158775	Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
Razão Social INSTITUTO CEM - POSSE Razão Social SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIREL Nome Fantasia INSTITUTO CEM - POLICLÍNICA DE POSSE Razão Social SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIREL CPF/CNPJ 12.053.184/0002-18 CUPE COP/CNPJ SUPERMEDICA HOSPITALAR CEP 73.900-000 COP/CNPJ O6.065.614/0001-38 Endereço AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHEK DE OLIVEIRA - SETOR BUENOS AIRES CEP 74.255-140 Cidade POSSE CIdade GOIANIA UF GO Insc. Estadual IO0609750 Insc. Estadual ISENTO Insc. Estadual IO0609750 Contato Einsc. Estadual IO0609750 Contato Telefone (62) 9973-7067 Telefone (62) 3928-8989 Email vendas 12@ supermedica.com.br Prazo de Entrega Solicitado A PRAZO Prazo de Entrega 2 DIA(s) Cond. Pagamento 30 Dias Osicitado BOLETO BANCÁRIO Validade da Proposta Validade da Proposta Validade da Proposta Endereço de cobrança <td>457400</td> <td>158775</td> <td></td> <td>09/05/2024</td> <td>389,72</td> <td>O.C. Emitida</td> <td colspan="6">MEDICAMENTOS PARA HEMODIÁLISE</td>	457400	158775		09/05/2024	389,72	O.C. Emitida	MEDICAMENTOS PARA HEMODIÁLISE					
Nome Fantasia INSTITUTO CEM - POLICLÍNICA DE POSSE	Condições de	Negócio do Com	prador				Condições de Negócio do Fornecedor					
CPF/CNPJ 12.053.184/0002-18 Nome Fantasia SUPERMEDICA HOSPITALAR CEP 73.900-000 CPF/CNPJ 06.065.614/0001-38 Endereço AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHEK DE OLIVEIRA - SETOR BUENOS AIRES CEP 74.255-140 Cidade POSSE CIdade GO IANIA UF GO UF GO Insc. Estadual 1SENTO 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 8 COnd. Pagamento 30 Dias Solicitado Nome do Vendedor JULIANA RAMALHO Porma de Pagamento BOLETO BANCÁRIO Tipo de Frete CIF Faturamento Mínimo 1.200,00 Validade da Proposta 30/05/2024 **CEP RUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380 **Endereço de cobrança AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHECK DE OLIVEIRA 73.900-000 CENTA SUBINITA (62) 3181-0380 CENTA SUBINITA (62) 3181-0380 </th <th colspan="4"></th> <th>DOGGE</th> <th>Razão Social</th> <th></th>					DOGGE	Razão Social						
CPF/CNPJ 12.053.184/0002-18 CPF/CNPJ 06.065.614/0001-38 CEP 73.900-000 CPF/CNPJ 06.065.614/0001-38 Endereço AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHEK DE OLIVEIRA - SETOR BUENOS AIRES CEP 74.255-140 Cidade POSSE Cidade GOIANIA UF GO Insc. Estadual 106039750 Contato Enivaldo Campos Rodrigues Contato TELEVENDAS Telefone (62) 9 9973-7067 Telefone (62) 3928-8989 Email vendas 12@ supermedica.com.br Prazo de Entrega 8 Prazo de Entrega 2 DIA(s) Cond. A PRAZO Nome do Vendedor JULIANA RAMALHO Pagamento SOIIcitado BOLETO BANCÁRIO Tipo de Frete CIF Forma de cobrança AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHECK DE OLIVEIRA 73.900-000 Validade da Proposta 3/05/2024 Endereço de cobrança AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHECK DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380 Ledero de Color (62) 3181-0380 Ledero de Color (62) 3181-0380				CLINICA DE	POSSE		Nome Fantasia	SUPERMEDICA HOSPITALAR				
Endereço Endere Endereço Endere Endereço Endere End	•						CPF/CNPI	06 065 614/0001-38				
AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHEK DE OLIVEIRA - SETOR BUENOS AIRES Bueroco AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380	CEP	73.900-000	0				_					
UF GO Insc. Estadual ISENTO Contato Enivaldo Campos Rodrigues Telefone (62) 9 973-7067 Email comprasmatriz@institutocem.org.br Prazo de Entrega Solicitado Cond. A PRAZO Pagamento Solicitado Forma de Pagamento Solicitado Endereço de cobrança A VENIDA JUSCELINO BUBITSCHECK DE OLIVEIRA 73.900-000 entrega Endereço de entrega A VENIDA JUSCELINO BUBITSCHECK DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380 UF GO Insc. Estadual 106039750 Insc. Estadual 106039750 Insc. Estadual 106039750 TELEVENDAS TOO.004 Too.004 Pagamento 2014(s) Too.004 Tipo de Frete CIF Faturamento Mínimo 1.200,00 Validade da Proposta 03/05/2024 Endereço de cobrança SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380	Endereço			KUBITSCHE	K DE OLIVEIR	A - SETOR						
Insc. Estadual ISENTO Insc. Estadual 106039750 Insc. Estadual	Cidade	POSSE					Cidade	GOIANIA				
ContatoEnivaldo Campos RodriguesContatoTELEVENDASTelefone(62) 9 9973-7067Telefone(62) 3928-8989Emailcomprasmatriz@institutocem.org.brEmailvendas12@supermedica.com.brPrazo de Entrega Solicitado8Prazo de Entrega2 DIA(s)Cond.A PRAZORode do VendedorJULIANA RAMALHOPagamentoNome do VendedorJULIANA RAMALHOForma de PagamentoBOLETO BANCÁRIOTipo de FreteCIFFaturamento Mínimo1.200,00Validade da Proposta03/05/2024	UF	GO					UF	GO				
Telefone (62) 9 9973-7067 Email comprasmatriz@institutocem.org.br Prazo de 8 Entrega Solicitado Cond. A PRAZO Pagamento Solicitado Forma de Pagamento Endereço de cobrança SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380 Endereço de entrega (62) 3928-8989 Email vendas12@supermedica.com.br Prazo de Entrega 2 DIA(s) Cond. Pagamento 30 Dias Nome do Vendedor JULIANA RAMALHO Tipo de Frete CIF Faturamento Mínimo 1.200,00 Validade da Proposta 03/05/2024	Insc. Estadua	al ISENTO					Insc. Estadual	106039750				
Email comprasmatriz@institutocem.org.br Prazo de Entrega Solicitado Cond. A PRAZO Pagamento Solicitado Forma de Pagamento Endereço de cobrança Endereço de entrega AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHECK DE OLIVEIRA 73.900-000 Endereço de entrega AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHECK DE OLIVEIRA 73.900-000 Endereço de entrega SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380 Email vendas12@supermedica.com.br Prazo de Entrega 2 DIA(s) Cond. Pagamento 30 Dias Nome do Vendedor Tipo de Frete Faturamento Mínimo 1.200,00 Validade da Proposta 03/05/2024	Contato	Contato Enivaldo Ca		Campos Rodrigues				TELEVENDAS				
Prazo de Entrega Solicitado Cond. A PRAZO Pagamento Solicitado Forma de Pagamento Cond. BOLETO BANCÁRIO Pagamento Serior BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380 Prazo de Entrega 2 DIA(s) Cond. Pagamento 30 Dias Nome do Vendedor JULIANA RAMALHO Tipo de Frete CIF Faturamento Mínimo 1.200,00 Validade da Proposta 03/05/2024 AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHECK DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380 Prazo de Entrega 2 DIA(s) Nome do Vendedor JULIANA RAMALHO Tipo de Frete CIF Faturamento Mínimo 1.200,00 Validade da Proposta 03/05/2024	Telefone	(62) 9 997	3-7067				Telefone	(62) 3928-8989				
Entrega Solicitado Cond. A PRAZO Pagamento Solicitado Forma de Pagamento Endereço de cobrança Endereço de entrega AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHECK DE OLIVEIRA 73.900-000 Entrega SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380 Endereço de entrega AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHECK DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380 Cond. Pagamento Nome do Vendedor JULIANA RAMALHO Tipo de Frete CIF Faturamento Mínimo 1.200,00 Validade da Proposta 03/05/2024	Email	comprasma	atriz@institutoc	em.org.br			Email	vendas12@supermedica.com.br				
Solicitado Cond. A PRAZO Pagamento Solicitado Forma de Pagamento Endereço de cobrança Endereço de entrega AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHECK DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380 Cond. Pagamento Nome do Vendedor JULIANA RAMALHO Tipo de Frete Faturamento Mínimo 1.200,00 Validade da Proposta 03/05/2024		8					Prazo de Entrega	2 DIA(s)				
Cond. Pagamento Solicitado Forma de Pagamento Endereço de cobrança SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380 Forma de Pagamento AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHECK DE OLIVEIRA 73.900-000 Endereço de entrega AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHECK DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380 Endereço de entrega AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHECK DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380							Cond. Pagamento	30 Dias				
Pagamento Solicitado Forma de Pagamento Endereço de cobrança Endereço de entrega AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHECK DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380 Tipo de Frete Faturamento Mínimo 1.200,00 Validade da Proposta 03/05/2024 CIF Faturamento Mínimo 1.200,00 Validade da Proposta 03/05/2024		A PRAZO					Nome do Vendedor	JULIANA RAMALHO				
Forma de Pagamento BOLETO BANCÁRIO Validade da Proposta Validade da Proposta O3/05/2024 Endereço de cobrança Endereço de entrega AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHECK DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380 Endereço de entrega SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380	Pagamento						Tipo de Frete	CIF				
Pagamento Endereço de cobrança Endereço de entrega AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHECK DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380 AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHECK DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380							Faturamento Mínimo	1.200,00				
cobrança SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380 Endereço de entrega SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380 AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHECK DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380		BOLETO	BANCARIO				Validade da Proposta	03/05/2024				
entrega SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380	•					RA 73.900-000						
Observações do Comprador	•					RA 73.900-000		83473				
	Observações d	lo Comprador										

Observações do Fornecedor

						-	Sad					
POSSE / GO.							erific					
.FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ.												
FRETE COTAR SOMENTE CIF.												
	FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE POSSE/ GO. COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ITENS - SUJEITO A											
DEVOLUÇÃO;	. COTAR SOM						site: e o					
CIF.		2.1.2.1.										
. NÃO DESCONTAR NOSSOS TÍTULOS EM FACTORING. NÃO PAGAMOS JUROS;			-~				ida no 38852					
LENVIAR JUNTO A MERCADORIA COPIA DA ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCA	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 E CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSS	JA NE+BULETU+ SE ORG.BR	AML+UKDEM DE	ANO.	TAR NO RO	MLS: DAPÉ DA NO	OTA FISCA	T: conferida ódigo 388					
CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - SES / GO.				17111110	DIN E E.	01111100						
.COMPRAS A VISTA DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO A	APÓS A ENTREGA	A DO EQUIPAMEN	NTO.				ser o c					
							<u>о</u> <u>О</u>					
Observações do Fornecedor							ooc					
							orn					
VENDEDORA: JULIANA RAMALHO RAMAL 5170 - EMAIL: LOCALIZADOR03@SUPERMEDICA.COM.BR							documento inexo inforr					
RAMAL 5170 - EMAIL: LOCALIZADORO3@SUPERMEDICA.COM.BR 62 9669-4917 - SOMENTE WHATSAPP												
COT 714612												
							a-s, te					
Item Código Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total					
MÉDICO / HOSPITALAR							de					
2 27968 MORFINA SOL INJ 10MG/ML 1ML - GEN HIPOLABOR	HIPOLABOR	HIPOLABOR	200,00	AMPOLA	1,9486	0,00						
AMP 10MG							nti					
					Tot	al do pedido	38 7 2					

Este documento foi assinado digitalmente. A 部館 https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
457399	158775	58769 / 53173	09/05/2024	9.178,00	O.C. Emitida	MEDICAMENTOS PARA HEMODIÁLISE					
Condições de	Negócio do Com	prador				Condições de Negócio do Fornecedor					
Razão Social INSTITUTO CEM - POSSE					Razão Social	ELLO DISTRIBUICAO LTDA - EPP					
Nome Fantas	ia INSTITUTO	O CEM - POLIC	CLÍNICA DE	POSSE		Nome Fantasia	ELLO DISTRIBUICAO				
CPF/CNPJ	12.053.184	1/0002-18				CPF/CNPJ	14.115.388/0001-80				
CEP	73.900-000)				СЕР	74.780-562				
Endereço		JUSCELINO I	KUBITSCHEI	K DE OLIVEIR	A - SETOR	Endereço	AV: ANAPOLIS - VILA PEDROSO				
	BUENOS A	AIRES				Cidade	GOIANIA				
Cidade	POSSE					UF	GO				
UF	GO					Insc. Estadual	10574978248				
Insc. Estadua						Contato	WILLIAM PERILLO - 98406-6004				
Contato		Campos Rodrigu	es			Telefone	(62) 4009-2100				
Telefone	(62) 9 9973					Email	comercial @ello distribuica o. com. br; compras @ello distribuica o. com.				
Email	•	atriz@institutoc	em.org.br				br;				
Prazo de Entrega	8					Prazo de Entrega	2 DIA(s)				
Solicitado						Cond. Pagamento	30 Dias				
Cond.	A PRAZO					Nome do Vendedor	LIGIA LAIS				
Pagamento Solicitado						Tipo de Frete	CIF				
Forma de	BOLETO I	BANCÁRIO				Faturamento Mínimo	600,00				
Pagamento						Validade da Proposta	03/05/2024				
Endereço de cobrança		JUSCELINO B JENOS AIRES			RA 73.900-000						
Endereço de entrega		JUSCELINO B JENOS AIRES			RA 73.900-000		53173.				

Observações do Comprador

POSSE / GO.

FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ.

. FRETE COTAR SOMENTE CIF.

FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE POSSE/ GO.

. COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ITENS - 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 E CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR

ANOTAR NO RODAPÉ DA

CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - SES / GO.

.ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL:

.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. Totago 🚊			
MÉDICO / HOSPITALAR												
1	1 5416 HEPARINA SODICA SOL INJ 5000UI/ML 5ML C/25 BLAU 600,00 FRASCO / AMPOLA 14,9000 0,00											
FR/AMP 5ML - FRASCO-AMPOLA												
3	10896	OMEPRAZOL SOL INJ 40MG	C/20	BLAU	40,00	AMPOLA	5,9500	0,00	23 00			
AMP 40MG												
Total do pedido												

Este documento foi assinado digitalmente. A al桑hitidigade beste decumento bode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/baildar-spinatana-aheyo informando o código 388521 e o código verificador



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COORDENADOR DE COMPRAS, em 09/05/2024 às 09:30, 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 09/05/2024 às 10:38, 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 388521 e o código verificador 53173.