Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta
436935	148421	39502/36845	12/07/2023	570,40	O.C. Emitida	SOLICITACAO MEDICAMENTOS CARRINHO DE EMERGENCIA

Condições de Negócio do Comprador

Razão Social	INSTITUTO CEM - POSSE
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM
CNPJ	12.053.184/0002-18
CEP	73.900-000
Endereço	AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHEK DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES
Cidade	POSSE
UF	GO
Insc. Estadual	ISENTO
Contato	NAOR BORGES
Telefone	(62) 9 9973-7067
Email	naor@institutocem.org.br
Prazo de Entrega Solicitado	4
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO
Endereço de cobrança	AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903
Endereço de entrega	AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903

Condições de Negócio do Fornecedor

Razão Social	GOYAZ SERVICE COMÉRCIO E LOGÍSTICA LTDA
Nome Fantasia	GOYAZ SERVICE HOSPITALAR
CNPJ	07.928.753/0001-00
CEP	75.368-155
Endereço	RUA SILVIO CALDAS QD. 13 LT. 17 - RESIDENCIAL LIMOEIRO
Cidade	GOIANIRA
UF	GO
Insc. Estadual	104331356
Contato	ANA CAROLINA
Telefone	(62) 3433-7715
Email	.
Prazo de Entrega	1 DIA(s)
Cond. Pagamento	30 Dias
Nome do Vendedor	ANA CAROLINA RODRIGUES DA SILVA
Tipo de Frete	CIF
Faturamento Mínimo	300,00
Validade da Proposta	21/07/2023

Observações do Comprador

POSSE / GO.
FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE - 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 - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS;
ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML+ORDEM DE COMPRA NOS E-MAILS:
ALMOX@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR;
CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR
ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - SES / GO.
COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA/ EQUIPAMENTO.

Observações do Fornecedor

Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
1	446	ATROPINA SOL INJ 0,25MG/ML 1ML	FARMACE	FARMACE	100,00	AMPOLA	1,1500	0,00	115,00
5	11323	RINGER SIMPLES SOL INJ 500ML	HALEXISTAR	HALEXISTAR	60,00	FRASCO	7,5900	0,00	455,40
								Total do pedido	**570,40**

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-digital informando o código 167193 e o código verificador 50047.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta
436934	148421	39502/36845	12/07/2023	1.340,00	O.C. Emitida	SOLICITACAO MEDICAMENTOS CARRINHO DE EMERGENCIA

Condições de Negócio do Comprador

Razão Social	INSTITUTO CEM - POSSE
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM
CNPJ	12.053.184/0002-18
CEP	73.900-000
Endereço	AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHEK DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES
Cidade	POSSE
UF	GO
Insc. Estadual	ISENTO
Contato	NAOR BORGES
Telefone	(62) 9 9973-7067
Email	naor@institutocem.org.br
Prazo de Entrega Solicitado	4
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO
Endereço de cobrança	AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903
Endereço de entrega	AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903

Condições de Negócio do Fornecedor

Razão Social	L A VIDAL IMPORTAÇÃO E EXPORTAÇÃO LTDA
Nome Fantasia	GRUPO VIDAL
CNPJ	00.097.489/0001-61
CEP	75.063-330
Endereço	AV 010 - REV. ARCHIBALD
Cidade	ANAPOLIS
UF	GO
Insc. Estadual	192673462
Contato	LUCAS - 98214-6000
Telefone	(62) 3706-0854
Email	grupovidal@hotmail.com
Prazo de Entrega	2 DIA(s)
Cond. Pagamento	30 Dias
Nome do Vendedor	LUCAS VIDAL
Tipo de Frete	CIF
Faturamento Mínimo	800,00
Validade da Proposta	10/07/2023

Observações do Comprador

POSSE / GO.
FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE - 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 - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS;
ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML+ORDEM DE COMPRA NOS E-MAILS:
ALMOX@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR;
CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR
ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - SES / GO.
COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA/ EQUIPAMENTO.

Observações do Fornecedor

Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
3	21241	NALOXONA SOL INJ 0,4MG/ML 1ML - GEN HIPOLABOR	HIPOLABOR	HIPOLABOR	50,00	AMPOLA	26,8000	0,00	1.340,00
								Total do pedido	**1.340,00**

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 167193 e o código verificador 50047.

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 367193 e o código verificador 50047.

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 367193 e o código verificador 50047.

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 367193 e o código verificador 50047.

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 367193 e o código verificador 50047.

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 367193 e o código verificador 50047.

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 367193 e o código verificador 50047.

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 367193 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

Razão Social	INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - QUIRINÓPOLIS
CPF/CNPJ	12.053.184/0005-60
CEP	75.860-000
Endereço	RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS
Cidade	QUIRINOPOLIS
UF	GO
Insc. Estadual	ISENTO
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues
Telefone	(62) 9 9973-7067
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br
Prazo de Entrega Solicitado	4
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO
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

Condições de Negócio do Fornecedor

Razão Social	MAEVE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA
Nome Fantasia	MAEVE HOSPITALAR
CPF/CNPJ	09.034.672/0001-92
CEP	74.985-144
Endereço	RUA 13 - POLO EMPRESARIAL DE GOIÁS - ETAPA IV
Cidade	APARECIDA DE GOIANIA
UF	GO
Insc. Estadual	10.416.812-9
Contato	62 35651038
Telefone	(62) 3565-1033
Email	.
Prazo de Entrega	1 DIA(s)
Cond. Pagamento	30 Dias
Nome do Vendedor	ALESSANDRA COSTA TEXEIRA
Tipo de Frete	CIF
Faturamento Mínimo	500,00
Validade da Proposta	02/02/2024

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

Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
7	5910	LAMINA DE BISTURI RETA N¼ 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.aspx informando o código 367193 e o código verificador 50047.

Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COORDENADOR DE COMPRAS, em 14/03/2024 às 10:57, 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 17:41, 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 367193 e o código verificador 50047.