

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
439450	149725	46550 / 38838	11/08/2023	1.242,40	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MAT / MED			
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	5 DIA(s)		
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias		
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	VENER ROQUE		
Tipo de Frete						Faturamento Mínimo	1.200,00		
Endereço de cobrança	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					Validade da Proposta	21/08/2023		
Endereço de entrega	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067								
Observações do Comprador									
<p>FORMOSA / GO</p> <p>FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ.</p> <p>AQUISIÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO.</p> <p>FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0008-03 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE ORMOSA/GO.</p> <p>COTAR SOMENTE FRETE CIF;</p> <p>FAVOR ATENTAR AO DESCRITIVO DO PRODUTO, SEM ALTERAR QUANTIDADE NEM NOMES - SUJEITO A DEVOLUÇÃO;</p> <p>ENCAMINHAR CÓPIA DA NOTA FISCAL + BOLETO + XML PARA OS E-MAILS: ALMOXARIFADO@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR</p> <p>ENVIAR JUNTOS DO PRODUTO A ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL + BOLETO – SUJEIRO A DEVOLUÇÃO;</p> <p>GESTÃO N° 03/2022 /2022 – SES / GO. .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE</p> <p>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.</p>									
Observações do Fornecedor									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
2	31802	AVENTAL IMPERM EM VINIL TRANSP C/ MANGAS LONGAS 1,40 X 0,70M	AVENTAL	INOVA	40,00	UNIDADE	9,8600	0,00	394,64
FRABRICADO EM OVC 100% LAMINADO; MANGAS LONGAS; PUNHO EM ELÁSTICO; COM ABERTURA E FECHAMENTO NAS COSTAS; DIMENSÕES APROXIMADAS 1,40 X 0,70 M (COMPRIMENTO X LARGURA).									
3	62715	CAMPO CIRURGICO FENESTRADO SMS BRANCO 40 X 30 X 30 CM	CAMPO	PROTDESC	200,00	UNIDADE	2,2500	0,00	450,00
4	31600	COMPRESSA 7,5 X 7,5 CM NÃO ESTERILCOM 13 FIOS BRANCA COM 500 UNIDADES	COMPRESSA	- COMPRESSA GAZE	20,00	PACOTE	19,9000	0,00	398,00
PCT C/500UN - NÃO ESTÉRIL; COR BRANCA; DESCATÁVEL; DCOMPRESSA GAZE; TECIDO 100% ALGODÃO; ISENTA DE IMPUREZAS; 8 CAMADAS; 5 DOBRAS; 13 FIOS CENTIMENTRO QUADRADO									
Total do pedido									1.242,40

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
439449	149725	46550 / 38838	11/08/2023	2.235,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MAT / MED	
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor	
Razão Social	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Razão Social	HOSPMED COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Nome Fantasia	HOSPMED
CNPJ	12.053.184/0008-03					CNPJ	37.821.276/0001-40
CEP	73.805-201					CEP	74.303-030
Endereço	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA					Endereço	AV C-0018 - SETOR SUDOESTE
Cidade	FORMOSA					Cidade	GOIANIA
UF	GO					UF	GO
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	108012930
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato	MARLENE
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 9 8128-6045
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email	hospmmed.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 PERPETUA DA SILVA SILV
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	1.000,00
						Validade da Proposta	10/09/2023

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 N° 03/2022 /2022 – SES / GO. .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE
.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									
8	61697	ESCOVA DESC DUPLA P/ LIMPEZA DE ENDOSCOPIOS 2,3MM X 230CM - CERDAS EM POLIPROPILENO	ALTON	ALTON	150,00	UNIDADE	14,9000	0,00	2.235,00
Total do pedido									2.235,00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
439448	149725	46550 / 38838	11/08/2023	1.773,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MAT / MED			
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	comprasmatrix@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	14/08/2023		
Observações do Comprador									
<p>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 N° 03/2022 /2022 – SES / GO. .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE .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.</p>									
Observações do Fornecedor									
<p>VENDEDORA: JULIANA RAMALHO RAMAL 5170 - EMAIL: LOCALIZADOR03@SUPERMEDICA.COM.BR 62 9669-4917 - SOMENTE WHATSAPP COT 604794</p>									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	VI. Unit.	Desconto	VI. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
1	59826	AVENTAL DESC. SEM MANGA AZUL ESCURO GR 30	HNDESC	HNDESC	200,00	UNIDADE	1,6600	0,00	332,00
TAMANHO UNICO									
9	58245	LENCOL DESCARTAVEL EM TNT BRANCO COM ELASTICO 200 X 90CM	FLEXPPELL	FLEXPPELL	1.500,00	UNIDADE	0,8060	0,00	1.209,00
11	22482	LUVA CIRURGICA ESTERIL N° 6,5	MEDIX	MEDIX	200,00	PAR	1,1600	0,00	232,00
CONFECCIONADA EM LATEX NATURAL ; FORMATO ANATOMICO COM ALTA SENSIBILIDADE TATIL ; COM BAINHA OU OUTRO DISPOSITIVO CAPAZ DE ASSEGURAR SEU AJUSTE ADEQUADO ; DE USO UNICO ; TEXTURA UNIFORME ; BOA ELASTICIDADE ; RESISTENCIA A TRACAO ; COMPRIMENTO MINIMO DE 265MM ; LUBRIFICADA C/ PO BIOABSORVIVEL ; ATOXICO QUE NAO CAUSE QUALQUER DANO AO ORGANISMO SOB CONDICOES NORMAIS DE USO ; ESTERILIZACAO P/ RAIOS GAMA OU OXIDO DE ETILENO ; EMBALADA E IDENTIFICADA DE ACORDO COM A NBR 13.391/95 E NR 6 DO MINISTERIO DO TRABALHO ; REGISTRO NO MINISTERIO DA SAUDE									
Total do pedido									1.773,00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
439447	149725	46550 / 38838	11/08/2023	1.320,50	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MAT / MED	
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor	
Razão Social	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Razão Social	DISPOMED HOSPITALAR LTDA
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Nome Fantasia	DISPOMED HOSPITALAR
CNPJ	12.053.184/0008-03					CNPJ	12.563.882/0001-82
CEP	73.805-201					CEP	74.910-095
Endereço	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA					Endereço	AV SAO PAULO - PARQUE REAL
Cidade	FORMOSA					Cidade	APARECIDA DE GOIANIA
UF	GO					UF	GO
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	104881160
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato	FERNANDO VECCHI
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 2020-7777
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email	comercial@dispomed.net.br
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	LARISSA TARE
Tipo de Frete						Tipo de Frete	CIF
Faturamento Mínimo						Faturamento Mínimo	700,00
Validade da Proposta						Validade da Proposta	11/08/2023
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</p> <p>.FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ.</p> <p>.AQUISIÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO.</p> <p>.FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0008-03 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE ORMOSA/GO.</p> <p>.COTAR SOMENTE FRETE CIF;</p> <p>.FAVOR ATENTAR AO DESCRITIVO DO PRODUTO, SEM ALTERAR QUANTIDADE NEM NOMES - SUJEITO A DEVOLUÇÃO;</p> <p>.ENCAMINHAR CÓPIA DA NOTA FISCAL + BOLETO + XML PARA OS E-MAILS: ALMOXARIFADO@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR</p> <p>.ENVIAR JUNTOS DO PRODUTO A ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL + BOLETO – SUJEIRO A DEVOLUÇÃO;</p> <p>.GESTÃO N° 03/2022 /2022 – SES / GO. .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE</p> <p>.COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA / EQUIPAMENTOS;</p> <p>.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.</p>

Observações do Fornecedor

Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
5	38092	COMPRESSA CAMPO OPERAT C/ FIO RADIOPACO 45 X 50 - PCT 50 UNIDADES	AMED	AMED	10,00	PACOTE	44,5000	0,00	445,0000
COMPRESSA CAMPO OPERATÓRIO 45 X 50 CM, COR BRANCA, C/FIO RADIOPACO 100% ALGODÃO, 4 (QUATRO) CAMADAS, COM BAINHA EM OVERLOCK, AUSÊNCIA DE AMIDO E ALVEJANTE ÓPTICO, NÃO ESTÉRIL. EMBAL. PCTE C/ 50 UNIDADES, REG. MS.									
7	27814	ELETRODO DESC. P/ MONITORIZACAO CARDIACA - GEL SOLIDO	MAXICOR	MAXICOR	2.150,00	UNIDADE	0,2100	0,00	452,1000
12	382	LUVA CIRURGICA ESTERIL N° 7,0	LIFE PLUS	LIFE PLUS	400,00	PAR	1,0600	0,00	424,4000
CONFECCIONADA EM LATEX NATURAL ; FORMATO ANATOMICO COM ALTA SENSIBILIDADE TATIL ; COM BAINHA OU OUTRO DISPOSITIVO CAPAS DE ASSEGURAR SEU AJUSTE ADEQUADO ; DE USO UNICO ; TEXTURA UNIFORME ; BOA ELASTICIDADE ; RESISTENCIA A TRACAO ; COMPRIMENTO MINIMO DE 265MM ; LUBRIFICADA C/ PO BIOABSORVIVEL ; ATOXICO QUE NAO CAUSE QUALQUER DANO AO ORGANISMO SOB CONDICOES NORMAIS DE USO ; ESTERILIZACAO P/ RAO GAMA OU OXIDO DE ETILENO ; EMBALADA E IDENTIFICADA DE ACORDO COM A NBR 13.391/95 E NR 6 DO MINISTERIO DO TRABALHO ; REGISTRO NO MINISTERIO DA SAUDE									
Total do pedido									1.320,50

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
439446	149725	46550 / 38838	11/08/2023	696,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MAT / MED			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Razão Social	GLEIDSON RODRIGUES RANULFO LTDA		
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Nome Fantasia	OPÇÃO DIAGNOSTICOS		
CNPJ	12.053.184/0008-03					CNPJ	03.738.854/0001-68		
CEP	73.805-201					CEP	74.543-030		
Endereço	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA					Endereço	AL P-2 - SETOR DOS FUNCIONARIOS		
Cidade	FORMOSA					Cidade	GOIANIA		
UF	GO					UF	GO		
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	104645016		
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato	GLEIDSON-62-8417-0474-WHATSSAP (62)3093-5116		
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 3093-5116		
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email	diagnostica.go@hotmail.com		
Prazo de Entrega Solicitado	4					Prazo de Entrega	4 DIA(s)		
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	28 Dias		
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	MILLENE TEODORO		
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	500,00		
						Validade da Proposta	10/08/2023		
Observações do Comprador									
<p>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; .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE GESTÃO N° 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.</p>									
Observações do Fornecedor									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	VI. Unit.	Desconto	VI. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
14	44124	TESTE RAPIDO COVID-19 AG NASOFARINGEO	UNIDADE	BIOCON	120,00	UNIDADE	5,8000	0,00	696,00
Total do pedido									696,00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
439445	149725	46550 / 38838	11/08/2023	816,60	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MAT / MED	
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor	
Razão Social	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Razão Social	ELLO DISTRIBUICAO LTDA - EPP
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Nome Fantasia	ELLO DISTRIBUICAO
CNPJ	12.053.184/0008-03					CNPJ	14.115.388/0001-80
CEP	73.805-201					CEP	74.780-562
Endereço	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA					Endereço	AV: ANAPOLIS - VILA PEDROSO
Cidade	FORMOSA					Cidade	GOIANIA
UF	GO					UF	GO
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	10574978248
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato	WILLIAM PERILLO - 98406-6004
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 4009-2100
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email	comercial@ellodistribuicao.com.br;compras@ellodistribuicao.com.br;daniela@ellodistribuicao.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	LIGIA LAIS
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	600,00
						Validade da Proposta	12/08/2023

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;
 ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE GESTÃO N° 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	VI. Unit.	Desconto	VI. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
6	375	COMPRESSA GAZE ESTERIL 11F 7,5 X 7,5CM PCT C/ 10 UNID	C/900	AMERICA	1.800,00	PACOTE	0,4050	0,00	729,00
COM NO MINIMO 11 FIOS ; (GAZE HIDROFILO)									
15	402	TOUCA CIRURGICA DESCARTAVEL BRANCA C/ ELASTICO	PCT 100	DESCARPACK	1.200,00	UNIDADE	0,0730	0,00	87,60
CONFECCIONADA EM TECIDO NAO TECIDO (TNT), GRAMATURA 10, COM ELASTICO ESPECIAL NO PERIMETRO, BOM ACABAMENTO, TAMANHO UNICO									
Total do pedido									816,60

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
439444	149725	46550 / 38838	11/08/2023	715,20	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MAT / MED			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Razão Social	CIENTIFICA MEDICA HOSPITALAR LTDA		
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Nome Fantasia	CIENTIFICA HOSPITALAR		
CNPJ	12.053.184/0008-03					CNPJ	07.847.837/0001-10		
CEP	73.805-201					CEP	74.911-360		
Endereço	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA					Endereço	AV ANAPOLIS - VILA BRASILIA		
Cidade	FORMOSA					Cidade	APARECIDA DE GOIANIA		
UF	GO					UF	GO		
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	10.399.060-7		
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato	LUANA		
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 3088-9700		
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email	gerenciadmh1@gmail.com		
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	CAROLINA		
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	200,00		
						Validade da Proposta	12/08/2023		
Observações do Comprador									
<p>FORMOSA / GO</p> <p>FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ.</p> <p>AQUISIÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO.</p> <p>FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0008-03 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE ORMOSA/GO.</p> <p>COTAR SOMENTE FRETE CIF;</p> <p>FAVOR ATENTAR AO DESCRITIVO DO PRODUTO, SEM ALTERAR QUANTIDADE NEM NOMES - SUJEITO A DEVOLUÇÃO;</p> <p>ALMOXARIFADO@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR</p> <p>ENVIAR JUNTOS DO PRODUTO A ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL + BOLETO – SUJEIRO A DEVOLUÇÃO;</p> <p>GESTÃO N° 03/2022 /2022 – SES / GO.</p> <p>COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA / EQUIPAMENTOS;</p> <p>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.</p> <p>.ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE</p>									
Observações do Fornecedor									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	VI. Unit.	Desconto	VI. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
10	220	LENCOL HOSPITALAR DESC. 70CM X 50M	CX/10	LUDAN	70,00	ROLO	9,6000	0,00	672,00
100% FIBRAS NATURAIS NAO TRANSGENICAS OU EM MATERIAL RECICLAVEL ; TEXTURA MACIA E RESISTENTE AO ESTADO UMIDO ; NAO ESTERIL ; USO UNICO /DESCARTAVEL ; ROLO EMBALADO INDIVIDUALMENTE ; REGISTRO NA ANVISA ; INDICACAO DE USO: MACA									
13	1262	PRESERVATIVO LATEX NÃO LUBRIFICADO...	VENC: 01/24	EROS	144,00	UNIDADE	0,3000	0,00	43,20
COM RESERVATÓRIO, LADOS PARALELOS EMBALADOS INDIVIDUALMENTE COM REGISTRO M.S.									
Total do pedido									715,20



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 11/08/2023 às 17:29, 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 16/08/2023 às 09:26, 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 277459 e o código verificador 38838.