

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
436649	148359	39318/36546	10/07/2023	1.261,40	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS DE EXPEDIENTE	
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor	
Razão Social	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Razão Social	PAPELARIA SHALON EIRELI
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Nome Fantasia	PAPELARIA SHALON
CNPJ	12.053.184/0008-03					CNPJ	13.036.711/0001-68
CEP	73.805-201					CEP	74.913-360
Endereço	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA					Endereço	AV MANGUEIRA - VILA ALZIRA
Cidade	FORMOSA					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	7 DIA(S)
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	CARLOS ALBERTO
						Tipo de Frete	CIF
						Faturamento Mínimo	900,00
Endereço de cobrança	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					Validade da Proposta	22/07/2023
Endereço de entrega	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067						

Observações do Comprador

FORMOSA / GO
 . AQUISIÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO.
 FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0008-03 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE FORMOSA/GO.
 COTAR SOMENTE FRETE CIF.
 FAVOR ATENTAR AO DESCRITIVO DO PRODUTO, SEM ALTERAR QUANTIDADE NEM NOMES – SUJEITO A DEVOLUÇÃO.
 ENCAMINHAR CÓPIA DA NOTA FISCAL + BOLETO + XML PARA OS E-MAILS:
 ALMOXARIFADO@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR E
 CONTROLADORIA@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR
 ENVIAR JUNTOS DO PRODUTO A ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL + BOLETO – SUJEIRO A DEVOLUÇÃO.
 ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE GESTÃO N° 3/2022 – SES / GO.
 COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA/ EQUIPAMENTO.
 ENDEREÇO PARA ENTREGA: POLICLÍNICA DA CIDADE DE FORMOSA/GO - ENDEREÇO:
 AV. OESTE, QUADRAS 4, 5 E 9, S/N, JARDIM OLIVEIRA, CIDADE FORMOSA/GO. CEP.: 73805-201.

Observações do Fornecedor

Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
PAPELARIA / LIVRARIA									
3	37579	CHAVEIRO ORGANIZADOR P/ IDENTIFICACAO DE CHAVES	CHAVEIRO ORGANIZADOR P/ IDENTIFICACAO DE CHAVES	WALEU	100,00	UNIDADE	0,5500	0,00	550,00
4	37613	COLA BRANCA ESCOLAR 90G	COLA BRANCA ESCOLAR 90G	MAX	10,00	UNIDADE	2,2500	0,00	22,50
A BASE D'AGUA, EM PVC E BICO CONTRA ENTUPIMENTOS.									
5		ENVELOPE KRAFT OURO 240 X 340 MM	ENVELOPE KRAFT OURO 240 X 340 MM	FORONI	1.500,00	UNIDADE	0,3000	0,00	450,00
10	16014	PASTA ARQUIVO 31 DIVISORIAS - SANFONADA	PASTA ARQUIVO 31 DIVISORIAS - SANFONADA	POLIBRAS	10,00	UNIDADE	44,4900	0,00	444,90
13	25432	PLÁSTICO PARA PLASTIFICAÇÃO A4	PLÁSTICO PARA PLASTIFICAÇÃO A4	PLÁSTICO PARA PLASTIFICAÇÃO (POLASEAL)	300,00	UNIDADE	0,8900	0,00	267,00
0,07 MX 220 X 307 MM									
15		TESOURA DE ESCRITORIO 14CM MEDIA	TESOURA DE ESCRITORIO 14CM MEDIA	KIT	10,00	UNIDADE	2,2000	0,00	22,00
Total do pedido									1.261,40

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
436648	148359	39318/36546	10/07/2023	314,00	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS DE EXPEDIENTE			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Razão Social	SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI		
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Nome Fantasia	SUPERMEDICA HOSPITALAR		
CNPJ	12.053.184/0008-03					CNPJ	06.065.614/0001-38		
CEP	73.805-201					CEP	74.255-140		
Endereço	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA					Endereço	RUA C-159 - JARDIM AMERICA		
Cidade	FORMOSA					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	2 DIA(s)		
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias		
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	JULIANA RAMALHO		
Endereço de cobrança	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					Tipo de Frete	CIF		
Endereço de entrega	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					Faturamento Mínimo	1.200,00		
						Validade da Proposta	11/07/2023		
Observações do Comprador									
<p>FORMOSA / GO . AQUISIÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0008-03 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE FORMOSA/GO. COTAR SOMENTE FRETE CIF. FAVOR ATENTAR AO DESCRITIVO DO PRODUTO, SEM ALTERAR QUANTIDADE NEM NOMES – SUJEITO A DEVOLUÇÃO. ENCAMINHAR CÓPIA DA NOTA FISCAL + BOLETO + XML PARA OS E-MAILS: ALMOXARIFADO@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR ENVIAR JUNTOS DO PRODUTO A ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL + BOLETO – SUJEIRO A DEVOLUÇÃO. ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE GESTÃO N° 3/2022 – SES / GO. COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA/EQUIPAMENTO. ENDEREÇO PARA ENTREGA: POLICLÍNICA DA CIDADE DE FORMOSA/GO - ENDEREÇO: AV. OESTE, QUADRAS 4, 5 E 9, S/N, JARDIM OLIVEIRA, CIDADE FORMOSA/GO. CEP.: 73805-201.</p>									
Observações do Fornecedor									
<p>VENDEDORA: JULIANA RAMALHO RAMAL 5170 - EMAIL: LOCALIZADOR03@SUPERMEDICA.COM.BR 62 9669-4917 - SOMENTE WHATSAPP COT 590541</p>									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
2	12210	LACTULOSE XPE 667MG/ML 120ML	NUTRIMAI	NUTRIMAI	50,00	FRASCO	6,2800	0,00	314,00
Total do pedido									314,00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
436647	148359	39318/36546	10/07/2023	2.190,00	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS DE EXPEDIENTE			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Razão Social	PAPELARIA TRIBUTARIA LTDA		
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Nome Fantasia	TBT MAIS		
CNPJ	12.053.184/0008-03					CNPJ	00.905.760/0003-00		
CEP	73.805-201					CEP	74.445-190		
Endereço	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA					Endereço	AV.PERIMETRAL NORTE - VILA JOAO VAZ		
Cidade	FORMOSA					Cidade	GOIANIA		
UF	GO					UF	GO		
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	10.179.419-3		
Contato	NAOR BORGES					Contato	MARCOS BARBOSA		
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 3235-8200		
Email	naor@institutocem.org.br					Email	marcospapelariatributria06@gmail.com		
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	MARCOS		
						Tipo de Frete	CIF		
						Faturamento Mínimo	0,00		
						Validade da Proposta	08/07/2023		
Endereço de cobrança	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067								
Endereço de entrega	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067								
Observações do Comprador									
<p>FORMOSA / GO . AQUISIÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0008-03 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE FORMOSA/GO. COTAR SOMENTE FRETE CIF. FAVOR ATENTAR AO DESCRITIVO DO PRODUTO, SEM ALTERAR QUANTIDADE NEM NOMES – SUJEITO A DEVOLUÇÃO. ENCAMINHAR CÓPIA DA NOTA FISCAL + BOLETO + XML PARA OS E-MAILS: ALMOXARIFADO@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR ENVIAR JUNTOS DO PRODUTO A ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL + BOLETO – SUJEIRO A DEVOLUÇÃO. ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE GESTÃO N° 3/2022 – SES / GO. COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA/ EQUIPAMENTO. ENDEREÇO PARA ENTREGA: POLICLÍNICA DA CIDADE DE FORMOSA/GO - ENDEREÇO: AV. OESTE, QUADRAS 4, 5 E 9, S/N, JARDIM OLIVEIRA, CIDADE FORMOSA/GO. CEP.: 73805-201.</p>									
Observações do Fornecedor									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
PAPELARIA / LIVRARIA									
9	138	PAPEL A4 EXTRA BRANCO	UND	CHAMEX	100,00	RESMA	21,9000	0,00	2.190,00
Total do pedido									2.190,00



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 10/07/2023 às 14:29, 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 10/07/2023 às 14:56, 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 263585 e o código verificador 36546.