

| Nro Pedido | Nro Gerencial | Nro Processo | Data | Valor | Situação | Descrição da proposta | | | |
|---|---|--|--------------|----------|--------------|---|---------------------------|----------|-----------------|
| 455044 | 157850 | 57353/51497 | 02/04/2024 | 2.299,40 | O.C. Emitida | SOLICITACAO 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 | NAOR BORGES | | | | | Contato | VENER | | |
| Telefone | (62) 9 9973-7067 | | | | | Telefone | (62) 9 9462-2822 | | |
| Email | naor@institutocem.org.br | | | | | Email | . | | |
| Prazo de Entrega Solicitado | 4 | | | | | Prazo de Entrega | 4 DIA(s) | | |
| Cond. Pagamento Solicitado | A PRAZO | | | | | Cond. Pagamento | 30 Dias | | |
| Forma de Pagamento | BOLETO BANCÁRIO | | | | | Nome do Vendedor | VENERROQUE | | |
| 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 | 06/04/2024 | | |
| Observações do Comprador | | | | | | | | | |
| <p>GOIANÉSIA / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0003-07 - 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 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; CONTROLADORIA@POLICLINICAGOIANESIA.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 65/2020 - SES / GO. COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA/ EQUIPAMENTO.</p> | | | | | | | | | |
| Observações do Fornecedor | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Item | Código | Descrição | Referência | Marca | Qtde | UM | VI. Unit. | Desconto | VI. Total |
| MÉDICO / HOSPITALAR | | | | | | | | | |
| 7 | 52283 | DESINFETANTE HOSPITALAR DE ALTO NIVEL ORTOFTALALDEIDO 0,55 | DESINFETANTE | GODERT | 20,00 | GALÃO | 79,0000 | 0,00 | 1.580,00 |
| GALÃO COM 5 LITROS | | | | | | | | | |
| 16 | 39677 | PURISTERIL 3,5% 340 GALAO DE 5L | PURISTERIL | ECOPER | 6,00 | GALÃO | 119,9000 | 0,00 | 719,94 |
| GALÃO C/ 5 LITROS | | | | | | | | | |
| Total do pedido | | | | | | | | | 2.299,40 |

| Nro Pedido | Nro Gerencial | Nro Processo | Data | Valor | Situação | Descrição da proposta | | | |
|---|---|---|-----------------------------|------------|--------------|---|---|----------|-----------------|
| 455043 | 157850 | 57353/51497 | 02/04/2024 | 3.714,81 | O.C. Emitida | SOLICITACAO 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 | NAOR BORGES | | | | | Contato | TELEVENDAS | | |
| Telefone | (62) 9 9973-7067 | | | | | Telefone | (62) 3928-8989 | | |
| Email | naor@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 | 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 | 03/04/2024 | | |
| Observações do Comprador | | | | | | | | | |
| <p>GOIANÉSIA / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0003-07 - 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 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; CONTROLADORIA@POLICLINICAGOIANESIA.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 65/2020 - SES / GO. COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA/ EQUIPAMENTO.</p> | | | | | | | | | |
| Observações do Fornecedor | | | | | | | | | |
| <p>VENDEDORA: JULIANA RAMALHO RAMAL 5170 - EMAIL: LOCALIZADOR03@SUPERMEDICA.COM.BR 62 9669-4917 - SOMENTE WHATSAPP COT 703044</p> | | | | | | | | | |
| Item | Código | Descrição | Referência | Marca | Qtde | UM | Vl. Unit. | Desconto | Vl. Total |
| MÉDICO / HOSPITALAR | | | | | | | | | |
| 1 | 25263 | AGUA DEIONIZADA P/ AUTOCLAVE 5L | REYMER | REYMER | 12,00 | GALÃO | 10,5600 | 0,00 | 126,7200 |
| GALAO DE 5000ML | | | | | | | | | |
| 2 | 4996 | ATENOLOL COMP 50MG (M) | EMS | EMS | 30,00 | COMPRIMIDO | 0,0630 | 0,00 | 1,8900 |
| 3 | 4166 | CAPTOPRIL COMP 25MG (M) | EMS / VENCIMENTO 31/12/2024 | EMS | 30,00 | COMPRIMIDO | 0,0860 | 0,00 | 2,5800 |
| 4 | 5439 | CLORETO DE SÓDIO SOL INJ 0,9% 1000ML - FRASCO | EUROFARMA | EUROFARMA | 210,00 | BOLSA | 7,2867 | 0,00 | 1.530,2070 |
| BOLSA 1000 ML | | | | | | | | | |
| 5 | 5437 | CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 500ML - FRASCO | EUROFARMA | EUROFRAMA | 216,00 | BOLSA | 5,6567 | 0,00 | 1.221,6432 |
| (CONTRATO) BOLSA 500ML | | | | | | | | | |
| 6 | 427 | CLOREXIDINA SOL DERGEMANTE 2% 1000ML (M) | VIC PHARMA | VIC PHARMA | 20,00 | LITRO | 15,7800 | 0,00 | 315,6000 |
| 8 | 44210 | DETERGENTE ENZIMATICO 1L | PROLINK | PROLINK | 20,00 | LITRO | 13,6500 | 0,00 | 273,0000 |
| DETERGENTE ENZIMÁTICO LÍQUIDO, FRASCO DE 1 LITRO | | | | | | | | | |
| 9 | 5626 | DIPIRONA SOL INJ 500MG/ML 2ML | FARMACE | FARMACE | 100,00 | AMPOLA | 0,8979 | 0,00 | 897,9000 |
| AMPOLA 1000MG | | | | | | | | | |
| 10 | 18645 | FLUMAZENIL SOL INJ 0,1MG/ML 5ML (M) | CRISTALIA | CRISTALIA | 20,00 | AMPOLA | 7,4400 | 0,00 | 148,8000 |
| 13 | 10084 | LOSARTANA COMP 50MG | EMS | EMS | 30,00 | COMPRIMIDO | 0,1457 | 0,00 | 4,3710 |
| Total do pedido | | | | | | | | | 3.714,81 |

| Nro Pedido | Nro Gerencial | Nro Processo | Data | Valor | Situação | Descrição da proposta | | | |
|--|---|---------------------------------------|---------------|---------------|--------------|---|---|----------|-----------------|
| 455042 | 157850 | 57353/51497 | 02/04/2024 | 1.781,00 | O.C. Emitida | SOLICITACAO 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 | NAOR BORGES | | | | | Contato | 62 35651038 | | |
| Telefone | (62) 9 9973-7067 | | | | | Telefone | (62) 3565-1033 | | |
| Email | naor@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 | 02/04/2024 | | |
| Observações do Comprador | | | | | | | | | |
| <p>GOIANÉSIA / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0003-07 - 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 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; CONTROLADORIA@POLICLINICAGOIANESIA.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 65/2020 - SES / GO. COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA/EQUIPAMENTO.</p> | | | | | | | | | |
| Observações do Fornecedor | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Item | Código | Descrição | Referência | Marca | Qtde | UM | Vl. Unit. | Desconto | Vl. Total |
| MÉDICO / HOSPITALAR | | | | | | | | | |
| 12 | 17944 | LIDOCAINA GELEIA 2% TUBO 30 GRAMAS | PHARLAB | PHARLAB | 100,00 | TUBO | 4,4900 | 0,00 | 449,00 |
| 14 | 42810 | PROPOFOL SOL INJ 10MG/ML AMP 10ML (M) | UNIAO QUIMICA | UNIAO QUIMICA | 100,00 | FRASCO / AMPOLA | 13,3200 | 0,00 | 1.332,00 |
| FR/AMP 10ML | | | | | | | | | |
| Total do pedido | | | | | | | | | 1.781,00 |



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COORDENADOR DE COMPRAS, em 02/04/2024 às 09:32, 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 02/04/2024 às 15:30, 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 373005 e o código verificador 51497.