

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta						
442149	150877	49180/40724	19/09/2023	180,00	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAL DE ENFERMAGEM						
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor						
Razão Social		INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS				Razão Social		SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI				
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM				Nome Fantasia		SUPERMEDICA HOSPITALAR				
CPF/CNPJ		12.053.184/0005-60				CPF/CNPJ		06.065.614/0001-38				
CEP		75.860-000				CEP		74.255-140				
Endereço		RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS				Endereço		RUA C-159 - JARDIM AMERICA				
Cidade		QUIRINOPOLIS				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				
						Tipo de Frete		CIF				
						Faturamento Mínimo		1.200,00				
						Validade da Proposta		12/09/2023				
Endereço de cobrança		RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966										
Endereço de entrega		RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966										
Observações do Comprador												
QUIRINÓPOLIS / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60 - 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 + BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML NO E-MAIL: ALMOXARIFADO@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR; CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 01/2021 - SES / GO. COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA/ EQUIPAMENTO.												
Observações do Fornecedor												
VENDEDORA: JULIANA RAMALHO RAMAL 5170 - EMAIL: LOCALIZADOR03@SUPERMEDICA.COM.BR 62 9669-4917 - SOMENTE WHATSAPP COT 615928												
Item	Código	Descrição				Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR												
14	44461	SERINGA DESC 03ML LUER SLIP C/ AGULHA 25 X 0,7MM				SR	SR	1.000,00	UNIDADE	0,1800	0,00	180,00
Total do pedido												180,00

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade das informações pode ser conferida no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura> informando o código 295182 e o código verificador 40724

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta						
442148	150877	49180/40724	19/09/2023	784,43	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAL DE ENFERMAGEM						
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor						
Razão Social		INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS				Razão Social		MAEVE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA				
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM				Nome Fantasia		MAEVE HOSPITALAR				
CPF/CNPJ		12.053.184/0005-60				CPF/CNPJ		09.034.672/0001-92				
CEP		75.860-000				CEP		74.985-144				
Endereço		RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS				Endereço		RUA 13 - POLO EMPRESARIAL DE GOIÁS - ETAPA IV				
Cidade		QUIRINOPOLIS				Cidade		APARECIDA DE GOIANIA				
UF		GO				UF		GO				
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		10.416.812-9				
Contato		NAOR BORGES				Contato		62 35651038				
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone		(62) 3565-1033				
Email		naor@institutocem.org.br				Email		analistacomercial@maevehospitalar.com.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		ALESSANDRA TEIXEIRA				
						Tipo de Frete		CIF				
						Faturamento Mínimo		500,00				
						Validade da Proposta		18/09/2023				
Endereço de cobrança		RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966										
Endereço de entrega		RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966										
Observações do Comprador												
QUIRINÓPOLIS / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60 - 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 + BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML NO E-MAIL: ALMOXARIFADO@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR; CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 01/2021 - 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	4818	CATETER NASAL TIPO OCULOS				MEDSONDA	MEDSONDA	80,00	UNIDADE	1,0700	0,00	856,00
DESC ; PARA OXIGENOTERAPIA ; ATOXICO ; EMBALADOS INDIVIDUALMENTE												
6	233	EQUIPO P/ SOL PARENT MACROGOTAS GRAVIT C/ INJETOR LATERAL				TKL	TKL	675,00	UNIDADE	0,6990	0,00	471,83
EQUIPO MACRO INJ LAT GRAVIT P/ SOL PARENTERAL ; EQUIPO P/ INFUSAO GRAVITACIONAL DE SOLUCOES PARENTERAIS: PONTA PERFURANTE, PADRAO ISO, PADRAO GOTAS (1ML= 30GOTAS/MINUTOS), CAMARA GOTEJADORA C/FILTRO DE PARTICULAS DE 15UM ; ENTRADA DE AR C/ FILTRO DE 0.22UM, TUBO EM PVC, PINCA ROLETE P/ CONTROLE FLUXO DE INFUSAO ; INJETOR LATERAL C/ MEMBRANA AUTO-CICATRIZANTE, LATEX FREE, REGISTRO ANVISA ; ENTRADA DE AR, INJETOR LATERAL E CONECTOR LUER SLIP ; CONFORMIDADE C/ A NBR 14041 E REGISTRO NO MINISTERIO DA SAUDE ; MARCA A TITULO DE REFERENCIA: B BRAUM INTRAFIX - PRIMELINE AIR IL - SLIP OU EQUIVALENTE.												
9	39552	LANCETAS PICADORA DE SANGUE ESTERIL				MAXICOR	MAXICOR	400,00	UNIDADE	0,1200	0,00	48,00
15	44460	SERINGA DESCARTÁVEL 05 ML LUER SLIP COM AGULHA 25 X 0,7 MM				DESCARPACK	DESCARPACK	500,00	UNIDADE	0,1900	0,00	95,00
18	457	TIRA TESTE P/ DETERMINACAO GLICOSE NO SANGUE				ON CALL PLUS	ON CALL PLUS	200,00	UNIDADE	0,4200	0,00	84,00
TEMPO DE RESULTADO NAO ACIMA DE 40 SEG ; C/ ELETRODO QUE ANULE A INTERFERENCIA DE MEDICAMENTOS E SUBSTANCIAS ENDOGENAS ; QUE POSSIBILITE RECEBER A SEGUNDA GOTA DE SANGUE ; C/ FAIXA DE HEMACEAS DE 20 A 70% ; QUE POSSIBILITE EXAMES EM NEONATOS. **** A CADA 1.000 DE TIRAS, FAVOR ENVIAR UM APARELHO EM BONIFICAÇÃO												
Total do pedido												784,43

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
442108	150877	49180/40724	18/09/2023	1.309,00	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAL DE ENFERMAGEM				
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor				
Razão Social		INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS				Razão Social		ABA MED LTDA		
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM				Nome Fantasia		ABA MEDICAL		
CPF/CNPJ		12.053.184/0005-60				CPF/CNPJ		04.369.147/0001-04		
CEP		75.860-000				CEP		74.683-350		
Endereço		RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS				Endereço		R GB-0036 - JARDIM GUANABARA III		
Cidade		QUIRINOPOLIS				Cidade		GOIANIA		
UF		GO				UF		GO		
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		10.530.344-5		
Contato		NAOR BORGES				Contato		ELIEZER		
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone		(62) 9 8318-0162		
Email		naor@institutocem.org.br				Email		dex@eccoparticipacoes.com		
Prazo de Entrega Solicitado		4				Prazo de Entrega		3 DIA(s)		
Cond. Pagamento Solicitado		A PRAZO				Cond. Pagamento		30 Dias		
Nome do Vendedor						Nome do Vendedor		KEDNA LOPES		
Forma de Pagamento		BOLETO BANCÁRIO				Tipo de Frete		CIF		
Faturamento Mínimo						Faturamento Mínimo		200,00		
Validade da Proposta						Validade da Proposta		13/09/2023		
Endereço de cobrança		RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966								
Endereço de entrega		RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966								
Observações do Comprador										
QUIRINÓPOLIS / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60 - 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 + BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML NO E-MAIL: ALMOXARIFADO@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR; CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 01/2021 - SES / GO. COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA/ EQUIPAMENTO.										
Observações do Fornecedor										
(62) 99390-0065										
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total	
MÉDICO / HOSPITALAR										
11	385	LUVA DE PROCEDIMENTO NAO ESTERIL M	SUPERMAX	SUPERMAX	60,00	CAIXA	11,9000	0,00	714,00	
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 230MM ; 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 13.392/95 E NR 6 DO MINISTERIO DO TRABALHO ; REGISTRO NO MINISTERIO DA SAUDE.										
12	386	LUVA DE PROCEDIMENTO NAO ESTERIL P	SUPERMAX	SUPERMAX	50,00	CAIXA	11,9000	0,00	595,00	
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 230MM ; 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 13.392/95 E NR 6 DO MINISTERIO DO TRABALHO ; REGISTRO NO MINISTERIO DA SAUDE										
Total do pedido									1.309,00	

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta						
442107	150877	49180/40724	18/09/2023	1.120,00	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAL DE ENFERMAGEM						
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor						
Razão Social		INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS				Razão Social		SEMPRE HOSPITALAR LTDA				
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM				Nome Fantasia		SEMPRE				
CPF/CNPJ		12.053.184/0005-60				CPF/CNPJ		37.751.411/0001-29				
CEP		75.860-000				CEP		74.255-140				
Endereço		RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS				Endereço		R C-0159 - JARDIM AMÉRICA				
Cidade		QUIRINOPOLIS				Cidade		GOIANIA				
UF		GO				UF		GO				
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		10799854-8				
Contato		NAOR BORGES				Contato		VENER				
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone		(62) 9 9462-2822				
Email		naor@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				
Nome do Vendedor						Nome do Vendedor		VENER ROQUE				
Forma de Pagamento		BOLETO BANCÁRIO				Tipo de Frete		CIF				
Faturamento Mínimo						Faturamento Mínimo		1.000,00				
Validade da Proposta						Validade da Proposta		20/09/2023				
Endereço de cobrança		RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966										
Endereço de entrega		RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966										
Observações do Comprador												
QUIRINÓPOLIS / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60 - 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 + BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML NO E-MAIL: ALMOXARIFADO@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR; CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 01/2021 - 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												
1	62705	BOCAL DESCARTÁVEL PARA ENDOSCOPIA 32 X 46 X 27 MM				BOCAL	SMART MEDICAL	200,00	UNIDADE	1,4800	0,00	2960,00
FABRICADO EM POLIPROPILENO (PP) SUPERFÍCIE EXTERNA POLIDA, DIMENSÕES (UNIDADE) L:32 X C: 46 X A: 27 MM; DIMENSÕES DO ELÁSTICO L:19 X C:500 MM. PRODUTO ATÓXICO, PRODUTO DESCARTÁVEL APÓS UTILIZAÇÃO.												
10	220	LENCOL HOSPITALAR DESC. 70CM X 50M				LENCOL	LUDAN	80,00	ROLO	10,3000	0,00	8240,00
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												
Total do pedido												1.120,00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta						
442106	150877	49180/40724	18/09/2023	3.916,84	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAL DE ENFERMAGEM						
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor						
Razão Social		INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS				Razão Social		HOSPMED COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA				
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM				Nome Fantasia		HOSPMED				
CPF/CNPJ		12.053.184/0005-60				CPF/CNPJ		37.821.276/0001-40				
CEP		75.860-000				CEP		74.303-030				
Endereço		RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS				Endereço		AV C-0018 - SETOR SUDOESTE				
Cidade		QUIRINOPOLIS				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		5 DIA(s)				
Cond. Pagamento Solicitado		A PRAZO				Cond. Pagamento		30 Dias				
Forma de Pagamento		BOLETO BANCÁRIO				Nome do Vendedor		MARLENE PERPETUA DA SILVA SILV				
						Tipo de Frete		CIF				
						Faturamento Mínimo		1.000,00				
Endereço de cobrança		RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966				Validade da Proposta		06/10/2023				
Endereço de entrega		RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966										
Observações do Comprador												
QUIRINÓPOLIS / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60 - 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 + BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML NO E-MAIL: ALMOXARIFADO@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR; CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 01/2021 - 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	64523	DESODORANTE ROL-LON COR AMBAR FR. 10ML				AMBAR	AMBAR	150,00	UNIDADE	8,9000	0,00	1.335,00
7	67233	FITAS DE CONTROLE PARA SOLUÇÃO DE ORTOFTALDEIDO - COM 40 FITAS				RESIX	RESIX	136,00	UNIDADE	3,9900	0,00	542,84
13	64712	PONTO SEMENTE 1,5-1,8 MM P/ AURICULOTER C/ MICROP QUADR 60 UNIDADES				PAN/DUX	PAN/DUX	80,00	UNIDADE	15,9900	0,00	1.279,20
O PONTO SEMENTE POSSUI SESSENTA ADESIVOS DE ESPARADRAPO BEGE DE MÁXIMA FIXAÇÃO, BORDAS ARREDONDADAS E SEMENTES SELECIONADAS, COM VARIAÇÃO ENTRE 1,5 MM E 1,8 MM NO TAMANHO. SUA APRESENTAÇÃO É EM CARTEIRA PLÁSTICA ANTIADERENTE COM CAVIDADES QUE FACILITAM A RETIRADA DOS ADESIVOS, COM ACABAMENTO DE ALTA QUALIDADE. O PEODUTO ACOMPANHA MAPA AURICULAR INTEGRADO NO VERSO, FACILITANDO AINDA MAIS A APLICAÇÃO.												
17		TESTE DE UREASE				RENYLAB	RENYLAB	200,00	UNIDADE	3,8000	0,00	760,00
Total do pedido												3.916,84

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
442105	150877	49180/40724	18/09/2023	4.665,90	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAL DE ENFERMAGEM				
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor				
Razão Social		INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS				Razão Social		SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI		
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM				Nome Fantasia		SUPERMEDICA HOSPITALAR		
CPF/CNPJ		12.053.184/0005-60				CPF/CNPJ		06.065.614/0001-38		
CEP		75.860-000				CEP		74.255-140		
Endereço		RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS				Endereço		RUA C-159 - JARDIM AMERICA		
Cidade		QUIRINOPOLIS				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		
						Tipo de Frete		CIF		
						Faturamento Mínimo		1.200,00		
						Validade da Proposta		12/09/2023		
Endereço de cobrança		RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966								
Endereço de entrega		RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966								
Observações do Comprador										
QUIRINÓPOLIS / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60 - 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 + BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML NO E-MAIL: ALMOXARIFADO@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR; CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 01/2021 - SES / GO. COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA/ EQUIPAMENTO.										
Observações do Fornecedor										
VENDEDORA: JULIANA RAMALHO RAMAL 5170 - EMAIL: LOCALIZADOR03@SUPERMEDICA.COM.BR 62 9669-4917 - SOMENTE WHATSAPP COT 615928										
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total	
MÉDICO / HOSPITALAR										
2	38807	CAIXA P/ DESCARTE DE MATERIAL PERFUROCORTEANTE 20 LITROS	FLEXPELL	FLEXPELL	40,00	CAIXA	5,9600	0,00	238,40	
4	5439	CLORETO DE SÓDIO SOL INJ 0,9% 1000ML - FRASCO	EUROFARMA	EUROFARMA	450,00	BOLSA	9,2000	0,00	4.140,00	
BOLSA 1000 ML										
16	44459	SERINGA DESCARTÁVEL 10 ML LUER SLIP COM AGULHA 25 X 0,7 MM	SR	SR	500,00	UNIDADE	0,2950	0,00	147,50	
19		TUBO PORTA LAMINAS P/ 3 LAMINAS	CRAL	CRAL	400,00	UNIDADE	0,3500	0,00	140,00	
Total do pedido									4.665,90	

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta						
442104	150877	49180/40724	18/09/2023	810,00	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAL DE ENFERMAGEM						
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor						
Razão Social		INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS				Razão Social		NL PRODUTOS HOSPITALARES LTDA.				
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM				Nome Fantasia		BSMIX				
CPF/CNPJ		12.053.184/0005-60				CPF/CNPJ		10.750.894/0001-90				
CEP		75.860-000				CEP		74.820-285				
Endereço		RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS				Endereço		R 1015 - SETOR PEDRO LUDOVICO				
Cidade		QUIRINOPOLIS				Cidade		GOIANIA				
UF		GO				UF		GO				
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		104488913				
Contato		NAOR BORGES				Contato		MARCOS				
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone		(62) 3088-5468				
Email		naor@institutocem.org.br				Email		nlph@hotmail.com				
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		MARCOS				
						Tipo de Frete		CIF				
						Faturamento Mínimo		800,00				
Endereço de cobrança		RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966				Validade da Proposta		11/09/2023				
Endereço de entrega		RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966										
Observações do Comprador												
QUIRINÓPOLIS / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60 - 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 + BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML NO E-MAIL: ALMOXARIFADO@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR; CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 01/2021 - 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												
8		INATIVADOR P/ SOLUCAO DE ORTOFTALDEIDO GLICINA 33G				FR	INDALABOE	27,00	UNIDADE	30,0000	0,00	810,00
Total do pedido												810,00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta						
442103	150877	49180/40724	18/09/2023	818,43	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAL DE ENFERMAGEM						
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor						
Razão Social		INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS				Razão Social		MAEVE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA				
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM				Nome Fantasia		MAEVE HOSPITALAR				
CPF/CNPJ		12.053.184/0005-60				CPF/CNPJ		09.034.672/0001-92				
CEP		75.860-000				CEP		74.985-144				
Endereço		RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS				Endereço		RUA 13 - POLO EMPRESARIAL DE GOIÁS - ETAPA IV				
Cidade		QUIRINOPOLIS				Cidade		APARECIDA DE GOIANIA				
UF		GO				UF		GO				
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		10.416.812-9				
Contato		NAOR BORGES				Contato		62 35651038				
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone		(62) 3565-1033				
Email		naor@institutocem.org.br				Email		analistacomercial@maevehospitalar.com.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		ALESSANDRA TEIXEIRA				
						Tipo de Frete		CIF				
						Faturamento Mínimo		500,00				
						Validade da Proposta		18/09/2023				
Endereço de cobrança		RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966										
Endereço de entrega		RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966										
Observações do Comprador												
QUIRINÓPOLIS / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60 - 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 + BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML NO E-MAIL: ALMOXARIFADO@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR; CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 01/2021 - 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	4818	CATETER NASAL TIPO OCULOS				MEDSONDA	MEDSONDA	80,00	UNIDADE	1,0700	0,00	856,00
DESC ; PARA OXIGENOTERAPIA ; ATOXICO ; EMBALADOS INDIVIDUALMENTE												
6	233	EQUIPO P/ SOL PARENT MACROGOTAS GRAVIT C/ INJETOR LATERAL				TKL	TKL	675,00	UNIDADE	0,6990	0,00	471,00
EQUIPO MACRO INJ LAT GRAVIT P/ SOL PARENTERAL ; EQUIPO P/ INFUSAO GRAVITACIONAL DE SOLUCOES PARENTERAIS: PONTA PERFURANTE, PADRAO ISO, PADRAO GOTAS (1ML= 30GOTAS/MINUTOS), CAMARA GOTEJADORA C/FILTRO DE PARTICULAS DE 15UM ; ENTRADA DE AR C/ FILTRO DE 0,22UM, TUBO EM PVC, PINCA ROLETE P/ CONTROLE FLUXO DE INFUSAO ; INJETOR LATERAL C/ MEMBRANA AUTO-CICATRIZANTE, LATEX FREE, REGISTRO ANVISA ; ENTRADA DE AR, INJETOR LATERAL E CONECTOR LUER SLIP ; CONFORMIDADE C/ A NBR 14041 E REGISTRO NO MINISTERIO DA SAUDE ; MARCA A TITULO DE REFERENCIA: B BRAUM INTRAFIX - PRIMELINE AIR IL - SLIP OU EQUIVALENTE.												
9	39552	LANCETAS PICADORA DE SANGUE ESTERIL				MAXICOR	MAXICOR	400,00	UNIDADE	0,1200	0,00	48,00
14	44461	SERINGA DESC 03ML LUER SLIP C/ AGULHA 25 X 0,7MM				SR	SR	200,00	UNIDADE	0,1700	0,00	34,00
15	44460	SERINGA DESCARTÁVEL 05 ML LUER SLIP COM AGULHA 25 X 0,7 MM				DESCARPACK	DESCARPACK	500,00	UNIDADE	0,1900	0,00	95,00
18	457	TIRA TESTE P/ DETERMINACAO GLICOSE NO SANGUE				ON CALL PLUS	ON CALL PLUS	200,00	UNIDADE	0,4200	0,00	84,00
TEMPO DE RESULTADO NAO ACIMA DE 40 SEG ; C/ ELETRODO QUE ANULE A INTERFERENCIA DE MEDICAMENTOS E SUBSTANCIAS ENDOGENAS ; QUE POSSIBILITE RECEBER A SEGUNDA GOTA DE SANGUE ; C/ FAIXA DE HEMACEAS DE 20 A 70% ; QUE POSSIBILITE EXAMES EM NEONATOS. **** A CADA 1.000 DE TIRAS, FAVOR ENVIAR UM APARELHO EM BONIFICAÇÃO												
Total do pedido												818,43



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 19/09/2023 às 11:10, 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 19/09/2023 às 19:53, 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 295182 e o código verificador 40724.