

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			
<b>Condições de Negócio do Comprador</b>						<b>Condições de Negócio do Fornecedor</b>			
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO CEM - GOIANESIA					<b>Razão Social</b>	SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI		
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO CEM - FILIAL GOIANÉSIA					<b>Nome Fantasia</b>	SUPERMEDICA HOSPITALAR		
<b>CPF/CNPJ</b>	12.053.184/0003-07					<b>CPF/CNPJ</b>	06.065.614/0001-38		
<b>CEP</b>	76.383-637					<b>CEP</b>	74.255-140		
<b>Endereço</b>	AV. ULISSES GUIMARÃES, ESQUINA COM AV. CONTORNO, S/N, - ESPERANÇA					<b>Endereço</b>	RUA C-159 - JARDIM AMERICA		
<b>Cidade</b>	GOIANESIA					<b>Cidade</b>	GOIANIA		
<b>UF</b>	GO					<b>UF</b>	GO		
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO					<b>Insc. Estadual</b>	106039750		
<b>Contato</b>	Enivaldo Campos Rodrigues					<b>Contato</b>	TELEVENDAS		
<b>Telefone</b>	(62) 9 9973-7067					<b>Telefone</b>	(62) 3928-8989		
<b>Email</b>	comprasmatriz@institutocem.org.br					<b>Email</b>	vendas12@supermedica.com.br		
<b>Prazo de Entrega Solicitado</b>	8					<b>Prazo de Entrega</b>	2 DIA(s)		
<b>Cond. Pagamento Solicitado</b>	A PRAZO					<b>Cond. Pagamento</b>	30 Dias		
<b>Forma de Pagamento</b>	BOLETO BANCÁRIO					<b>Nome do Vendedor</b>	JULIANA RAMALHO		
						<b>Tipo de Frete</b>	CIF		
						<b>Faturamento Mínimo</b>	1.200,00		
						<b>Validade da Proposta</b>	03/05/2024		
<b>Endereço de cobrança</b>	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734								
<b>Endereço de entrega</b>	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734								
<b>Observações do Comprador</b>									
<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>									
<b>Observações do Fornecedor</b>									
<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
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>									
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									
<b>Total do pedido</b>									<b>1.229,10</b>

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			
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO CEM - GOIANESIA					<b>Razão Social</b>	INMED HOSPITALAR EIRELI ME		
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO CEM - FILIAL GOIANÉSIA					<b>Nome Fantasia</b>	INMED HOSPITALAR		
<b>CPF/CNPJ</b>	12.053.184/0003-07					<b>CPF/CNPJ</b>	34.551.834/0001-07		
<b>CEP</b>	76.383-637					<b>CEP</b>	75.345-000		
<b>Endereço</b>	AV. ULISSES GUIMARÃES, ESQUINA COM AV. CONTORNO, S/N, - ESPERANÇA					<b>Endereço</b>	AV DAS ACACIAS - RESIDENCIAL PAINEIRAS		
<b>Cidade</b>	GOIANESIA					<b>Cidade</b>	ABADIA DE GOIAS		
<b>UF</b>	GO					<b>UF</b>	GO		
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO					<b>Insc. Estadual</b>	10.770.766-7		
<b>Contato</b>	Enivaldo Campos Rodrigues					<b>Contato</b>	SILVA FERREIRA		
<b>Telefone</b>	(62) 9 9973-7067					<b>Telefone</b>	(62) 9 9551-6023		
<b>Email</b>	comprasmatriz@institutocem.org.br					<b>Email</b>	inmed.negocios@gmail.com		
<b>Prazo de Entrega Solicitado</b>	8					<b>Prazo de Entrega</b>	4 DIA(s)		
<b>Cond. Pagamento Solicitado</b>	A PRAZO					<b>Cond. Pagamento</b>	30 Dias		
<b>Forma de Pagamento</b>	BOLETO BANCÁRIO					<b>Nome do Vendedor</b>	ROZA (62) 99424-3973		
<b>Endereço de cobrança</b>	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734					<b>Tipo de Frete</b>	CIF		
<b>Endereço de entrega</b>	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734					<b>Faturamento Mínimo</b>	500,00		
						<b>Validade da Proposta</b>	31/05/2024		
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
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>									
15	39677	PURISTERIL 3,5% 340 GALAO DE 5L	ALOX	ALOX	4,00	GALÃO	169,5100	0,00	678,04
GL C/ 5 L									
<b>Total do pedido</b>									<b>678,04</b>

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticação deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar/assinatura-3966556 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			
<b>Condições de Negócio do Comprador</b>						<b>Condições de Negócio do Fornecedor</b>			
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO CEM - GOIANESIA					<b>Razão Social</b>	SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI		
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO CEM - FILIAL GOIANÉSIA					<b>Nome Fantasia</b>	SUPERMEDICA HOSPITALAR		
<b>CPF/CNPJ</b>	12.053.184/0003-07					<b>CPF/CNPJ</b>	06.065.614/0001-38		
<b>CEP</b>	76.383-637					<b>CEP</b>	74.255-140		
<b>Endereço</b>	AV. ULISSES GUIMARÃES, ESQUINA COM AV. CONTORNO, S/N, - ESPERANÇA					<b>Endereço</b>	RUA C-159 - JARDIM AMERICA		
<b>Cidade</b>	GOIANESIA					<b>Cidade</b>	GOIANIA		
<b>UF</b>	GO					<b>UF</b>	GO		
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO					<b>Insc. Estadual</b>	106039750		
<b>Contato</b>	Enivaldo Campos Rodrigues					<b>Contato</b>	TELEVENDAS		
<b>Telefone</b>	(62) 9 9973-7067					<b>Telefone</b>	(62) 3928-8989		
<b>Email</b>	comprasmatriz@institutocem.org.br					<b>Email</b>	vendas12@supermedica.com.br		
<b>Prazo de Entrega Solicitado</b>	8					<b>Prazo de Entrega</b>	2 DIA(s)		
<b>Cond. Pagamento Solicitado</b>	A PRAZO					<b>Cond. Pagamento</b>	30 Dias		
<b>Forma de Pagamento</b>	BOLETO BANCÁRIO					<b>Nome do Vendedor</b>	JULIANA RAMALHO		
						<b>Tipo de Frete</b>	CIF		
						<b>Faturamento Mínimo</b>	1.200,00		
						<b>Validade da Proposta</b>	03/05/2024		
<b>Endereço de cobrança</b>	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734								
<b>Endereço de entrega</b>	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734								
<b>Observações do Comprador</b>									
<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>									
<b>Observações do Fornecedor</b>									
<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
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>									
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									
<b>Total do pedido</b>									<b>6.692,55</b>

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			
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO CEM - GOIANESIA					<b>Razão Social</b>	ELLO DISTRIBUICAO LTDA - EPP		
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO CEM - FILIAL GOIANÉSIA					<b>Nome Fantasia</b>	ELLO DISTRIBUICAO		
<b>CPF/CNPJ</b>	12.053.184/0003-07					<b>CPF/CNPJ</b>	14.115.388/0001-80		
<b>CEP</b>	76.383-637					<b>CEP</b>	74.780-562		
<b>Endereço</b>	AV. ULISSES GUIMARÃES, ESQUINA COM AV. CONTORNO, S/N, - ESPERANÇA					<b>Endereço</b>	AV: ANAPOLIS - VILA PEDROSO		
<b>Cidade</b>	GOIANESIA					<b>Cidade</b>	GOIANIA		
<b>UF</b>	GO					<b>UF</b>	GO		
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO					<b>Insc. Estadual</b>	10574978248		
<b>Contato</b>	Enivaldo Campos Rodrigues					<b>Contato</b>	WILLIAM PERILLO - 98406-6004		
<b>Telefone</b>	(62) 9 9973-7067					<b>Telefone</b>	(62) 4009-2100		
<b>Email</b>	comprasmatriz@institutocem.org.br					<b>Email</b>	comercial@ellodistribuicao.com.br;compras@ellodistribuicao.com.br;		
<b>Prazo de Entrega Solicitado</b>	8					<b>Prazo de Entrega</b>	2 DIA(s)		
<b>Cond. Pagamento Solicitado</b>	A PRAZO					<b>Cond. Pagamento</b>	30 Dias		
<b>Forma de Pagamento</b>	BOLETO BANCÁRIO					<b>Nome do Vendedor</b>	LIGIA LAIS		
<b>Endereço de cobrança</b>	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734					<b>Tipo de Frete</b>	CIF		
<b>Endereço de entrega</b>	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734					<b>Faturamento Mínimo</b>	500,00		
						<b>Validade da Proposta</b>	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
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>									
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									
<b>Total do pedido</b>									<b>756,00</b>

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			
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO CEM - GOIANESIA					<b>Razão Social</b>	CIENTIFICA MEDICA HOSPITALAR LTDA		
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO CEM - FILIAL GOIANÉSIA					<b>Nome Fantasia</b>	CIENTIFICA HOSPITALAR		
<b>CPF/CNPJ</b>	12.053.184/0003-07					<b>CPF/CNPJ</b>	07.847.837/0001-10		
<b>CEP</b>	76.383-637					<b>CEP</b>	74.911-360		
<b>Endereço</b>	AV. ULISSES GUIMARÃES, ESQUINA COM AV. CONTORNO, S/N, - ESPERANÇA					<b>Endereço</b>	AV ANAPOLIS - VILA BRASILIA		
<b>Cidade</b>	GOIANESIA					<b>Cidade</b>	APARECIDA DE GOIANIA		
<b>UF</b>	GO					<b>UF</b>	GO		
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO					<b>Insc. Estadual</b>	10.399.060-7		
<b>Contato</b>	Enivaldo Campos Rodrigues					<b>Contato</b>	LUANA		
<b>Telefone</b>	(62) 9 9973-7067					<b>Telefone</b>	(62) 3088-9700		
<b>Email</b>	comprasmatriz@institutocem.org.br					<b>Email</b>	gerenciadmh1@gmail.com		
<b>Prazo de Entrega Solicitado</b>	8					<b>Prazo de Entrega</b>	2 DIA(s)		
<b>Cond. Pagamento Solicitado</b>	A PRAZO					<b>Cond. Pagamento</b>	30 Dias		
<b>Forma de Pagamento</b>	BOLETO BANCÁRIO					<b>Nome do Vendedor</b>	CAROL CUNHA		
<b>Endereço de cobrança</b>	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734					<b>Tipo de Frete</b>	CIF		
<b>Endereço de entrega</b>	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734					<b>Faturamento Mínimo</b>	200,00		
						<b>Validade da Proposta</b>	04/05/2024		
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
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>									
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
<b>Total do pedido</b>									<b>3.762,72</b>

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			
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO CEM - GOIANESIA					<b>Razão Social</b>	MAEVE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA		
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO CEM - FILIAL GOIANÉSIA					<b>Nome Fantasia</b>	MAEVE HOSPITALAR		
<b>CPF/CNPJ</b>	12.053.184/0003-07					<b>CPF/CNPJ</b>	09.034.672/0001-92		
<b>CEP</b>	76.383-637					<b>CEP</b>	74.985-144		
<b>Endereço</b>	AV. ULISSES GUIMARÃES, ESQUINA COM AV. CONTORNO, S/N, - ESPERANÇA					<b>Endereço</b>	RUA 13 - POLO EMPRESARIAL DE GOIÁS - ETAPA IV		
<b>Cidade</b>	GOIANESIA					<b>Cidade</b>	APARECIDA DE GOIANIA		
<b>UF</b>	GO					<b>UF</b>	GO		
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO					<b>Insc. Estadual</b>	10.416.812-9		
<b>Contato</b>	Enivaldo Campos Rodrigues					<b>Contato</b>	62 35651038		
<b>Telefone</b>	(62) 9 9973-7067					<b>Telefone</b>	(62) 3565-1033		
<b>Email</b>	comprasmatriz@institutocem.org.br					<b>Email</b>	.		
<b>Prazo de Entrega Solicitado</b>	8					<b>Prazo de Entrega</b>	2 DIA(s)		
<b>Cond. Pagamento Solicitado</b>	A PRAZO					<b>Cond. Pagamento</b>	30 Dias		
<b>Forma de Pagamento</b>	BOLETO BANCÁRIO					<b>Nome do Vendedor</b>	LUANA SILVA		
						<b>Tipo de Frete</b>	CIF		
						<b>Faturamento Mínimo</b>	800,00		
						<b>Validade da Proposta</b>	13/05/2024		
<b>Endereço de cobrança</b>	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734								
<b>Endereço de entrega</b>	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
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>									
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									
<b>Total do pedido</b>									<b>810,64</b>



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.