| Nro Pedido | Nro Gerencial | Nro Processo | Data | Valor | Situação | Descrição da proposta |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 432206 | 146114 | 37263 / 33435 | 12/05/2023 | 2.490,00 | O.C. Emitida | SOLICITAÇÃO MATERIAIS PARA ENFERMAGEM |

**Condições de Negócio do Comprador**

| | |
|---|---|
| **Razão Social** | INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS |
| **Nome Fantasia** | INSTITUTO CEM |
| **CNPJ** | 12.053.184/0005-60 |
| **CEP** | 75.860-000 |
| **Endereço** | RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS |
| **Cidade** | QUIRINOPOLIS |
| **UF** | GO |
| **Insc. Estadual** | ISENTO |
| **Contato** | Enivaldo Campos Rodrigues |
| **Telefone** | (62) 9 9973-7067 |
| **Email** | comprasmatriz@institutocem.org.br |
| **Prazo de Entrega Solicitado** | 4 |
| **Cond. Pagamento Solicitado** | A PRAZO |
| **Forma de Pagamento** | BOLETO BANCÁRIO |
| **Endereço de cobrança** | RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966 |
| **Endereço de entrega** | RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966 |

**Condições de Negócio do Fornecedor**

| | |
|---|---|
| **Razão Social** | HGM DISTRIBUICAO DE PRODUTOS MEDICOS HOSPITALARES LTDA |
| **Nome Fantasia** | HGM DISTRIBUICAO DE PRODUTOS MEDICOS HOSPITALARES LTDA |
| **CNPJ** | 37.053.176/0001-11 |
| **CEP** | 74.495-060 |
| **Endereço** | R FREI CONFALLONE - CONJUNTO VERA CRUZ 2 |
| **Cidade** | GOIANIA |
| **UF** | GO |
| **Insc. Estadual** | 107940086 |
| **Contato** | HILDEBRANDO DE ARAUJO |
| **Telefone** | (62) 9 8252-5761 |
| **Email** | hgmdistribuicao7@gmail.com |
| **Prazo de Entrega** | 1 DIA(s) |
| **Cond. Pagamento** | 30 Dias |
| **Nome do Vendedor** | GUILHERME ALMEIDA DE ARAUJO |
| **Tipo de Frete** | CIF |
| **Faturamento Mínimo** | 500,00 |
| **Validade da Proposta** | 31/05/2023 |

**Observações do Comprador**

QUIRINÓPOLIS / GO.

.FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ.
. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60. INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE QUIRINÓPOLIS;
. COTAR SOMENTE O SOLICITADO.
. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ÍTENS - 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 + BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; .ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML NO E-MAIL: ALMOXARIFADO@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR - CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 01 /2021 - 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** | | | | | | | | | |
| **8** | | LENCOL DESCARTAVEL SEM ELASTICO | ANADONA - DEJAMARO | ANADONA - DEJAMARO | 100,00 | PACOTE | 24,9000 | 0,00 | 2.490,00 |
| | | | | | | | | **Total do pedido** | **2.490,00** |

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-de-x informando o código 240595 e o código verificador 33435.

| Nro Pedido | Nro Gerencial | Nro Processo | Data | Valor | Situação | Descrição da proposta |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 432205 | 146114 | 37263 / 33435 | 12/05/2023 | 733,46 | O.C. Emitida | SOLICITAÇÃO MATERIAIS PARA ENFERMAGEM |

**Condições de Negócio do Comprador**

| | |
|---|---|
| **Razão Social** | INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS |
| **Nome Fantasia** | INSTITUTO CEM |
| **CNPJ** | 12.053.184/0005-60 |
| **CEP** | 75.860-000 |
| **Endereço** | RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS |
| **Cidade** | QUIRINOPOLIS |
| **UF** | GO |
| **Insc. Estadual** | ISENTO |
| **Contato** | Enivaldo Campos Rodrigues |
| **Telefone** | (62) 9 9973-7067 |
| **Email** | comprasmatriz@institutocem.org.br |
| **Prazo de Entrega Solicitado** | 4 |
| **Cond. Pagamento Solicitado** | A PRAZO |
| **Forma de Pagamento** | BOLETO BANCÁRIO |
| **Endereço de cobrança** | RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966 |
| **Endereço de entrega** | RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966 |

**Condições de Negócio do Fornecedor**

| | |
|---|---|
| **Razão Social** | SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI |
| **Nome Fantasia** | SUPERMEDICA HOSPITALAR |
| **CNPJ** | 06.065.614/0001-38 |
| **CEP** | 74.255-140 |
| **Endereço** | RUA C-159 - JARDIM AMERICA |
| **Cidade** | GOIANIA |
| **UF** | GO |
| **Insc. Estadual** | 106039750 |
| **Contato** | TELEVENDAS |
| **Telefone** | (62) 3928-8989 |
| **Email** | vendas12@supermedica.com.br |
| **Prazo de Entrega** | 2 DIA(s) |
| **Cond. Pagamento** | 30 Dias |
| **Nome do Vendedor** | JULIANA RAMALHO |
| **Tipo de Frete** | CIF |
| **Faturamento Mínimo** | 1.200,00 |
| **Validade da Proposta** | 15/05/2023 |

**Observações do Comprador**

QUIRINÓPOLIS / GO.

.FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ.
. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60. INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE QUIRINÓPOLIS;
. COTAR SOMENTE O SOLICITADO.
. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ÍTENS - 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 + BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; .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 Nº 01 /2021 - SES / GO.
.COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA / EQUIPAMENTO.

**Observações do Fornecedor**

VENDEDORA: JULIANA RAMALHO
RAMAL 5170 - EMAIL: LOCALIZADOR03@SUPERMEDICA.COM.BR
62 9669-4917 - SOMENTE WHATSAPP
COT 567192

| Item | Código | Descrição | Referência | Marca | Qtde | UM | Vl. Unit. | Desconto | Vl. Total |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **MÉDICO / HOSPITALAR** | | | | | | | | | |
| **1** | 4068 | CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO N. 20 (SEM DISPOSITIVO) | DESCARPACK | DESCARPACK | 100,00 | UNIDADE | 0,6700 | 0,00 | 67,00 |
| ATOXICO, APIROGENICO, ESTERIL, EMBALADO INDIVIDUALMENTE. COM RG. MS | | | | | | | | | |
| **3** | 40422 | CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO N. 24 (SEM DISPOSITIVO) | DESCARPACK | DESCARPACK | 100,00 | UNIDADE | 0,7400 | 0,00 | 74,00 |
| ATOXICO, APIROGENICO, ESTERIL, EMBALADO INDIVIDUALMENTE. COM RG. MS | | | | | | | | | |
| **4** | 37947 | ESPECULO VAGINAL DESCARTAVEL ESTERIL - TAMANHO G | CRAL | CRAL | 140,00 | UNIDADE | 1,5800 | 0,00 | 221,20 |
| ESPECULO VAGINAL ESTERIL DESCARTÁVEL TAM G | | | | | | | | | |
| **5** | 37948 | ESPECULO VAGINAL DESCARTAVEL ESTERIL - TAMANHO M | KOLPLAST | KOLPLAST | 140,00 | UNIDADE | 1,3600 | 0,00 | 190,40 |
| **7** | 6333 | LAMINA PARA MICROSCOPIA FOSCA CAIXA C/ 50UND | CRAL | CRAL | 6,00 | CAIXA | 6,8100 | 0,00 | 40,86 |
| LÂMINA DE VIDRO COM PONTA FOSCA | | | | | | | | | |
| **9** | 44460 | SERINGA DESCARTÁVEL 05 ML LUER SLIP COM AGULHA 25 X 0,7 MM | DESCARPCK | DESCARPACK | 200,00 | UNIDADE | 0,2800 | 0,00 | 56,00 |
| **11** | | TUBO PORTA LAMINAS P/ 3 LAMINAS | CRAL | CRAL | 200,00 | UNIDADE | 0,4200 | 0,00 | 84,00 |
| | | | | | | | | **Total do pedido** | **733,46** |

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 240595 e o código verificador 33435.

| Nro Pedido | Nro Gerencial | Nro Processo | Data | Valor | Situação | Descrição da proposta |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 432204 | 146114 | 37263 / 33435 | 12/05/2023 | 263,00 | O.C. Emitida | SOLICITAÇÃO MATERIAIS PARA ENFERMAGEM |

**Condições de Negócio do Comprador**

| | |
|---|---|
| **Razão Social** | INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS |
| **Nome Fantasia** | INSTITUTO CEM |
| **CNPJ** | 12.053.184/0005-60 |
| **CEP** | 75.860-000 |
| **Endereço** | RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS |
| **Cidade** | QUIRINOPOLIS |
| **UF** | GO |
| **Insc. Estadual** | ISENTO |
| **Contato** | Enivaldo Campos Rodrigues |
| **Telefone** | (62) 9 9973-7067 |
| **Email** | comprasmatriz@institutocem.org.br |
| **Prazo de Entrega Solicitado** | 4 |
| **Cond. Pagamento Solicitado** | A PRAZO |
| **Forma de Pagamento** | BOLETO BANCÁRIO |
| **Endereço de cobrança** | RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966 |
| **Endereço de entrega** | RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966 |

**Condições de Negócio do Fornecedor**

| | |
|---|---|
| **Razão Social** | CIENTIFICA MEDICA HOSPITALAR LTDA |
| **Nome Fantasia** | CIENTIFICA HOSPITALAR |
| **CNPJ** | 07.847.837/0001-10 |
| **CEP** | 74.911-360 |
| **Endereço** | AV ANAPOLIS - VILA BRASILIA |
| **Cidade** | APARECIDA DE GOIANIA |
| **UF** | GO |
| **Insc. Estadual** | 10.399.060-7 |
| **Contato** | LUANA |
| **Telefone** | (62) 3088-9700 |
| **Email** | gerenciacmh1@gmail.com |
| **Prazo de Entrega** | 2 DIA(s) |
| **Cond. Pagamento** | 30 Dias |
| **Nome do Vendedor** | CAROLINA |
| **Tipo de Frete** | CIF |
| **Faturamento Mínimo** | 200,00 |
| **Validade da Proposta** | 20/05/2023 |

**Observações do Comprador**

QUIRINÓPOLIS / GO.

.FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ.
. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60. INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE QUIRINÓPOLIS;
. COTAR SOMENTE O SOLICITADO.
. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ÍTENS - 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 + BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; .ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML NO E-MAIL: ALMOXARIFADO@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR - CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 01 /2021 - 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** | 40241 | CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO N. 22 (SEM DISPOSITIVO) | CX/100 | DESCARPACK | 100,00 | UNIDADE | 0,6500 | 0,00 | 65,00 |
| ATOXICO, APIROGENICO, ESTERIL, EMBALADO INDIVIDUALMENTE. COM RG. MS | | | | | | | | | |
| **6** | | FITAS DE CONTROLE P/ SOLUÇÃO DE ORTOFTALDEIDO C/ 40 FITAS | CX/40 | RIOQUIMICA | 40,00 | UNIDADE | 4,0000 | 0,00 | 160,00 |
| **10** | 44459 | SERINGA DESCARTÁVEL 10 ML LUER SLIP COM AGULHA 25 X 0,7 MM | CX/100 | DESCARPACK | 100,00 | UNIDADE | 0,3800 | 0,00 | 38,00 |
| | | | | | | | | **Total do pedido** | **263,00** |

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 240595 e o código verificador 33435.

Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 12/05/2023 às 15:47, 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 15/05/2023 às 10:30, 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 240595 e o código verificador 33435.