

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
437349	148403	300623 /36839	18/07/2023	4.587,00	O.C. Emitida	SOL. MATERIAIS MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - POSSE					Razão Social MEDPLUS HOSPITALAR COMERCIO E SERVIÇOS EIRELI			
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM					Nome Fantasia MEDPLUS HOSPITALAR			
CNPJ	12.053.184/0002-18					CNPJ 34.075.280/0001-19			
CEP	73.900-000					CEP 74.917-196			
Endereço	AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHEK DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES					Endereço AV ZOROASTRO ARTIAGA - VILA CRUZEIRO DO SUL			
Cidade	POSSE					Cidade APARECIDA DE GOIANIA			
UF	GO					UF GO			
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual 107705800			
Contato	NAOR BORGES					Contato 998508626			
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone (62) 3519-9974			
Email	naor@institutocem.org.br					Email comercial01@medplushospitalar.com.br			
Prazo de Entrega Solicitado	4					Prazo de Entrega 10 DIA(s)			
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento 30 Dias			
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor PATRICIA FERNANDES			
						Tipo de Frete CIF			
						Faturamento Mínimo 100,00			
						Validade da Proposta 13/08/2023			
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									
5		CELULA DE O2 P/ANESTESIA MOX2 MINDRAY	MINDRAY	MINDRAY	1,00	UNIDADE	1.898,0000	0,00	1.898,00
6		PÁS DE ELETRODOS MULTIFUNCIONAIS DESCARTÁVEIS MODELO MR60, DO EQUIPAMENTO BENEHEART D6 DA MARCA MINDRAY	BLUEPAD	BLUEPAD	10,00	UNIDADE	268,9000	0,00	2.689,00
Total do pedido									4.587,00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
437348	148403	300623 /36839	18/07/2023	784,00	O.C. Emitida	SOL. MATERIAIS MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS					
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor					
Razão Social		INSTITUTO CEM - POSSE				Razão Social		ZA.COM COMERCIO E SOLUCOES EMPRESARIAIS EIRELI			
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM				Nome Fantasia		Z&A.COM SOLUCOES EMPRESARIAIS			
CNPJ		12.053.184/0002-18				CNPJ		30.314.811/0001-28			
CEP		73.900-000				CEP		74.465-270			
Endereço		AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHEK DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES				Endereço		R MAES, DAS - JD NOVA ESPERANÇA			
Cidade		POSSE				Cidade		GOIANIA			
UF		GO				UF		GO			
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		10800323-0			
Contato		NAOR BORGES				Contato		MARCOS OU SUZANA			
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone		(62) 9 9155-0179			
Email		naor@institutocem.org.br				Email		z.com28.12@gmail.com			
Prazo de Entrega Solicitado		4				Prazo de Entrega		10 DIA(s)			
Cond. Pagamento Solicitado		A PRAZO				Cond. Pagamento		30 Dias			
Forma de Pagamento		BOLETO BANCÁRIO				Nome do Vendedor		MARCOS CAMARGO			
						Tipo de Frete		CIF			
						Faturamento Mínimo		0,00			
						Validade da Proposta		31/07/2023			
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											
7		REFIL FILTRO POLIPROPILENO BDI 93/4 PQ 10/1 - 1 MICRA			93/4	MULTI	10,00	UNIDADE	39,9000	0,00	399,0000
ELÉTRICO											
1		BATERIA SELADA 12V 7AH RECARREGÁVEL			12V 7AH	MULTI	1,00	UNIDADE	195,0000	0,00	195,0000
SERVIÇOS											
9		TINTA CONTRA ELETROSTÁTICA BRANCA SPRAY			ELETROSTÁTICA	MULTI	2,00	LATA	95,0000	0,00	190,0000
Total do pedido											784,00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta						
437347	148403	300623 /36839	18/07/2023	1.559,00	O.C. Emitida	SOL. MATERIAIS MANUTENÇÃO DE EQUIPAMENTOS						
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 KUBITSCHKE 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	700,00					
Endereço de cobrança		AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903				Validade da Proposta	11/08/2023					
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												
3		CABO PARA NEURODYN II, II, COMPACT E AUSSIE SPORT – PRETO/LARANJA - IBRAMED				IBRAMED	IBRAMED	4,00	UNIDADE	169,9000	0,00	679,6000
4		CABO PARA NEURODYN II, III, COMPACT E AUSSIE SPORT – COR AZUL/VERDE - IBRAMED				IBRAMED	IBRAMED	4,00	UNIDADE	169,9000	0,00	679,6000
PAPELARIA / LIVRARIA												
8		PILHA RECARREGÁVEL AAA				ELGIN	ELGIN	20,00	UNIDADE	9,9900	0,00	199,8000
Total do pedido												1.559,00

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtuaidoc/public/validar> informando o código 267903 e o código verificador 36839.



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 18/07/2023 às 10:10, 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 18/07/2023 às 19:31, 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 267903 e o código verificador 36839.