

| Nro Pedido | Nro Gerencial | Nro Processo | Data | Valor | Situação | Descrição da proposta | | | |
|--|--|--|--------------------------|--------------------|--------------|---|--|----------|----------------|
| 436753 | 148342 | 39205 / 36328 | 11/07/2023 | 3.221,40 | O.C. Emitida | SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS PARA ENFERMAGEM | | | |
| Condições de Negócio do Comprador | | | | | | Condições de Negócio do Fornecedor | | | |
| Raão Social | INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS | | | | | Raão Social | HOSPMED COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA | | |
| Nome Fantasia | INSTITUTO CEM | | | | | Nome Fantasia | HOSPMED | | |
| CNPJ | 12.053.184/0005-60 | | | | | CNPJ | 37.821.276/0001-40 | | |
| CEP | 75.860-000 | | | | | CEP | 74.303-030 | | |
| Endereço | RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS | | | | | Endereço | AV C-0018 - SETOR SUDOESTE | | |
| Cidade | QUIRINOPOLIS | | | | | Cidade | GOIANIA | | |
| UF | GO | | | | | UF | GO | | |
| Insc.Estadual | ISENTO | | | | | Insc.Estadual | 108012930 | | |
| Contato | Email: comprad@instituto.cem.br | | | | | Contato | MARLENE | | |
| Telefone | (62) 9 9973-7067 | | | | | Telefone | (62) 9 8128-6045 | | |
| Email | comprad@instituto.cem.br | | | | | Email | marlene@hospmed.com.br | | |
| Prazo de Entrega Solicitado | 4 | | | | | Prazo de Entrega | 5 DIA(\$ | | |
| Cond.Pagamento Solicitado | A PRAZO | | | | | Cond.Pagamento | 30 Dias | | |
| Forma de Pagamento | BOLETO BANCÁRIO | | | | | Nome do Vendedor | MARLENE | | |
| Endereço de cobrança | RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966 | | | | | Tipo de Frete | CIF | | |
| Endereço de entrega | RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966 | | | | | Faturamento Mínimo | 1.000,00 | | |
| | | | | | | Validade da Proposta | 11/08/2023 | | |
| Observações do Comprador | | | | | | | | | |
| <p>QUIRINÓPOLIS / GO.</p> <p>.FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ.</p> <p>. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60. INSTITUTO CEM -POLICLINICA DE QUIRINÓPOLIS;</p> <p>. COTAR SOMENTE O SOLICITADO.</p> <p>. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ÍTENS - SUJEITO A DEVOLUÇÃO;</p> <p>.COTAR SOMENTE FRETE CIF;</p> <p>.NÃO DESCONTAR NOSSOS TÍTULOS EM FACTORING. NÃO PAGAMOS JUROS;</p> <p>.ENVIAR JUNTO A MERCADORIA CÓPIA DA ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL + BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS;</p> <p>.ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML NO E-MAIL: ALMOXARIFADO@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO N°01 /2021 - SES / GO.</p> <p>.COMPRAS A VISTA -SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA / EQUIPAMENTO.</p> | | | | | | | | | |
| Observações do Fornecedor | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Item | Código | Descrição | Referência | Marca | Qtde | UM | VI. Unit. | Desconto | VI. Total |
| MÉDICO / HOSPITALAR | | | | | | | | | |
| 2 | 62705 | BOCAL DESCARTÁVEL PARA ENDOSCOPIA 32 X 46 X 27 MM | MEDIEXPRESS MODELOADULTO | MEDIEXPRESS MODELO | 200,00 | UNIDADE | 9,7900 | 0,00 | 1.958,00 |
| FABRICADO EM POLIPROPILENO (PP) SUPERFÍCIE EXTERNA POLIDA, DIMENSÕES (UNIDADE) L:32 X C: 46 X A: 27 MM;DIMENSÕES DO ELÁSTICO L:19 X C:500 MM; PRODUTO ATÓXICO, PRODUTO DESCARTÁVEL APÓS UTILIZAÇÃO. | | | | | | | | | |
| 7 | 67233 | FITAS DE CONTROLE PARA SOLUÇÃO DE ORTOFTALDEIDO - COM 40 FITAS | RESIX | RESIX | 160,00 | UNIDADE | 3,9900 | 0,00 | 638,40 |
| 8 | 44224 | LENCOL DESCARTAVEL C/ ELASTICO | FLEXPPELL | FLEXPPELL | 500,00 | PACOTE | 1,2500 | 0,00 | 625,00 |
| LENCOL DESC. COM ELASTICO BRANCO FRAMATURA LEVE 2X0,9 PACOTE COM 10 | | | | | | | | | |
| Total do pedido | | | | | | | | | 3221,40 |

| Nro Pedido | Nro Gerencial | Nro Processo | Data | Valor | Situação | Descrição da proposta | | | |
|--|--|--|------------|------------|--------------|---|---|----------|---------------|
| 436752 | 148342 | 39205 / 36328 | 11/07/2023 | 1.120,00 | O.C. Emitida | SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS PARA ENFERMAGEM | | | |
| Condições de Negócio do Comprador | | | | | | Condições de Negócio do Fornecedor | | | |
| Raão Social | INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS | | | | | Raão Social | H C CAMARGO INDUSTRIA E COMERCIO DE CONFECCOES LTDA | | |
| Nome Fantasia | INSTITUTO CEM | | | | | Nome Fantasia | CONFECCOES CAMARGO | | |
| CNPJ | 12.053.184/0005-60 | | | | | CNPJ | 14.944.234/0001-00 | | |
| CEP | 75.860-000 | | | | | CEP | 76.330-000 | | |
| Endereço | RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS | | | | | Endereço | RUA C - SETOR AEROPORTO | | |
| Cidade | QUIRINOPOLIS | | | | | Cidade | JARAGUA | | |
| UF | GO | | | | | UF | GO | | |
| Insc.Estadual | ISENTO | | | | | Insc.Estadual | 105242209 | | |
| Contato | Email:Camargodig | | | | | Contato | HENRIQUE | | |
| Telefone | (62) 9 9973-7067 | | | | | Telefone | (62) 9 8406-8253 | | |
| Email | cmprati@institutom.g | | | | | Email | hmag@h@ailm | | |
| Prazo de Entrega Solicitado | 4 | | | | | Prazo de Entrega | 3 DIA (\$ | | |
| Cond.Pagamento Solicitado | A PRAZO | | | | | Cond.Pagamento | Em 20 Dias | | |
| Forma de Pagamento | BOLETO BANCÁRIO | | | | | Nome do Vendedor | ANA JULIA | | |
| Endereço de cobrança | RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966 | | | | | Tipo de Frete | CIF | | |
| Endereço de entrega | RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966 | | | | | Faturamento Mínimo | 1.000,00 | | |
| | | | | | | Validade da Proposta | 03/08/2023 | | |
| Observações do Comprador | | | | | | | | | |
| <p>QUIRINÓPOLIS / GO.</p> <p>.FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ.</p> <p>. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60. INSTITUTO CEM -POLICLINICA DE QUIRINÓPOLIS;</p> <p>. COTAR SOMENTE O SOLICITADO.</p> <p>. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ÍTENS - SUJEITO A DEVOLUÇÃO;</p> <p>.COTAR SOMENTE FRETE CIF;</p> <p>.NÃO DESCONTAR NOSSOS TÍTULOS EM FACTORING. NÃO PAGAMOS JUROS;</p> <p>.ENVIAR JUNTO A MERCADORIA CÓPIA DA ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL + BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS;</p> <p>.ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML NO E-MAIL: ALMOXARIFADO@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO N°01 /2021 - SES / GO.</p> <p>.COMPRAS A VISTA -SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA / EQUIPAMENTO.</p> | | | | | | | | | |
| Observações do Fornecedor | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Item | Código | Descrição | Referência | Marca | Qtde | UM | VL.Unit. | Desconto | VL.Total |
| MÓDICO / HOSPITALAR | | | | | | | | | |
| 1 | 45164 | AVENTAL DESCARTAVEL TNT MANGA LONGA GR40 | HC CAMARGO | HC CAMARGO | 80,00 | PACOTE | 14,0000 | 0,00 | 1.120,00 |
| Total do pedido | | | | | | | | | 112000 |

| Nro Pedido | Nro Gerencial | Nro Processo | Data | Valor | Situação | Descrição da proposta | | | |
|--|--|--|------------|----------|--------------|---|---|----------|---------------|
| 436751 | 148342 | 39205 / 36328 | 11/07/2023 | 1.204,55 | O.C. Emitida | SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS PARA ENFERMAGEM | | | |
| Condições de Negócio do Comprador | | | | | | Condições de Negócio do Fornecedor | | | |
| Raão Social | INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS | | | | | Raão Social | SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI | | |
| Nome Fantasia | INSTITUTO CEM | | | | | Nome Fantasia | SUPERMEDICA HOSPITALAR | | |
| CNPJ | 12.053.184/0005-60 | | | | | CNPJ | 06.065.614/0001-38 | | |
| CEP | 75.860-000 | | | | | CEP | 74.255-140 | | |
| Endereço | RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS | | | | | Endereço | RUA C-159 - JARDIM AMERICA | | |
| Cidade | QUIRINOPOLIS | | | | | Cidade | GOIANIA | | |
| UF | GO | | | | | UF | GO | | |
| Insc.Estadual | ISENTO | | | | | Insc.Estadual | 106039750 | | |
| Contato | Email: comprador@cem.go.gov.br | | | | | Contato | TELEVENDAS | | |
| Telefone | (62) 9 9973-7067 | | | | | Telefone | (62) 3928-8989 | | |
| Email | comprador@cem.go.gov.br | | | | | Email | vendas@supermedica.com.br | | |
| Prazo de Entrega Solicitado | 4 | | | | | Prazo de Entrega | 2 DIA (\$ | | |
| Cond.Pagamento Solicitado | A PRAZO | | | | | Cond.Pagamento | 30 Dias | | |
| Forma de Pagamento | BOLETO BANCÁRIO | | | | | Nome do Vendedor | JULIANA RAMALHO | | |
| Endereço de cobrança | RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966 | | | | | Tipo de Frete | CIF | | |
| Endereço de entrega | RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966 | | | | | Faturamento Mínimo | 1.200,00 | | |
| | | | | | | Validade da Proposta | 11/07/2023 | | |
| Observações do Comprador | | | | | | | | | |
| <p>QUIRINÓPOLIS / GO.</p> <p>.FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ.</p> <p>. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60. INSTITUTO CEM -POLICLINICA DE QUIRINÓPOLIS;</p> <p>. COTAR SOMENTE O SOLICITADO.</p> <p>. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ÍTENS - SUJEITO A DEVOLUÇÃO;</p> <p>.COTAR SOMENTE FRETE CIF;</p> <p>.NÃO DESCONTAR NOSSOS TÍTULOS EM FACTORING. NÃO PAGAMOS JUROS;</p> <p>.ENVIAR JUNTO A MERCADORIA CÓPIA DA ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL + BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS;</p> <p>.ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML NO E-MAIL: ALMOXARIFADO@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO N°01 /2021 - SES / GO.</p> <p>.COMPRAS A VISTA -SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA / EQUIPAMENTO.</p> | | | | | | | | | |
| Observações do Fornecedor | | | | | | | | | |
| <p>VENDEDORA: JULIANA RAMALHO</p> <p>RAMAL 5170 - EMAIL: LOCALIZADOR03@SUPERMEDICA.COM.BR</p> <p>62 9669-4917 - SOMENTE WHATSAPP</p> <p>COT 590751</p> | | | | | | | | | |
| Item | Código | Descrição | Referência | Marca | Qtde | UM | VI.Unit. | Desconto | VI.Total |
| MÉDICO / HOSPITALAR | | | | | | | | | |
| 4 | 37947 | ESPECULO VAGINAL DESCARTAVEL ESTERIL - TAMANHO G | CRAL | CRAL | 200,00 | UNIDADE | 1,6400 | 0,00 | 328,00 |
| 5 | 37948 | ESPECULO VAGINAL DESCARTAVEL ESTERIL - TAMANHO M | CRAL | CRAL | 200,00 | UNIDADE | 1,4900 | 0,00 | 298,00 |
| 6 | 37950 | ESPECULO VAGINAL DESCARTAVEL ESTERIL - TAMANHO P | CRAL | CRAL | 435,00 | UNIDADE | 1,3300 | 0,00 | 578,55 |
| Total do pedido | | | | | | | | | 120455 |

| Nro Pedido | Nro Gerencial | Nro Processo | Data | Valor | Situação | Descrição da proposta | | | |
|--|--|--|------------|------------|--------------|---|-----------------------------------|----------|---------------|
| 436750 | 148342 | 39205 / 36328 | 11/07/2023 | 3.000,00 | O.C. Emitida | SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS PARA ENFERMAGEM | | | |
| Condições de Negócio do Comprador | | | | | | Condições de Negócio do Fornecedor | | | |
| Raão Social | INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS | | | | | Raão Social | CIENTIFICA MEDICA HOSPITALAR LTDA | | |
| Nome Fantasia | INSTITUTO CEM | | | | | Nome Fantasia | CIENTIFICA HOSPITALAR | | |
| CNPJ | 12.053.184/0005-60 | | | | | CNPJ | 07.847.837/0001-10 | | |
| CEP | 75.860-000 | | | | | CEP | 74.911-360 | | |
| Endereço | RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS | | | | | Endereço | AV ANAPOLIS - VILA BRASILIA | | |
| Cidade | QUIRINOPOLIS | | | | | Cidade | APARECIDA DE GOIANIA | | |
| UF | GO | | | | | UF | GO | | |
| Insc.Estadual | ISENTO | | | | | Insc.Estadual | 10.399.060-7 | | |
| Contato | E-mail: compra@cem.org.br | | | | | Contato | LUANA | | |
| Telefone | (62) 9 9973-7067 | | | | | Telefone | (62) 3088-9700 | | |
| Email | compra@cem.org.br | | | | | Email | luana.h@ailm | | |
| Prazo de Entrega Solicitado | 4 | | | | | Prazo de Entrega | 1 DIA (\$ | | |
| Cond.Pagamento Solicitado | A PRAZO | | | | | Cond.Pagamento | 30 Dias | | |
| Forma de Pagamento | BOLETO BANCÁRIO | | | | | Nome do Vendedor | CAROLINA | | |
| Endereço de cobrança | RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966 | | | | | Tipo de Frete | CIF | | |
| Endereço de entrega | RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966 | | | | | Faturamento Mínimo | 200,00 | | |
| | | | | | | Validade da Proposta | 08/07/2023 | | |
| Observações do Comprador | | | | | | | | | |
| <p>QUIRINÓPOLIS / GO.</p> <p>.FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ.</p> <p>. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60. INSTITUTO CEM -POLICLINICA DE QUIRINÓPOLIS;</p> <p>. COTAR SOMENTE O SOLICITADO.</p> <p>. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ÍTENS - SUJEITO A DEVOLUÇÃO;</p> <p>.COTAR SOMENTE FRETE CIF;</p> <p>.NÃO DESCONTAR NOSSOS TÍTULOS EM FACTORING. NÃO PAGAMOS JUROS;</p> <p>.ENVIAR JUNTO A MERCADORIA CÓPIA DA ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL + BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS;</p> <p>.ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML NO E-MAIL: ALMOXARIFADO@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO N°01 /2021 - SES / GO.</p> <p>.COMPRAS A VISTA -SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA / EQUIPAMENTO.</p> | | | | | | | | | |
| Observações do Fornecedor | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| Item | Código | Descrição | Referência | Marca | Qtde | UM | Vl.Unit. | Desconto | Vl.Total |
| MÓDICO / HOSPITALAR | | | | | | | | | |
| 3 | 52283 | DESINFETANTE HOSPITALAR DE ALTO NIVEL ORTOFTALALDEIDO 0,55 | UND | RIOQUIMICA | 10,00 | GALÃO | 300,0000 | 0,00 | 3.000,00 |
| GALÃO COM 5 LITROS | | | | | | | | | |
| Total do pedido | | | | | | | | | 300000 |

