

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
459275	158858	58623 / 53018	07/06/2024	1.229,10	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	VI. Unit.	Desconto	VI. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
1	518	ALCOOL LIQUIDO 70% 1000ML	VIC PHARMA	VIC PHARMA	120,00	LITRO	5,0042	0,00	600,504
ETILICO ; SOLUCAO A 70% ; APRESENTAR REGISTRO NO MINISTERIO DA SAUDE/ANVISA E LAUDO TECNICO									
8	34636	FLUMAZENIL SOL INJ 0,1MG/ML 5ML - GEN HIPOLABOR	TEUTO	TEUTO	70,00	AMPOLA	8,9800	0,00	628,600
AMPOLA DE 5ML									
Total do pedido									1.229,10

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

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> informando o código 396556 e o código verificador 53018.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
457370	158858	58623 / 53018	08/05/2024	3.762,72	O.C. Emitida	MEDICAMENTOS			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - GOIANESIA					Razão Social	CIENTIFICA MEDICA HOSPITALAR LTDA		
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FILIAL GOIANÉSIA					Nome Fantasia	CIENTIFICA HOSPITALAR		
CPF/CNPJ	12.053.184/0003-07					CPF/CNPJ	07.847.837/0001-10		
CEP	76.383-637					CEP	74.911-360		
Endereço	AV. ULISSES GUIMARÃES, ESQUINA COM AV. CONTORNO, S/N, - ESPERANÇA					Endereço	AV ANAPOLIS - VILA BRASILIA		
Cidade	GOIANESIA					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	gerenciadmh1@gmail.com		
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	CAROL CUNHA		
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	200,00		
						Validade da Proposta	04/05/2024		
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	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
4	14010	CLOREXIDINA SOLUCAO ALCOOLICA A 0,5% 1000 ML	CX/12	RIOQUIMICA	12,00	FRASCO	11,0600	0,00	132,7200
FR 1000ML									
7	72331	FITA TESTE OPAMAX 0,55% ORTOFTALALDEIDO 40 FITAS	CX/40	RIOQUIMICA	2,00	CAIXA	180,0000	0,00	360,0000
CAIXA C/ 40 UNIDADES - FITA INDICADORA PARA SOLUÇÕES DE ORTOFTALALDEIDO 0,55% - FRASCO COM 40 UNIDADE									
10	5416	HEPARINA SODICA SOL INJ 5000UI/ML 5ML	CX/25	BLAU	200,00	FRASCO / AMPOLA	15,3000	0,00	3.060,0000
FR/AMP 5 ML - FRASCO AMPOLA									
11	72007	KIT INATIVADOR P/ SOLUÇÃO DE ORTOFTALALDEIDO 0,55%	UND	RIOQUIMICA	15,00	UNIDADE	14,0000	0,00	210,0000
Total do pedido									3.762,72

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
457369	158858	58623 / 53018	08/05/2024	810,64	O.C. Emitida	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	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	8					Prazo de Entrega	2 DIA(s)		
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias		
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	LUANA SILVA		
						Tipo de Frete	CIF		
						Faturamento Mínimo	800,00		
						Validade da Proposta	13/05/2024		
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									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
1	518	ALCOOL LIQUIDO 70% 1000ML	J FERES	J FERES	60,00	LITRO	5,0042	0,00	
ETILICO ; SOLUCAO A 70% ; APRESENTAR REGISTRO NO MINISTERIO DA SAUDE/ANVISA E LAUDO TECNICO									
2	5618	BICARBONATO DE SODIO SOL INJ 8,4% 10ML	SAMTEC	SAMTEC	200,00	AMPOLA	0,7254	0,00	
AMP 10ML									
8	34636	FLUMAZENIL SOL INJ 0,1MG/ML 5ML - GEN HIPOLABOR	UNIAO QUIMICA	UNIAO QUIMICA	55,00	AMPOLA	6,6420	0,00	
AMPOLA DE 5ML									
Total do pedido									810,64



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COORDENADOR DE COMPRAS, em 07/06/2024 às 17:07, 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 396556 e o código verificador 53018.