01/03/2024	1.242,81	O.C. Emitida	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	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	01/03/2024		
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									
VENDEDORA: JULIANA RAMALHO RAMAL 5170 - EMAIL: LOCALIZADOR03@SUPERMEDICA.COM.BR 62 9669-4917 - SOMENTE WHATSAPP COT 688856									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
4	44210	DETERGENTE ENZIMATICO 1L	PROLINK	PROLINK	30,00	LITRO	13,6500	0,00	409,50
DETERGENTE ENZIMÁTICO LÍQUIDO, FRASCO DE 1 LITRO									
5	39773	FENTANILA, CITRATO SOL INJ 50MCG/ML 2ML (M)	UNIAO QUIMICA	UNIAO QUIMICA	100,00	AMPOLA	2,0266	0,00	2026,66
AMPOLA DE 2ML									
8	32932	ISOSSORBIDA (MONONITRATO) SOL INJ 10 MG/ML 1 ML	BIOLAB	BIOLAB	50,00	AMPOLA	2,6680	0,00	1334,00
AMPOLA DE 1 ML									
11	12993	PARACETAMOL SOL ORAL 200MG/ML 15ML	EMS	EMS	5,00	FRASCO	1,2900	0,00	6,45
FR 15ML									
13	21006	TROPICAMIDA 1% SOL OFTALMICA 10MG/ML 5ML	CRISTALIA	CRISTALIA	30,00	FRASCO	16,3600	0,00	490,80
FR 5ML									
Total do pedido									1.242,81

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
453080	156683	56227 / 49987	01/03/2024	331,80	O.C. Emitida	MEDICAMENTOS			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - GOIANESIA					Razão Social	CIENTIFICA MEDICA HOSPITALAR LTDA		
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FILIAL GOIANÉSIA					Nome Fantasia	CIENTIFICA HOSPITALAR		
CPF/CNPJ	12.053.184/0003-07					CPF/CNPJ	07.847.837/0001-10		
CEP	76.383-637					CEP	74.911-360		
Endereço	AV. ULISSES GUIMARÃES, ESQUINA COM AV. CONTORNO, S/N, - ESPERANÇA					Endereço	AV ANAPOLIS - VILA BRASILIA		
Cidade	GOIANESIA					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	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734					Tipo de Frete	CIF		
Endereço de entrega	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734					Faturamento Mínimo	200,00		
						Validade da Proposta	29/02/2024		
Observações do Comprador									
<p>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.</p>									
Observações do Fornecedor									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
1	518	ALCOOL LIQUIDO 70% 1000ML	CX/12	J FERES	60,00	LITRO	5,5300	0,00	331,80
ETILICO ; SOLUCAO A 70% ; APRESENTAR REGISTRO NO MINISTERIO DA SAUDE/ANVISA E LAUDO TECNICO									
Total do pedido									331,80



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COORDENADOR DE COMPRAS, em 14/03/2024 às 09:02, 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 14/03/2024 às 17:42, 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 367107 e o código verificador 49987.