

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
426296	142030	33683-27130	28/02/2023	1.544,00	O.C. Emitida	SOLICITACAO MEDICAMENTOS PARA O SETOR DE HEMODIÁLISE;					
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor					
Razão Social		INSTITUTO CEM - POSSE				Razão Social		VFB BRASIL			
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM				Nome Fantasia		VFB BRASIL			
CNPJ		12.053.184/0002-18				CNPJ		30.949.099/0001-33			
CEP		73.900-000				CEP		72.872-057			
Endereço		AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHK DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES				Endereço		RUA R-14 SN QUADRA 17 LOTE 15 - JARDIM IPANEMA			
Cidade		POSSE				Cidade		VALPARAISO DE GOIAS			
UF		GO				UF		GO			
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		10.735.948-0			
Contato		NAOR BORGES				Contato		THIAGO MENDES			
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone		(61) 3712-9284			
Email		naor@institutocem.org.br				Email		privado1@vfbbrasil.com			
Prazo de Entrega Solicitado		4				Prazo de Entrega		4 DIA(s)			
Cond. Pagamento Solicitado		A PRAZO				Cond. Pagamento		30 Dias			
Forma de Pagamento		BOLETO BANCÁRIO				Nome do Vendedor		YURI WAGNER / PRIVADO1@VFBBRASIL.COM / 61995051956			
						Tipo de Frete		CIF			
						Faturamento Mínimo		1.000,00			
Endereço de cobrança		AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903				Validade da Proposta		06/02/2023			
Endereço de entrega		AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903									
Observações do Comprador											
POSSE / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE - 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; CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - SES / GO. COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA/ EQUIPAMENTO.											
Observações do Fornecedor											
todos os pedidos passarão por analise de credito e frete											
Item	Código	Descrição	Referência			Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR											
11		CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 100ML	SORO FISIOLÓGICO 0,9% BOLSA 100ML SIST. FECHADO BEKER			BEKER	300,00	FRASCO	4,9000	0,00	1.470,00
SISTEMA FECHADO 100ML											
15	2700	DIPIRONA SOL ORAL 500MG/ML 10ML	DIPIRONA 500MG/ML FR 10ML SOL GTS (ABERALGINA)			AIRELA	50,00	FRASCO	1,4800	0,00	740,00
Total do pedido											1.544,00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta						
426295	142030	33683-27130	28/02/2023	2.441,40	O.C. Emitida	SOLICITACAO MEDICAMENTOS PARA O SETOR DE HEMODIÁLISE;						
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor						
Razão Social		INSTITUTO CEM - POSSE				Razão Social		SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI				
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM				Nome Fantasia		SUPERMEDICA HOSPITALAR				
CNPJ		12.053.184/0002-18				CNPJ		06.065.614/0001-38				
CEP		73.900-000				CEP		74.255-140				
Endereço		AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHKE DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES				Endereço		RUA C-159 - JARDIM AMERICA				
Cidade		POSSE				Cidade		GOIANIA				
UF		GO				UF		GO				
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		106039750				
Contato		NAOR BORGES				Contato		TELEVENDAS				
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone		(62) 3928-8989				
Email		naor@institutocem.org.br				Email		vendas12@supermedica.com.br				
Prazo de Entrega Solicitado		4				Prazo de Entrega		3 DIA(s)				
Cond. Pagamento Solicitado		A PRAZO				Cond. Pagamento		30 Dias				
Forma de Pagamento		BOLETO BANCÁRIO				Nome do Vendedor		CARLA ARAUJO				
Tipo de Frete						Faturamento Mínimo		1.200,00				
Validade da Proposta						Validade da Proposta		31/01/2023				
Observações do Comprador												
POSSE / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE - 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; CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - SES / GO. COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA/ EQUIPAMENTO.												
Observações do Fornecedor												
Consultora: Carla Araújo WhatsApp: 62-99856-5154 Ramal: 5012 E-mail: vendas18@supermedica.com.br CONDIÇÃO DE PAGAMENTO MEDIANTE A CADASTRO E ANÁLISE DE CRÉDITO NRO PEDIDO 517642 NATHALIA VITORIA												
Item	Código	Descrição				Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR												
3		AGULHA DESC 25X0,7 ESTERIL				CX 100	DESCARPACK	500,00	UNIDADE	0,0822	0,00	41,10
5	5621	BROMOPRIDA SOL INJ 5MG/ML 2ML				CX 50	WASSER FARMA	50,00	AMPOLA	2,5694	0,00	128,47
12		CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 250ML - FRASCO - CONTRATO				CX 35	JP	200,00	FRASCO	7,5466	0,00	1.509,32
BOLSA 250ML												
14	5626	DIPIRONA SOL INJ 500MG/ML 2ML				CX 100	HYPOFARMA	50,00	AMPOLA	2,1804	0,00	1090,20
AMPOLA 1000MG												
19	5828	LIDOCAINA SOL INJ 2% S/ VASOCONSTRITOR 20ML				CX 25	HYPOFARMA	50,00	FRASCO	8,9655	0,00	448,28
24	6484	TENOXICAM PO P/ SOL INJ 20MG				CX 50	CRISTALIA	20,00	AMPOLA	10,2608	0,00	2052,16
Total do pedido												2.445,48

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
426294	142030	33683-27130	28/02/2023	6.212,50	O.C. Emitida	SOLICITACAO MEDICAMENTOS PARA O SETOR DE HEMODIÁLISE;					
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor					
Razão Social		INSTITUTO CEM - POSSE				Razão Social		CIENTIFICA MEDICA HOSPITALAR LTDA			
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM				Nome Fantasia		CIENTIFICA HOSPITALAR			
CNPJ		12.053.184/0002-18				CNPJ		07.847.837/0001-10			
CEP		73.900-000				CEP		74.853-030			
Endereço		AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHK DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES				Endereço		AV B, QD. 25, LT.04. - JARDIM SANTO ANTONIO			
Cidade		POSSE				Cidade		GOIANIA			
UF		GO				UF		GO			
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		10.399.060-7			
Contato		NAOR BORGES				Contato		LUANA			
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone		(62) 3088-9700			
Email		naor@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		CAROLINA			
						Tipo de Frete		CIF			
						Faturamento Mínimo		200,00			
						Validade da Proposta		21/01/2023			
Endereço de cobrança		AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903									
Endereço de entrega		AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903									
Observações do Comprador											
POSSE / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE - 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; CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - SES / GO. COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA/ EQUIPAMENTO.											
Observações do Fornecedor											
Item	Código	Descrição			Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR											
10		CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 1000ML - FRASCO			CX/12	EQUIPLEX	500,00	BOLSA	12,0000	0,00	6.000,00
BOLSA1000ML											
18	5624	HIDROCORTISONA PO P/ SOL INJ 100MG			CX/50	BLAU	50,00	FRASCO	4,2500	0,00	212,50
Total do pedido											6.212,50

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
423217	142030	33683-27130	18/01/2023	147,00	O.C. Emitida	SOLICITACAO MEDICAMENTOS PARA O SETOR DE HEMODIÁLISE;					
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor					
Razão Social		INSTITUTO CEM - POSSE				Razão Social		DROGARIA VIDAL EIRELI ME			
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM				Nome Fantasia		DROGARIA AVENIDA			
CNPJ		12.053.184/0002-18				CNPJ		00.836.044/0001-56			
CEP		73.900-000				CEP		75.063-133			
Endereço		AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHK DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES				Endereço		RUA PARANAPUÃ - PARQUE IRACEMA			
Cidade		POSSE				Cidade		ANAPOLIS			
UF		GO				UF		GO			
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		106519492			
Contato		NAOR BORGES				Contato		TATIANE/991474455			
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone		(62) 9 9271-3252			
Email		naor@institutocem.org.br				Email		drogariavidal@outlook.com.br			
Prazo de Entrega Solicitado		4				Prazo de Entrega		1 DIA(s)			
Cond. Pagamento Solicitado		A PRAZO				Cond. Pagamento		30 Dias			
Forma de Pagamento		BOLETO BANCÁRIO				Nome do Vendedor		DOUGLAS			
						Tipo de Frete		CIF			
						Faturamento Mínimo		500,00			
						Validade da Proposta		31/01/2023			
Endereço de cobrança		AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903									
Endereço de entrega		AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903									
Observações do Comprador											
POSSE / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE - 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; CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - SES / GO. COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA/ EQUIPAMENTO.											
Observações do Fornecedor											
Item	Código	Descrição			Referência	Marca	Qtde	UM	Vi. Unit.	Desconto	Vi. Total
MÉDICO / HOSPITALAR											
21	5005	NIFEDIPINO COMP 20MG LIBERACAO LENTA			NIFEDIPRESS	MEDQUIMICA	420,00	COMPRIMIDO	0,3500	0,00	147,00
Total do pedido											147,00

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtuaidoc/public/validar-assinatura-anexo> informando o código 1932 e o código verificador 1261.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta						
423216	142030	33683-27130	18/01/2023	1.273,86	O.C. Emitida	SOLICITACAO MEDICAMENTOS PARA O SETOR DE HEMODIÁLISE;						
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor						
Razão Social		INSTITUTO CEM - POSSE				Razão Social		SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI				
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM				Nome Fantasia		SUPERMEDICA HOSPITALAR				
CNPJ		12.053.184/0002-18				CNPJ		06.065.614/0001-38				
CEP		73.900-000				CEP		74.255-140				
Endereço		AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHKE DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES				Endereço		RUA C-159 - JARDIM AMERICA				
Cidade		POSSE				Cidade		GOIANIA				
UF		GO				UF		GO				
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		106039750				
Contato		NAOR BORGES				Contato		TELEVENDAS				
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone		(62) 3928-8989				
Email		naor@institutocem.org.br				Email		vendas12@supermedica.com.br				
Prazo de Entrega Solicitado		4				Prazo de Entrega		3 DIA(s)				
Cond. Pagamento Solicitado		A PRAZO				Cond. Pagamento		30 Dias				
Forma de Pagamento		BOLETO BANCÁRIO				Nome do Vendedor		CARLA ARAUJO				
						Tipo de Frete		CIF				
						Faturamento Mínimo		1.200,00				
						Validade da Proposta		31/01/2023				
Endereço de cobrança		AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903										
Endereço de entrega		AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903										
Observações do Comprador												
POSSE / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE - 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; CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - SES / GO. COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA/ EQUIPAMENTO.												
Observações do Fornecedor												
Consultora: Carla Araújo WhatsApp: 62-99856-5154 Ramal: 5012 E-mail: vendas18@supermedica.com.br CONDIÇÃO DE PEGAMENTO MEDIANTE A CADASTRO E ANÁLISE DE CREDITO NRO PEDIDO 517642 NATHALIA VITORIA												
Item	Código	Descrição				Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR												
1	4944	ACIDO ACETILSALICILICO COMP 100MG				CX 500	IMEC	500,00	COMPRIMIDO	0,0602	0,00	368,00
4	4997	ATENOLOL COMP 50 MG				CX 30	EMS	120,00	COMPRIMIDO	0,0797	0,00	9,56
6		CAPTOPRIL 50MG				CX 30	EMS	120,00	UNIDADE	0,1200	0,00	14,40
7	4167	CAPTOPRIL COMP 25MG				CX 500	BRASTERAPICA	500,00	COMPRIMIDO	0,0373	0,00	18,60
8	6067	CEFTAZIMIDA PO P/ SOL INJ 1G				CX 50	BLAU	50,00	FRASCO / AMPOLA	14,1320	0,00	706,60
FR/AMP 1000MG												
9	6827	CLOPIDOGREL COMP 75MG				CX 30	ACCORD	330,00	COMPRIMIDO	0,4007	0,00	132,23
16		ESCOPOLAMINA + DIPIRONA SOL INJ (4MG/ML + 500MG/ML) 5ML				CX 50	HYPOFARMA	150,00	AMPOLA	2,4154	0,00	362,31
Total do pedido												1.273,86

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
423215	142030	33683-27130	18/01/2023	5.427,80	O.C. Emitida	SOLICITACAO MEDICAMENTOS PARA O SETOR DE HEMODIÁLISE;			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social		INSTITUTO CEM - POSSE				Razão Social		CIENTIFICA MEDICA HOSPITALAR LTDA	
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM				Nome Fantasia		CIENTIFICA HOSPITALAR	
CNPJ		12.053.184/0002-18				CNPJ		07.847.837/0001-10	
CEP		73.900-000				CEP		74.853-030	
Endereço		AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHKE DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES				Endereço		AV B, QD. 25, LT.04. - JARDIM SANTO ANTONIO	
Cidade		POSSE				Cidade		GOIANIA	
UF		GO				UF		GO	
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		10.399.060-7	
Contato		NAOR BORGES				Contato		LUANA	
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone		(62) 3088-9700	
Email		naor@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		CAROLINA	
						Tipo de Frete		CIF	
						Faturamento Mínimo		200,00	
						Validade da Proposta		21/01/2023	
Endereço de cobrança		AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903							
Endereço de entrega		AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903							
Observações do Comprador									
POSSE / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE - 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; CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - SES / GO. COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA/ EQUIPAMENTO.									
Observações do Fornecedor									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
2	40439	AGUA DESTILADA SOL. INJ. 10 ML	CX200	SAMTEC	400,00	AMPOLA	0,3800	0,00	154,00
13	5437	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 500ML - FRASCO	CX/24	EQUIPLEX	504,00	BOLSA	8,8000	0,00	4.435,20
(CONTRATO)									
17	16372	GLICOSE SOL INJ 50% 10ML	CX/200	SAMTEC	200,00	AMPOLA	0,6500	0,00	130,00
20	10084	LOSARTANA COMP 50MG	CX/30	NEOQUIMICA	60,00	COMPRIMIDO	0,0800	0,00	4,80
22	10896	OMEPRAZOL SOL INJ 40MG	CX/20	BLAU	60,00	AMPOLA	7,9000	0,00	474,00
AMPOLA 40MG									
23	4999	PROPRANOLOL COMP 40MG	CX/30	NEOQUIMICA	90,00	COMPRIMIDO	0,0700	0,00	6,30
25	6068	VANCOMICINA PO P/ SOL INJ 500MG	CX/25	ABL	50,00	FRASCO	4,5100	0,00	225,50
Total do pedido									5.427,80

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
423214	142030	33683-27130	18/01/2023	10.157,91	O.C. Emitida	SOLICITACAO MEDICAMENTOS PARA O SETOR DE HEMODIÁLISE;				
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor				
Razão Social		INSTITUTO CEM - POSSE				Razão Social		MAEVE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA		
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM				Nome Fantasia		MAEVE HOSPITALAR		
CNPJ		12.053.184/0002-18				CNPJ		09.034.672/0001-92		
CEP		73.900-000				CEP		74.640-030		
Endereço		AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHKE DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES				Endereço		RUA 13 - POLO EMPRESARIAL DE GOIÁS - ETAPA IV		
Cidade		POSSE				Cidade		APARECIDA DE GOIANIA		
UF		GO				UF		GO		
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		10.416.812-9		
Contato		NAOR BORGES				Contato		62 35651038		
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone		(62) 3565-1033		
Email		naor@institutocem.org.br				Email		analistacomercial@maevehospitalar.com.br		
Prazo de Entrega Solicitado		4				Prazo de Entrega		3 DIA(s)		
Cond. Pagamento Solicitado		A PRAZO				Cond. Pagamento		30 Dias		
Forma de Pagamento		BOLETO BANCÁRIO				Nome do Vendedor		MARINA NOGUEIRA		
						Tipo de Frete		CIF		
						Faturamento Mínimo		2.000,00		
						Validade da Proposta		16/01/2023		
Endereço de cobrança		AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903								
Endereço de entrega		AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903								
Observações do Comprador										
POSSE / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE - 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; CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - SES / GO. COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA/ EQUIPAMENTO.										
Observações do Fornecedor										
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total	
MÉDICO / HOSPITALAR										
3		AGULHA DESC 25X0,7 ESTERIL	0000	MEDIX	500,00	UNIDADE	0,0739	0,00	0,00	
5	5621	BROMOPRIDA SOL INJ 5MG/ML 2ML	0000	HIPOLABOR	100,00	AMPOLA	1,9900	0,00	0,00	
10		CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 1000ML - FRASCO	000	EQUIPLEX	504,00	BOLSA	11,9900	0,00	0,00	
BOLSA1000ML										
11		CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 100ML	000	EQUIPLEX	300,00	FRASCO	4,7900	0,00	0,00	
SISTEMA FECHADO 100ML										
12		CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 250ML - FRASCO - CONTRATO	000	EQUIPLEX	200,00	FRASCO	5,7900	0,00	0,00	
BOLSA 250ML										
14	5626	DIPIRONA SOL INJ 500MG/ML 2ML	000	SANTISA	100,00	AMPOLA	1,9000	0,00	0,00	
AMPOLA 1000MG										
15	2700	DIPIRONA SOL ORAL 500MG/ML 10ML	000	FARMACE	100,00	FRASCO	1,4000	0,00	0,00	
18	5624	HIDROCORTISONA PO P/ SOL INJ 100MG	000	UNIAO QUIMICA	50,00	FRASCO	3,8900	0,00	0,00	
19	5828	LIDOCAINA SOL INJ 2% S/ VASOCONSTRITOR 20ML	000	UNIAO QUIMICA	50,00	FRASCO	7,5000	0,00	0,00	
24	6484	TENOXICAM PO P/ SOL INJ 20MG	000	UNIAO QUIMICA	50,00	AMPOLA	7,6900	0,00	0,00	
Total do pedido										10.157,91

Este documento foi assinado digitalmente por: A autenticidade deste documento pode ser verificada no site: https://cem.vozdigital.com.br/verificador/1261. O código 1932 e o código verificador 1261.



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 21/05/2021 às 16:08, 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 24/05/2021 às 08:42, 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 7932 e o código verificador 1261.