

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
439420	149710	46586 / 38835	11/08/2023	400,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE I				
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor				
Razão Social		INSTITUTO CEM - FORMOSA				Razão Social	QB COMERCIO LTDA			
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM - FORMOSA								
CNPJ		12.053.184/0008-03				Nome Fantasia		QUALITY MED HOSPITALAR		
CEP		73.805-201				CNPJ		40.760.938/0001-24		
Endereço		AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA				CEP		74.922-305		
Cidade		FORMOSA				Endereço		RUA X-35, QD 07, LT 17 - JARDIM OLIMPICO		
UF		GO				Cidade		APARECIDA DE GOIANIA		
Insc. Estadual		ISENTO				UF		GO		
Contato		Enivaldo Campos Rodrigues				Insc. Estadual		10.825.087-3		
Telefone		(62) 9 9973-7067				Contato		(62) 2020-8888		
Email		comprasmatriz@institutocem.org.br				Telefone		(62) 9 8276-0198		
Prazo de Entrega Solicitado		4				Email		comercial@quality.med.br		
Cond. Pagamento Solicitado		A PRAZO				Prazo de Entrega		1 DIA(s)		
Forma de Pagamento		BOLETO BANCÁRIO				Cond. Pagamento		30 Dias		
Endereço de cobrança		AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067				Nome do Vendedor		FERNANDO		
Endereço de entrega		AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067				Tipo de Frete		CIF		
						Faturamento Mínimo		400,00		
						Validade da Proposta		28/02/2023		
Observações do Comprador										
FORMOSA / GO .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. .AQUISIÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO. .FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0008-03 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE ORMOSA/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; GESTÃO Nº 03/2022 /2022 – SES / GO. .COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA / EQUIPAMENTOS; ENDEREÇO PARA ENTREGA: POLICLÍNICA DA CIDADE DE FORMOSA/GO - ENDEREÇO: AV. OESTE, QUADRAS 4, 5 E 9, S/N, JARDIM OLIVEIRA, FORMOSA/GO. CEP.: 73805-201.										
Observações do Fornecedor										
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	VL. Unit.	Desconto	VL. Total	
MÉDICO / HOSPITALAR										
3	39317	CATETER PARA HEMODIÁLISE 12FRX20CM - (DUPLO LUMEN)	MEDIKA	MEDIKA	5,00	UNIDADE	80,0000	0,00	400,00	
Total do pedido									400,00	

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
439419	149710	46586 / 38835	11/08/2023	30.240,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE I			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Razão Social SYMEX PRODUTOS MEDICOS HOSPITALARES LTDA			
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Nome Fantasia SYMEX HOSPITALAR			
CNPJ	12.053.184/0008-03					CNPJ 45.212.514/0001-49			
CEP	73.805-201					CEP 74.275-220			
Endereço	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA					Endereço R C-0184 - JARDIM AMERICA			
Cidade	FORMOSA					Cidade GOIANIA			
UF	GO					UF GO			
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual 108947033			
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato VINICIUS FERREIRA			
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone (62) 4106-1571			
Email	comprasmatriz@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 28 Dias			
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor ANGÉLICA DAYANE			
						Tipo de Frete CIF			
Endereço de cobrança	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					Faturamento Mínimo 300,00			
Endereço de entrega	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					Validade da Proposta 31/08/2023			
Observações do Comprador									
FORMOSA / GO .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. .AQUISIÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO. .FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0008-03 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE ORMOSA/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; GESTÃO Nº 03/2022 /2022 – SES / GO. .COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA / EQUIPAMENTOS; ENDEREÇO PARA ENTREGA: POLICLÍNICA DA CIDADE DE FORMOSA/GO - ENDEREÇO: AV. OESTE, QUADRAS 4, 5 E 9, S/N, JARDIM OLIVEIRA, FORMOSA/GO. CEP.: 73805-201. .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE									
Observações do Fornecedor									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
7		DIALISADOR POLIETERSULFONA 20 H ALTO FLUXO 2,0 M2	UND	BIOMED	672,00	UNIDADE	45,0000	0,00	30.240,00
Total do pedido									30.240,00

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtuaidoc/public/validar-assinatura-al> informando o código 277041 e o código verificador 38835

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta						
439418	149710	46586 / 38835	11/08/2023	4.660,09	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE I						
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor						
Razão Social		INSTITUTO CEM - FORMOSA				Razão Social		BF DE ANDRADE HOSPITALAR LTDA				
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM - FORMOSA										
CNPJ		12.053.184/0008-03				Nome Fantasia		BF DE ANDRADE HOSPITALAR				
CEP		73.805-201				CNPJ		36.979.350/0001-99				
Endereço		AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA				CEP		74.835-530				
Cidade		FORMOSA				Endereço		R TAMBUQUI - PARQUE AMAZONIA				
UF		GO				Cidade		GOIANIA				
Insc. Estadual		ISENTO				UF		GO				
Contato		Enivaldo Campos Rodrigues				Insc. Estadual		10.792.452-8				
Telefone		(62) 9 9973-7067				Contato		GLAZIELLY FAGUNDES				
Email		comprasmatriz@institutocem.org.br				Telefone		(62) 3241-1425				
Prazo de Entrega Solicitado		4				Email		vendas3@bfdeandradehospitalar.com.br				
Cond. Pagamento Solicitado		A PRAZO				Prazo de Entrega		1 DIA(s)				
Forma de Pagamento		BOLETO BANCÁRIO				Cond. Pagamento		30 Dias				
Endereço de cobrança		AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067				Nome do Vendedor		GLAZIELLY FAGUNDES SABINO				
Endereço de entrega		AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067				Tipo de Frete		CIF				
						Faturamento Mínimo		800,00				
						Validade da Proposta		25/08/2023				
Observações do Comprador												
FORMOSA / GO .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. .AQUISIÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO. .FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0008-03 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE ORMOSA/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; .GESTÃO Nº 03/2022 /2022 – SES / GO. .COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA / EQUIPAMENTOS; .ENDEREÇO PARA ENTREGA: POLICLÍNICA DA CIDADE DE FORMOSA/GO - ENDEREÇO: AV. OESTE, QUADRAS 4, 5 E 9, S/N, JARDIM OLIVEIRA, FORMOSA/GO. CEP.: 73805-201. .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE												
Observações do Fornecedor												
Item	Código	Descrição				Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR												
2	25803	ALCOOL SWAB 70%. ENVELOPE				9191	MEDIX	1.500,00	ENVELOPE	0,0722	0,00	108,33
MINI GAZE EMBEBIDO COM ÁLCOOL PARA ASSEPSIA. EMBALADO INDIVIDUALEMTE EM ENVELOPE TERMOSSELADO, LACRADO, EM POLÍMERO PLÁSTICO												
4	33777	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 1000ML - BOLSA				CX C/ 15 BOLSAS	EUROFARMA	450,00	BOLSA	9,4573	0,00	4.256,48
BOLSA 1000ML												
8	233	EQUIPO PARA SOLUÇÃO PARENTERAL MACROGOTAS GRAVIT. COM INJETOR LATERAL				9409	TKL	400,00	UNIDADE	0,7400	0,00	296,00
"EQUIPO MACRO INJ LAT GRAVIT P/ SOL PARENTERAL EQUIPO P/ INFUSÃO GRAVITACIONAL DE SOLUÇÕES PARENTERAIS: PONTA PERFURANTE, PADRÃO ISO												
Total do pedido												4.668,09

Este documento foi assinado digitalmente e a autenticidade deste documento pode ser verificada no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualidadodoc/validar-assinatura.php?id_documento=38835 e o código verificador 38835

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
439417	149710	46586 / 38835	11/08/2023	17.284,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE I			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Razão Social SEMPRE HOSPITALAR LTDA			
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Nome Fantasia SEMPRE			
CNPJ	12.053.184/0008-03					CNPJ 37.751.411/0001-29			
CEP	73.805-201					CEP 74.255-140			
Endereço	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA					Endereço R C-0159 - JARDIM AMÉRICA			
Cidade	FORMOSA					Cidade GOIANIA			
UF	GO					UF GO			
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual 10799854-8			
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato VENER			
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone (62) 9 9462-2822			
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email vendas16@semprehospitalar.com.br			
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 VENER ROQUE			
						Tipo de Frete CIF			
						Faturamento Mínimo 1.200,00			
Endereço de cobrança	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					Validade da Proposta 22/08/2023			
Endereço de entrega	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067								
Observações do Comprador									
FORMOSA / GO .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. .AQUISIÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO. .FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0008-03 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE ORMOSA/GO. .COTAR SOMENTE FRETE CIF; .FAVOR ATENTAR AO DESCRITIVO DO PRODUTO, SEM ALTERAR QUANTIDADE NEM NOMES - SUJEITO A DEVOLUÇÃO; ALMOXARIFADO@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR .ENVIAR JUNTOS DO PRODUTO A ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL + BOLETO – SUJEIRO A DEVOLUÇÃO; GESTÃO Nº 03/2022 /2022 – SES / GO. .COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA / EQUIPAMENTOS; ENDEREÇO: AV. OESTE, QUADRAS 4, 5 E 9, S/N, JARDIM OLIVEIRA, FORMOSA/GO. CEP.: 73805-201. .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE									
Observações do Fornecedor									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	VL. Unit.	Desconto	VL. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
1	25986	AGULHA DE FISTULA ARTERIO VENOSA 16GX1 C/ DISP. SEGURANCA	AGULHA DE FISTULA	- COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA (NR-32)	1.200,00	UNIDADE	1,5000	0,00	1.800,00
AGULHA DE FISTULA ARTERIOVENOSA 16G X 1 PROTECAO ; COM DISPOSITIVO DE SEGURANCA (NR-32) ; DIAMETRO: 1.60MM X 25MM									
5	25982	CONCENTRADO POLIELETROLITICO HEMODIALISE SOL ACIDA 5 LITROS	SOL. ACIDA	FARMARIM	400,00	GALÃO	19,4200	0,00	7.768,00
GALÃO C/ 5 LITROS; GALÃO 5 LITROS; PARA SER UTILIZADO EM MÁQUINA DE HEMODIÁLISE DA MARCA B: BRAUN, MODELO DIALOG									
6	25984	CONCENTRADO POLIELETROLITICO HEMODIALISE SOL. BASICA 5 LITROS	SOL.BASICA	FARMARIM	400,00	GALÃO	17,9700	0,00	7.188,00
GALÃO C/ 5 LITROS									
9	25996	ISOLADOR CONDUTOR PRESSAO ARTERIAL VENOSA HEMODIALISE	ISOLADOR	DORA	1.000,00	UNIDADE	0,5280	0,00	528,00
PRESSÃO ARTERIAL E VENOSA PARA MÁQUINA DE HEMODIÁLISE CONSTITUÍDO DE MEMBRANA HIDROFOBICA E HIDROREPELENTE, ATÓXICO, ESTÉRIL E APIROGÊNICO, REGISTRADO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE.									
Total do pedido									17.284,00

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/validocp/ e o código verificador 38835

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
439416	149710	46586 / 38835	11/08/2023	8.755,20	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE I			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Razão Social	SANTÉ MÉDICA HOSPITALAR LTDA		
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Nome Fantasia	SANTÉ MÉDICA HOSPITALAR LTDA		
CNPJ	12.053.184/0008-03					CNPJ	16.699.864/0001-83		
CEP	73.805-201					CEP	74.366-115		
Endereço	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA					Endereço	AV. LORENZO ESQUINA COM RPS-5 - RESIDENCIAL PORTO SEGURO		
Cidade	FORMOSA					Cidade	GOIANIA		
UF	GO					UF	GO		
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	000000000		
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato	ANDRE LUIZ OU MURILO		
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(64) 9 9925-3885		
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email	vendas01@santedistribuidora.com.br		
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	MURILO PIRES		
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	1.500,00		
						Validade da Proposta	18/08/2023		
Observações do Comprador									
FORMOSA / GO .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. .AQUISIÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO. .FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0008-03 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE ORMOSA/GO. .COTAR SOMENTE FRETE CIF; .FAVOR ATENTAR AO DESCRITIVO DO PRODUTO, SEM ALTERAR QUANTIDADE NEM NOMES - SUJEITO A DEVOLUÇÃO; ALMOXARIFADO@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR .ENVIAR JUNTOS DO PRODUTO A ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL + BOLETO – SUJEIRO A DEVOLUÇÃO; GESTÃO Nº 03/2022 /2022 – SES / GO. .COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA / EQUIPAMENTOS; ENDEREÇO: AV. OESTE, QUADRAS 4, 5 E 9, S/N, JARDIM OLIVEIRA, FORMOSA/GO. CEP.: 73805-201. ENCAMINHAR CÓPIA DA NOTA FISCAL + BOLETO + XML PARA OS E-MAILS: ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE									
Observações do Fornecedor									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
10	26319	KIT SET LINHAS DE SANGUE ARTERIAL/VENOSO P/ MAQ HEMODIALISE	ISOLADOR CONDUTOR PRESSAO ARTERIAL VENOSA HEMODIALISE	NIPRO	720,00	KIT	12,1600	0,00	8.755,20
PARA MÁQUINAS DE HEMODIÁLISE CONTENDO LINHA DE SANGUE ARTERIAL COM SEGUIMENTO DE BOMBA COM 280MM DE EXTENSÃO E DIÂMETRO DE 8MM; SENSOR DE PRESSÃO COM CONECTOR LUER, PONTO DE INJEÇÃO, CLAMPS NA EXTENSÃO DA LINHA PRÓXIMA AO CONECTOR LUER; LINHA DE SANGUE VENOSO PARA MÁQUINAS DE HEMODIÁLISE, COM CATA-BOLHA COM 20MM DE DIÂMETRO, SENSOR DE PRESSÃO COM CONECTOR LUER, PONTO DE INJEÇÃO, CLAMPS NA EXTENSÃO DA LINHA PRÓXIMA AO CONECTOR LUER E NA SAÍDA DO CATA-BOLHA; ISOLADOR DE PRESSÃO ARTERIAL E VENOSA PARA MÁQUINA DE HEMODIÁLISE CONSTITUÍDO DE MEMBRANA HIDROFÓBICA E HIDROREPELENTE; EQUIPO DE SORO; ESTÉRIL, ATÓXICO E APIROGÊNICO, REGISTRADO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE.									
Total do pedido									8.755,20

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
439415	149710	46586 / 38835	11/08/2023	4.467,60	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE I			
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	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato TELEVENDAS			
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone (62) 3928-8989			
Email	comprasmatriz@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			
						Tipo de Frete CIF			
Endereço de cobrança	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					Faturamento Mínimo 1.200,00			
Endereço de entrega	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					Validade da Proposta 14/08/2023			
Observações do Comprador									
FORMOSA / GO .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. .AQUISIÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO. .FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0008-03 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE ORMOSA/GO. .COTAR SOMENTE FRETE CIF; .FAVOR ATENTAR AO DESCRITIVO DO PRODUTO, SEM ALTERAR QUANTIDADE NEM NOMES - SUJEITO A DEVOLUÇÃO; ALMOXARIFADO@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR .ENVIAR JUNTOS DO PRODUTO A ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL + BOLETO – SUJEIRO A DEVOLUÇÃO; GESTÃO Nº 03/2022 /2022 – SES / GO. .COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA / EQUIPAMENTOS; ENDEREÇO: AV. OESTE, QUADRAS 4, 5 E 9, S/N, JARDIM OLIVEIRA, FORMOSA/GO. CEP.: 73805-201. .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE									
Observações do Fornecedor									
VENDEDORA: JULIANA RAMALHO RAMAL 5170 - EMAIL: LOCALIZADOR03@SUPERMEDICA.COM.BR 62 9669-4917 - SOMENTE WHATSAPP COT 604698									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
7		DIALISADOR POLIETERSULFONA 20 H ALTO FLUXO 2,0 M2	DORA - 120 ESTOQUE	DORA	120,00	UNIDADE	37,2300	0,00	4.467,60
Total do pedido									4.467,60

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura/439415-149710-46586-38835-11082023-446760



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 11/08/2023 às 11:38, 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 16/08/2023 às 09:28, 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 277041 e o código verificador 38835.