

| Nro Pedido | Nro Gerencial | Nro Processo | Data | Valor | Situação | Descrição da proposta | | | |
|---|---|---------------------------------|------------|--------|--------------|------------------------------------|--|----------|---------------|
| 457373 | 158858 | 58623 / 53018 | 08/05/2024 | 678,04 | 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 | 8 | | | | | Prazo de Entrega | 4 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 | 500,00 | | |
| | | | | | | Validade da Proposta | 31/05/2024 | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| 15 | 39677 | PURISTERIL 3,5% 340 GALAO DE 5L | ALOX | ALOX | 4,00 | GALÃO | 169,5100 | 0,00 | 678,04 |
| GL C/ 5 L | | | | | | | | | |
| Total do pedido | | | | | | | | | 678,04 |

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticação deste documento pode ser conferida no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar/assinatura> informando o código 388125 e o código verificador 53018.

| Nro Pedido | Nro Gerencial | Nro Processo | Data | Valor | Situação | Descrição da proposta | | | |
|--|---|--|------------|------------|--------------|---|---|----------|-----------------|
| 457372 | 158858 | 58623 / 53018 | 08/05/2024 | 6.692,55 | 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 | 8 | | | | | 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 | 03/05/2024 | | |
| 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 | | | | | | | | | |
| <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>VENDEDORA: JULIANA RAMALHO RAMAL 5170 - EMAIL: LOCALIZADOR03@SUPERMEDICA.COM.BR 62 9669-4917 - SOMENTE WHATSAPP COT 714676</p> | | | | | | | | | |
| Item | Código | Descrição | Referência | Marca | Qtde | UM | Vl. Unit. | Desconto | Vl. Total |
| MÉDICO / HOSPITALAR | | | | | | | | | |
| 5 | 52283 | DESINFETANTE HOSPITALAR DE ALTO NIVEL ORTOFTALALDEIDO 0,55 | VIC PHARMA | VIC PHARMA | 20,00 | GALÃO | 250,3000 | 0,00 | 5.006,00 |
| GALÃO COM 5 LITROS | | | | | | | | | |
| 6 | 4995 | DOBUTAMINA SOL INJ 12,5MG/ML 20ML | HYPOFARMA | HYPOFARMA | 10,00 | AMPOLA | 5,1050 | 0,00 | 510,50 |
| AMPOLA 250MG | | | | | | | | | |
| 12 | 6458 | LIDOCAINA 2% SOL INJ C/ VASOCONSTRICTOR 20ML | CRISTALIA | CRISTALIA | 50,00 | FRASCO | 11,5440 | 0,00 | 577,20 |
| FR 20 ML | | | | | | | | | |
| 17 | 45626 | VANCOMICINA PO PARA SOL INJ 1G | ABL | ABL | 50,00 | FRASCO | 21,1660 | 0,00 | 1.058,30 |
| FR/AMP 1000MG | | | | | | | | | |
| Total do pedido | | | | | | | | | 6.692,55 |

| Nro Pedido | Nro Gerencial | Nro Processo | Data | Valor | Situação | Descrição da proposta | | | |
|---|---|---|--------------|------------------|--------------|------------------------------------|--|----------|---------------|
| 457371 | 158858 | 58623 / 53018 | 08/05/2024 | 756,00 | O.C. Emitida | MEDICAMENTOS | | | |
| Condições de Negócio do Comprador | | | | | | Condições de Negócio do Fornecedor | | | |
| Razão Social | INSTITUTO CEM - GOIANESIA | | | | | Razão Social | ELLO DISTRIBUICAO LTDA - EPP | | |
| Nome Fantasia | INSTITUTO CEM - FILIAL GOIANÉSIA | | | | | Nome Fantasia | ELLO DISTRIBUICAO | | |
| CPF/CNPJ | 12.053.184/0003-07 | | | | | CPF/CNPJ | 14.115.388/0001-80 | | |
| CEP | 76.383-637 | | | | | CEP | 74.780-562 | | |
| Endereço | AV. ULISSES GUIMARÃES, ESQUINA COM AV. CONTORNO, S/N, - ESPERANÇA | | | | | Endereço | AV: ANAPOLIS - VILA PEDROSO | | |
| Cidade | GOIANESIA | | | | | 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 | 8 | | | | | Prazo de Entrega | 2 DIA(s) | | |
| Cond. Pagamento Solicitado | A PRAZO | | | | | Cond. Pagamento | 30 Dias | | |
| Forma de Pagamento | BOLETO BANCÁRIO | | | | | Nome do Vendedor | LIGIA LAIS | | |
| 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 | 03/05/2024 | | |
| 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 | VI. Unit. | Desconto | VI. Total |
| MÉDICO / HOSPITALAR | | | | | | | | | |
| 3 | 5433 | CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 100ML - BOLSA | C/70- FRASCO | EQUIPLEX- FRASCO | 210,00 | SISTEMA FECHADO | 3,6000 | 0,00 | 756,00 |
| SISTEMA FECHADO 100ML | | | | | | | | | |
| Total do pedido | | | | | | | | | 756,00 |

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticação deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar/assinatura/53018



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COORDENADOR DE COMPRAS, em 08/05/2024 às 17:40, 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 08/05/2024 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 388125 e o código verificador 53018.