

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
455181	157829	57426 / 51504	02/04/2024	728,65	O.C. Emitida	MEDICAMENTOS					
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor					
Razão Social		INSTITUTO CEM - FORMOSA				Razão Social		SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI			
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM - FORMOSA				Nome Fantasia		SUPERMEDICA HOSPITALAR			
CPF/CNPJ		12.053.184/0008-03				CPF/CNPJ		06.065.614/0001-38			
CEP		73.805-201				CEP		74.255-140			
Endereço		AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA				Endereço		RUA C-159 - JARDIM AMERICA			
Cidade		FORMOSA				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		AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067				Tipo de Frete		CIF			
Endereço de entrega		AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067				Faturamento Mínimo		1.200,00			
						Validade da Proposta		03/04/2024			
Observações do Comprador											
FORMOSA / GO .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. .AQUISIÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO. .FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0008-03 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE ORMOSA/GO. .COTAR SOMENTE FRETE CIF; .FAVOR ATENTAR AO DESCRITIVO DO PRODUTO, SEM ALTERAR QUANTIDADE NEM NOMES - SUJEITO A DEVOLUÇÃO; .ENCAMINHAR CÓPIA DA NOTA FISCAL + BOLETO + XML PARA OS E-MAILS: ALMOXARIFADO@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR .ENVIAR JUNTOS DO PRODUTO A ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL + BOLETO – SUJEIRO A DEVOLUÇÃO; .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE GESTÃO Nº 03/2022 /2022 – SES / GO. .COMPRAS A VISTA DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO. .ENDEREÇO PARA ENTREGA: POLICLÍNICA DA CIDADE DE FORMOSA/GO - ENDEREÇO: AV. OESTE, QUADRAS 4, 5 E 9, S/N, JARDIM OLIVEIRA, FORMOSA/GO. CEP: 73805-201.											
Observações do Fornecedor											
VENDEDORA: JULIANA RAMALHO RAMAL 5170 - EMAIL: LOCALIZADOR03@SUPERMEDICA.COM.BR 62 9669-4917 - SOMENTE WHATSAPP COT 702900											
Item	Código	Descrição			Referência	Marca	Qtde	UM	VI. Unit.	Desconto	VI. Total
MÉDICO / HOSPITALAR											
5	18208	HIOSCINA SOL INJ 20MG/ML 1ML			HIPOLABOR	HIPOLABOR	300,00	AMPOLA	1,0265	0,00	309,95
AMP 20MG											
9	45866	ONDANSETRONA SOL INJ 8MG/AMP 4ML (2MG/ML)			HIPOLABOR	HIPOLABOR	200,00	AMPOLA	2,1035	0,00	420,70
AMPOLA DE 4ML											
Total do pedido											728,65

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
455180	157829	57426 / 51504	02/04/2024	462,00	O.C. Emitida	MEDICAMENTOS			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Razão Social CIENTIFICA MEDICA HOSPITALAR LTDA			
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Nome Fantasia CIENTIFICA HOSPITALAR			
CPF/CNPJ	12.053.184/0008-03					CPF/CNPJ 07.847.837/0001-10			
CEP	73.805-201					CEP 74.911-360			
Endereço	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA					Endereço AV ANAPOLIS - VILA BRASILIA			
Cidade	FORMOSA					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			
Endereço de cobrança	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					Faturamento Mínimo 200,00			
Endereço de entrega	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					Validade da Proposta 06/04/2024			
Observações do Comprador									
FORMOSA / GO .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. .AQUISIÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO. .FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0008-03 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE ORMOSA/GO. .COTAR SOMENTE FRETE CIF; .FAVOR ATENTAR AO DESCRITIVO DO PRODUTO, SEM ALTERAR QUANTIDADE NEM NOMES - SUJEITO A DEVOLUÇÃO; ALMOXARIFADO@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR .ENVIAR JUNTOS DO PRODUTO A ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL + BOLETO – SUJEIRO A DEVOLUÇÃO; GESTÃO Nº 03/2022 /2022 – SES / GO. .COMPRAS A VISTA DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO. .ENDEREÇO PARA ENTREGA: POLICLÍNICA DA CIDADE DE FORMOSA/GO - ENDEREÇO: AV. OESTE, QUADRAS 4, 5 E 9, S/N, JARDIM OLIVEIRA, FORMOSA/GO. CEP: 73805-201. .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE									
Observações do Fornecedor									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
7	18565	MIDAZOLAM SOL INJ 5MG/ML 3ML - GEN HIPOLABOR	CX/50	UNIAO QUIMICA	100,00	AMPOLA	4,6200	0,00	462,00
AMP 15MG									
Total do pedido									462,00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta						
455179	157829	57426 / 51504	02/04/2024	2.986,70	O.C. Emitida	MEDICAMENTOS						
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor						
Razão Social		INSTITUTO CEM - FORMOSA				Razão Social		MAEVE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA				
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM - FORMOSA				Nome Fantasia		MAEVE HOSPITALAR				
CPF/CNPJ		12.053.184/0008-03				CPF/CNPJ		09.034.672/0001-92				
CEP		73.805-201				CEP		74.985-144				
Endereço		AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA				Endereço		RUA 13 - POLO EMPRESARIAL DE GOIÁS - ETAPA IV				
Cidade		FORMOSA				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				
						Tipo de Frete		CIF				
						Faturamento Mínimo		500,00				
						Validade da Proposta		02/04/2024				
Endereço de cobrança		AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067										
Endereço de entrega		AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067										
Observações do Comprador												
FORMOSA / GO .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. .AQUISIÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO. .FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0008-03 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE ORMOSA/GO. .COTAR SOMENTE FRETE CIF; .FAVOR ATENTAR AO DESCRITIVO DO PRODUTO, SEM ALTERAR QUANTIDADE NEM NOMES - SUJEITO A DEVOLUÇÃO; .ENCAMINHAR CÓPIA DA NOTA FISCAL + BOLETO + XML PARA OS E-MAILS: ALMOXARIFADO@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR .ENVIAR JUNTOS DO PRODUTO A ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL + BOLETO – SUJEIRO A DEVOLUÇÃO; .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE GESTÃO Nº 03/2022 /2022 – SES / GO. .COMPRAS A VISTA DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO. .ENDEREÇO PARA ENTREGA: POLICLÍNICA DA CIDADE DE FORMOSA/GO - ENDEREÇO: AV. OESTE, QUADRAS 4, 5 E 9, S/N, JARDIM OLIVEIRA, FORMOSA/GO. CEP.: 73805-201.												
Observações do Fornecedor												
Item	Código	Descrição				Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR												
3	7556	ACIDO ASCORBICO (VITAMINA C) SOL INJ 100MG/ML 5ML				SANTISA	SANTISA	100,00	AMPOLA	1,0950	0,00	109,50
AMP 500MG												
6	6458	LIDOCAINA 2% SOL INJ C/ VASOCONSTRITOR 20ML				CRISTALIA	CRISTALIA	20,00	FRASCO	10,6600	0,00	213,20
FR 20 ML												
10	48547	PROPOFOL SOL INJ 10MG/ML AMP 10ML - GUANGDONG JIABO PHARMA				UNIAO QUIMICA	UNIAO QUIMICA	200,00	FRASCO / AMPOLA	13,3200	0,00	2.664,00
FR/AMP 10 ML												
Total do pedido											2.986,70	



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COORDENADOR DE COMPRAS, em 03/04/2024 às 11:31, 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 04/04/2024 às 18:31, 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 373296 e o código verificador 51504.