

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta						
434781	147306	6232/35155	16/06/2023	545,20	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS PARA ADEQUAÇÃO DOS SETORES.						
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor						
Razão Social		INSTITUTO CEM - POSSE				Razão Social		SYMEX PRODUTOS MEDICOS HOSPITALARES LTDA				
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM				Nome Fantasia		SYMEX HOSPITALAR				
CNPJ		12.053.184/0002-18				CNPJ		45.212.514/0001-49				
CEP		73.900-000				CEP		74.275-220				
Endereço		AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHEK DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES				Endereço		R C-0184 - JARDIM AMERICA				
Cidade		POSSE				Cidade		GOIANIA				
UF		GO				UF		GO				
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		108947033				
Contato		NAOR BORGES				Contato		VINICIUS FERREIRA				
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone		(62) 4106-1571				
Email		naor@institutocem.org.br				Email		vendas@symex.com.br				
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		VINICIUS				
						Tipo de Frete		CIF				
						Faturamento Mínimo		500,00				
						Validade da Proposta		09/06/2023				
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	60241	CAMPO CIRURGICO EM SMS AZUL GR 40 1,50M X 1,40M				1	PION G	40,00	UNIDADE	13,6300	0,00	545,20
Total do pedido												545,20

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 351155 e o código 154092

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
434780	147306	6232/35155	16/06/2023	1.297,50	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS PARA ADEQUAÇÃO DOS SETORES.				
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor				
Razão Social		INSTITUTO CEM - POSSE				Razão Social		PAPELARIA SHALON EIRELI		
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM				Nome Fantasia		PAPELARIA SHALON		
CNPJ		12.053.184/0002-18				CNPJ		13.036.711/0001-68		
CEP		73.900-000				CEP		74.913-360		
Endereço		AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHKE DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES				Endereço		AV MANGUEIRA - VILA ALZIRA		
Cidade		POSSE				Cidade		APARECIDA DE GOIANIA		
UF		GO				UF		GO		
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		104887354		
Contato		NAOR BORGES				Contato		CARLOS ALBERTO		
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone		(62) 3549-7848		
Email		naor@institutocem.org.br				Email		carlos_apq@hotmail.com		
Prazo de Entrega Solicitado		4				Prazo de Entrega		15 DIA(s)		
Cond. Pagamento Solicitado		A PRAZO				Cond. Pagamento		30 Dias		
Forma de Pagamento		BOLETO BANCÁRIO				Nome do Vendedor		CARLOS ALBEERTO		
						Tipo de Frete		CIF		
						Faturamento Mínimo		800,00		
						Validade da Proposta		30/06/2023		
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	
FERRAGISTAS										
1		FILTRO DE LINHA REGUA 4 TOMADAS	FILTRO DE LINHA REGUA 4 TOMADAS	FILTRO DE LINHA REGUA 4 TOMADAS	15,00	UNIDADE	39,9000	0,00	598,50	
PADRÃO TIPO N 240V COMPRIMENTO DE 1,5METROS										
MÉDICO / HOSPITALAR										
4		ETIQUETAS ADESIVAS TRANSPARENTE, 100 X 50 MM X 1 COLUNA ROLO COM 30 METROS	HTTPS://WWW.HUMA.COM.BR /HUMA-COMPRAS/# /FORNECEDOR_COTAR_PREC	HTTPS://WWW.HUMA.COM.BR /HUMA-COMPRAS/# /FORNECEDOR_COTAR_PREC	10,00	UNIDADE	69,9000	0,00	699,00	
Total do pedido										1.297,50

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtuaidoc/public/validar-assinatura-arq-35155-06 informando o código 35155-06 e o código verificador 35155-06

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta						
434779	147306	6232/35155	16/06/2023	870,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS PARA ADEQUAÇÃO DOS SETORES.						
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor						
Razão Social		INSTITUTO CEM - POSSE				Razão Social		HOSPMED COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA				
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM				Nome Fantasia		HOSPMED				
CNPJ		12.053.184/0002-18				CNPJ		37.821.276/0001-40				
CEP		73.900-000				CEP		74.303-030				
Endereço		AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHEK DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES				Endereço		AV C-0018 - SETOR SUDOESTE				
Cidade		POSSE				Cidade		GOIANIA				
UF		GO				UF		GO				
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		108012930				
Contato		NAOR BORGES				Contato		MARLENE				
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone		(62) 9 8128-6045				
Email		naor@institutocem.org.br				Email		hospmed.compras01@gmail.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		MARLENE				
						Tipo de Frete		CIF				
						Faturamento Mínimo		800,00				
Endereço de cobrança		AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903				Validade da Proposta		06/07/2023				
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												
Item	Código	Descrição				Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
PAPELARIA / LIVRARIA												
5		PLACA DISPLAY EM ACRÍLICO TRANSP. P/ A 4 0,2 CM X 31CM X 22CM				JC	JC	60,00	UNIDADE	14,5000	209,40	8760,00
Total do pedido												8760,00

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 2154092 e o código verificador 351155.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta						
434778	147306	6232/35155	16/06/2023	712,50	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS PARA ADEQUAÇÃO DOS SETORES.						
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor						
Razão Social		INSTITUTO CEM - POSSE				Razão Social		PASAN DISTRIBUIDORA HOSPITALAR LTDA				
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM				Nome Fantasia		PASAN				
CNPJ		12.053.184/0002-18				CNPJ		35.501.079/0001-19				
CEP		73.900-000				CEP		74.533-030				
Endereço		AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHK DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES				Endereço		RUA 260 - SETOR COIMBRA				
Cidade		POSSE				Cidade		GOIANIA				
UF		GO				UF		GO				
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		107806894				
Contato		NAOR BORGES				Contato		PABLO SANTOS				
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone		(62) 3877-1635				
Email		naor@institutocem.org.br				Email		vendas@pasanhospitalar.com				
Prazo de Entrega Solicitado		4				Prazo de Entrega		7 DIA(s)				
Cond. Pagamento Solicitado		A PRAZO				Cond. Pagamento		30 Dias				
Forma de Pagamento		BOLETO BANCÁRIO				Nome do Vendedor		PABLO SANTOS				
						Tipo de Frete		CIF				
						Faturamento Mínimo		300,00				
Endereço de cobrança		AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903				Validade da Proposta		14/06/2023				
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												
Item	Código	Descrição				Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR												
2		ABRAÇADEIRA UNIVERSAL PARA APARELHO DE PRESSÃO ARTERIAL DIGITAL (DE BRAÇO), UMA VIA - TAMANHO M DO 20-42 CM. MARCA OMRON				31708	G-TECH	10,00	UNIDADE	71,2500	0,00	712,50
Total do pedido												712,50



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 16/06/2023 às 17:22, 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 19/06/2023 às 08:22, 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 254092 e o código verificador 35155.