Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta
439708	149710	46586 / 38835	16/08/2023	4.315,50	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE I

Condições de Negócio do Comprador

Razão Social	INSTITUTO CEM - FORMOSA
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FORMOSA
CNPJ	12.053.184/0008-03
CEP	73.805-201
Endereço	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA
Cidade	FORMOSA
UF	GO
Insc. Estadual	ISENTO
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues
Telefone	(62) 9 9973-7067
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br
Prazo de Entrega Solicitado	4
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO
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

Condições de Negócio do Fornecedor

Razão Social	GOYAZ SERVICE COMÉRCIO E LOGÍSTICA LTDA
Nome Fantasia	GOYAZ SERVICE HOSPITALAR
CNPJ	07.928.753/0001-00
CEP	75.368-155
Endereço	RUA SILVIO CALDAS QD. 13 LT. 17 - RESIDENCIAL LIMOEIRO
Cidade	GOIANIRA
UF	GO
Insc. Estadual	104331356
Contato	ANA CAROLINA
Telefone	(62) 3433-7715
Email	.
Prazo de Entrega	1 DIA(s)
Cond. Pagamento	30 Dias
Nome do Vendedor	ANA CAROLINA RODRIGUES DA SILVA
Tipo de Frete	CIF
Faturamento Mínimo	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; .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 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									
4	33777	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 1000ML - BOLSA	HALEXISTAR	HALEXISTAR	450,00	BOLSA	9,5900	0,00	4.315,50
BOLSA 1000ML									
								Total do pedido	**4.315,50**

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 279095 e o código verificador 38835

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta
439707	149710	46586 / 38835	16/08/2023	521,50	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE I

Condições de Negócio do Comprador

Razão Social	INSTITUTO CEM - FORMOSA
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FORMOSA
CNPJ	12.053.184/0008-03
CEP	73.805-201
Endereço	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA
Cidade	FORMOSA
UF	GO
Insc. Estadual	ISENTO
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues
Telefone	(62) 9 9973-7067
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br
Prazo de Entrega Solicitado	4
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO
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

Condições de Negócio do Fornecedor

Razão Social	CIENTIFICA MEDICA HOSPITALAR LTDA
Nome Fantasia	CIENTIFICA HOSPITALAR
CNPJ	07.847.837/0001-10
CEP	74.911-360
Endereço	AV ANAPOLIS - VILA BRASILIA
Cidade	APARECIDA DE GOIANIA
UF	GO
Insc. Estadual	10.399.060-7
Contato	LUANA
Telefone	(62) 3088-9700
Email	gerenciacmh1@gmail.com
Prazo de Entrega	2 DIA(s)
Cond. Pagamento	30 Dias
Nome do Vendedor	CAROLINA
Tipo de Frete	CIF
Faturamento Mínimo	200,00
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 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									
2	25803	ALCOOL SWAB 70%. ENVELOPE	VENC: 02 /24	RIOQUIMICA	1.500,00	ENVELOPE	0,1450	0,00	217,50
MINI GAZE EMBEBIDO COM ÁLCOOL PARA ASSEPSIA. EMBALADO INDIVIDUALEMTNE EM ENVELOPE TERMOSSELADO, LACRADO, EM POLÍMERO PLÁSTICO									
8	233	EQUIPO PARA SOLUÇÃO PARENTERAL MACROGOTAS GRAVIT. COM INJETOR LATERAL	CX/50	DESCARPACK	400,00	UNIDADE	0,7600	0,00	304,00
"EQUIPO MACRO INJ LAT GRAVIT P/ SOL PARENTERAL EQUIPO P/ INFUSÃO GRAVITACIONAL DE SOLUÇÕES PARENTERAIS: PONTA PERFURANTE, PADRÃO ISO									
								Total do pedido	**521,50**

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura.aspx informando o código 279095 e o código verificador 38835

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

Razão Social	INSTITUTO CEM - FORMOSA
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FORMOSA
CNPJ	12.053.184/0008-03
CEP	73.805-201
Endereço	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA
Cidade	FORMOSA
UF	GO
Insc. Estadual	ISENTO
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues
Telefone	(62) 9 9973-7067
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br
Prazo de Entrega Solicitado	4
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO
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

Condições de Negócio do Fornecedor

Razão Social	QB COMERCIO LTDA
Nome Fantasia	QUALITY MED HOSPITALAR
CNPJ	40.760.938/0001-24
CEP	74.922-305
Endereço	RUA X-35, QD 07, LT 17 - JARDIM OLIMPICO
Cidade	APARECIDA DE GOIANIA
UF	GO
Insc. Estadual	10.825.087-3
Contato	(62) 2020-8888
Telefone	(62) 9 8276-0198
Email	comercial@quality.med.br
Prazo de Entrega	1 DIA(s)
Cond. Pagamento	30 Dias
Nome do Vendedor	FERNANDO
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; .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE 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**

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-arq.xhtml informando o código 279095 e o código verificador 38835

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

Razão Social	INSTITUTO CEM - FORMOSA
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FORMOSA
CNPJ	12.053.184/0008-03
CEP	73.805-201
Endereço	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA
Cidade	FORMOSA
UF	GO
Insc. Estadual	ISENTO
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues
Telefone	(62) 9 9973-7067
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br
Prazo de Entrega Solicitado	4
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO
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

Condições de Negócio do Fornecedor

Razão Social	SYMEX PRODUTOS MEDICOS HOSPITALARES LTDA
Nome Fantasia	SYMEX HOSPITALAR
CNPJ	45.212.514/0001-49
CEP	74.275-220
Endereço	R C-0184 - JARDIM AMERICA
Cidade	GOIANIA
UF	GO
Insc. Estadual	108947033
Contato	VINICIUS FERREIRA
Telefone	(62) 4106-1571
Email	vendas@symex.com.br
Prazo de Entrega	2 DIA(s)
Cond. Pagamento	28 Dias
Nome do Vendedor	ANGÉLICA DAYANE
Tipo de Frete	CIF
Faturamento Mínimo	300,00
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; .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE 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									
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/virtualdoc/public/validar-assinatura-arquivo informando o código 279095 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

Razão Social	INSTITUTO CEM - FORMOSA
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FORMOSA
CNPJ	12.053.184/0008-03
CEP	73.805-201
Endereço	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA
Cidade	FORMOSA
UF	GO
Insc. Estadual	ISENTO
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues
Telefone	(62) 9 9973-7067
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br
Prazo de Entrega Solicitado	4
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO
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

Condições de Negócio do Fornecedor

Razão Social	BF DE ANDRADE HOSPITALAR LTDA
Nome Fantasia	BF DE ANDRADE HOSPITALAR
CNPJ	36.979.350/0001-99
CEP	74.835-530
Endereço	R TAMBUQUI - PARQUE AMAZONIA
Cidade	GOIANIA
UF	GO
Insc. Estadual	10.792.452-8
Contato	GLAZIELLY FAGUNDES
Telefone	(62) 3241-1425
Email	vendas3@bfdeandradehospitalar.com.br
Prazo de Entrega	1 DIA(s)
Cond. Pagamento	30 Dias
Nome do Vendedor	GLAZIELLY FAGUNDES SABINO
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; .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE 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									
2	25803	ALCOOL SWAB 70%. ENVELOPE	9191	MEDIX	1.500,00	ENVELOPE	0,0722	0,00	108,30
MINI GAZE EMBEBIDO COM ÁLCOOL PARA ASSEPSIA. EMBALADO INDIVIDUALEMTNE 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	4.255,78
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	**4.660,09**

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 279095 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

Razão Social	INSTITUTO CEM - FORMOSA
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FORMOSA
CNPJ	12.053.184/0008-03
CEP	73.805-201
Endereço	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA
Cidade	FORMOSA
UF	GO
Insc. Estadual	ISENTO
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues
Telefone	(62) 9 9973-7067
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br
Prazo de Entrega Solicitado	4
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO
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

Condições de Negócio do Fornecedor

Razão Social	SEMPRE HOSPITALAR LTDA
Nome Fantasia	SEMPRE
CNPJ	37.751.411/0001-29
CEP	74.255-140
Endereço	R C-0159 - JARDIM AMÉRICA
Cidade	GOIANIA
UF	GO
Insc. Estadual	10799854-8
Contato	VENER
Telefone	(62) 9 9462-2822
Email	vendas16@semprehospitalar.com.br
Prazo de Entrega	4 DIA(s)
Cond. Pagamento	30 Dias
Nome do Vendedor	VENER ROQUE
Tipo de Frete	CIF
Faturamento Mínimo	1.200,00
Validade da Proposta	22/08/2023

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 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									
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/virtualdoc/public/validar-assinatura-aberto informando o código 279095 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

Razão Social	INSTITUTO CEM - FORMOSA
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FORMOSA
CNPJ	12.053.184/0008-03
CEP	73.805-201
Endereço	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA
Cidade	FORMOSA
UF	GO
Insc. Estadual	ISENTO
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues
Telefone	(62) 9 9973-7067
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br
Prazo de Entrega Solicitado	4
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO
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

Condições de Negócio do Fornecedor

Razão Social	SANTÉ MÉDICA HOSPITALAR LTDA
Nome Fantasia	SANTÉ MÉDICA HOSPITALAR LTDA
CNPJ	16.699.864/0001-83
CEP	74.366-115
Endereço	AV. LORENZO ESQUINA COM RPS-5 - RESIDENCIAL PORTO SEGURO
Cidade	GOIANIA
UF	GO
Insc. Estadual	000000000
Contato	ANDRE LUIZ OU MURILO
Telefone	(64) 9 9925-3885
Email	vendas01@santedistribuidora.com.br
Prazo de Entrega	7 DIA(s)
Cond. Pagamento	30 Dias
Nome do Vendedor	MURILO PIRES
Tipo de Frete	CIF
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; .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 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									
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 VENOSA 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**

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/publico/validar-assinatura.aspx informando o código 279095 e o código verificador 38835

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

Razão Social	INSTITUTO CEM - FORMOSA
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FORMOSA
CNPJ	12.053.184/0008-03
CEP	73.805-201
Endereço	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA
Cidade	FORMOSA
UF	GO
Insc. Estadual	ISENTO
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues
Telefone	(62) 9 9973-7067
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br
Prazo de Entrega Solicitado	4
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO
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

Condições de Negócio do Fornecedor

Razão Social	SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI
Nome Fantasia	SUPERMEDICA HOSPITALAR
CNPJ	06.065.614/0001-38
CEP	74.255-140
Endereço	RUA C-159 - JARDIM AMERICA
Cidade	GOIANIA
UF	GO
Insc. Estadual	106039750
Contato	TELEVENDAS
Telefone	(62) 3928-8989
Email	vendas12@supermedica.com.br
Prazo de Entrega	2 DIA(s)
Cond. Pagamento	30 Dias
Nome do Vendedor	JULIANA RAMALHO
Tipo de Frete	CIF
Faturamento Mínimo	1.200,00
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; .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 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

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 deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 279095 e o código verificador 38835

Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 16/08/2023 às 09:55, 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 17/08/2023 às 11:51, 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 279095 e o código verificador 38835.