Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da pro	posta
374591	121300	2106301302	02/07/2021	1.375,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO I	DE MATERIAIS AMBULATÓRIO
Condições de	Negócio do Com	prador				Condições de Neg	gócio do Fornecedor
Razão Social	INSTIT	UTO CEM				Razão Social	ELLO DISTRIBUICAO LTDA - EPP
Nome Fantas	sia INSTIT	UTO CEM				Nome Fantasia	ELLO DISTRIBUICAO
CNPJ	12.053.	184/0005-60				CNPJ	14.115.388/0001-80
CEP	75.860-	-000				CEP	74.780-562
Endereço	RUA F.	ABIO GARCIA	DA SILVEIR	A - SETOR C	ENTRAL	Endereço	AV: ANAPOLIS - VILA PEDROSO
Cidade	QUIRI	NOPOLIS				Cidade	GOIANIA
UF	GO					UF	GO
Insc. Estadua	al ISENTO	0				Insc. Estadual	10574978248
Contato	Enivald	lo Campos Rodi	rigues			Contato	WILLIAM PERILLO - 98406-6004
Telefone	(62) 333	33-3333 (62) 33	33-3333			Telefone	(62) 4009-2100
Email	compra	smatriz@institu	tocem.org.br			Email	comercial@ellodistribuicao.com.br;compras@ellodistribuicao.com.br;
Prazo de Ent	rega 4						daniela@ellodistribuicao.com.br;
Solicitado	4 DD 44	70				Prazo de Entrega	3 DIA(s)
Cond. Pagan Solicitado	nento A PRA	20				Cond.	30 Dias
Forma de	BOLET	TO BANCÁRIO)			Pagamento	
Pagamento						Nome do Vendedor	ANA LIVIA
Endereco de	RUA 3 I	POLICLÍNICA	75.860-000 RI	ESIDENCIAL	ATENAS	Tipo de Frete	CIF
cobrança		NOPOLIS/GO (Faturamento	600,00
Endereço de		POLICLÍNICA			ATENAS	Mínimo	00/07/2004
entrega	QUIRIN	NOPOLIS/GO (54) 9 8443-866	oO		Validade da Proposta	09/07/2021

Observações do Comprador

FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60

Observações do Fornecedor

Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉD	со/но	SPITALAR							ite:
2		EXTENSOR PARA CATETER DE OXIGENIO 200 CM	UNIDADE	UNITEC	5,00	UNIDADE	35,0000	0,00	
5 UNI	DADES					,			la n
5		TESTE DE UREASE	CAIXA COM 50 UNIDADES	LUCKMANN	4,00	CAIXA	300,0000	0,00	0
4 CAI	XAS CON	M 50 UNIDADES							onf
	,		_		,		Tota	l do pedido	1.375.00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da propos	sta
374590	121300	2106301302	02/07/2021	20.900,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE	MATERIAIS AMBULATÓRIO
Condições de	Negócio do Com	nprador				Condições de Negóc	io do Fornecedor
Razão Social	INSTIT	UTO CEM				Razão Social	MEDLINN HOSPITALAR EIRELI
Nome Fantas	sia INSTIT	UTO CEM				Nome Fantasia	MEDLINN HOSPITALAR
CNPJ	12.053.	.184/0005-60				CNPJ	10.492.871/0001-23
CEP	CEP 75.860-000					CEP	74.905-500
Endereço Cidade		ABIO GARCIA NOPOLIS	DA SILVEIF	RA - SETOR C	ENTRAL	Endereço	R JUSSARA ESQ/ C/ RUA OIAPOQUE QD.34A LT.01 SALA 5 - VILA BRASILIA
UF	GO	NOI OLIS				Cidade	APARECIDA DE GOIANIA
Insc. Estadua		0				UF	GO
Contato		lo Campos Rodi	iones			Insc. Estadual	104611790
Telefone		33-3333 (62) 33				Contato	ADEMILTON DANTAS/ RAFAEL
Email	` ,	ısmatriz@institu				Telefone	(62) 3945-4005
Prazo de Ent	*	isinau iz e insuto	iocciii.org.or			Email	medlinn@medlinn.com.br;comercial@medlinn.com.br
Solicitado	rega +					Prazo de Entrega	7 DIA(s)
Cond. Pagan	nento A PRA	ZO				Cond. Pagamento	30 Dias
Solicitado Forma de	BOLET	ΓΟ BANCÁRIC	•			Nome do Vendedor	ABIGAIL ANGELICA
Pagamento						Tipo de Frete	CIF
Endereço de cobrança		POLICLÍNICA NOPOLIS/GO (6			ATENAS	Faturamento Mínimo	500,00
Endereço de entrega	RUA 3	POLICLÍNICA NOPOLIS/GO (6	75.860-000 R	ESIDENCIAL	ATENAS	Validade da Proposta	21/08/2021

Observações do Comprador

Observações do Fornecedor

FA	TURAR N	NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60							2224.
Obs	servações (do Fornecedor							dor
									rifica
Iter	m Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	IIM	VI Unit	Desconto	VI Totab
-		IOSPITALAR	Referencia	Marca	Quic	CIVI	VI. CIII.	Descones	00
3	;	PINÇA COLONO DESCARTÁVEL PARA BIÓPSIA COM 2,3 MM DIÂMETRO X 2.300 MM DE COMPRIMENTO - SEM ESPÍCULA NA GARRA DISTAL EMPUNHADURA ERGONÔMICA	MEDGLOBE	MEDGLOBE	40,00	UNIDADE	190,0000	· ·	79
4		PINÇA ENDOSCÓPICA DESCARTÁVEL PARA BIÓPSIA COM 2,3 MM DIÂMETRO X 1,800 MM DE COMPRIMENTO - SEM ESPÍCULA NA GARRA	MEDGLOBE	MEDGLOBE	70,00	UNIDADE	190,0000	0,00	13.30 00
							Total	do pedido	20.90 (0 0 0

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o de

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
374589	121300	2106301302	02/07/2021	399,80	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MA	TERIAIS AMBULATÓRIO		
Condições de	Negócio do Con	nprador				Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTIT	TUTO CEM				Razão Social	NL PRODUTOS HOSPITALARES LTDA.		
Nome Fantas	sia INSTIT	TUTO CEM				Nome Fantasia	BSMIX		
CNPJ	12.053	.184/0005-60				CNPJ	10.750.894/0001-90		
CEP	75.860	-000				СЕР	74.820-285		
Endereço	RUA F	FABIO GARCIA	DA SILVEIF	RA - SETOR C	ENTRAL	Endereço	R 1015 - SETOR PEDRO LUDOVICO		
Cidade	QUIRI	NOPOLIS				Cidade	GOIANIA		
UF	GO					UF	GO		
Insc. Estadua	al ISENT	O'				Insc. Estadual	104488913		
Contato	Enival	do Campos Rodi	rigues			Contato	MARCOS		
Telefone	(62) 33	333-3333 (62) 33	333-3333			Telefone	(62) 3088-5468		
Email	compra	asmatriz@institu	tocem.org.br			Email	nlph@hotmail.com		
Prazo de Ent	rega 4					Prazo de Entrega	2 DIA(s)		
Solicitado		70				Cond. Pagamento	30 Dias		
Cond. Pagan Solicitado	nento A PRA	AZO				Nome do Vendedor	MARCOS		
Forma de	BOLE	TO BANCÁRIO)			Tipo de Frete	CIF		
Pagamento						Faturamento Mínimo	380,00		
						Validade da Proposta	06/07/2021		
Endereço de cobrança		POLICLÍNICA NOPOLIS/GO (ATENAS				
Endereço de entrega		POLICLÍNICA NOPOLIS/GO (ATENAS				

Observações do Comprador

Observações do Fornecedor

FATUR.	AR NO CNPJ.	:: 12.053.184/0005-60							2224.
Observa	ıções do Forne	ecedor							dor
									fica
									<u>.</u>
									Š
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
	Código O / HOSPITA	· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	Referência	Marca	Qtde	UM	VI. Unit.	Desconto	Š
		· · · · · · · · · · · · · · · · · · ·	Referência GL	Marca GROW		UM GALÃO	VI. Unit.		;; CÓ
MÉDICO 1		ALAR ÁCIDO PERACÉTICO 0,2% - 5L		'				1	Š

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser confer**ces** https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 1



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 02/07/2021 às 13:59, 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 04/07/2021 às 23:45, 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 14179 e o código verificador 2224.