

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
442463	150760	49125/40620	25/09/2023	1.295,80	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO - MATERIAIS DE COLONOSCOPIA			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - POSSE					Razão Social	SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI		
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM					Nome Fantasia	SUPERMEDICA HOSPITALAR		
CPF/CNPJ	12.053.184/0002-18					CPF/CNPJ	06.065.614/0001-38		
CEP	73.900-000					CEP	74.255-140		
Endereço	AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHKE DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES					Endereço	RUA C-159 - JARDIM AMERICA		
Cidade	POSSE					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		
Endereço de cobrança	AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903					Tipo de Frete	CIF		
Endereço de entrega	AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903					Faturamento Mínimo	1.200,00		
						Validade da Proposta	12/09/2023		
Observações do Comprador									
<p>POSSE / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE - SUJEITO A DEVOLUÇÃO; COTAR SOMENTE FRETE CIF. NÃO DESCONTAR NOSSOS TÍTULOS EM FACTORING. NÃO PAGAMOS JUROS; ENVIAR JUNTO A MERCADORIA CÓPIA DA ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML+ORDEM DE COMPRA NOS E-MAILS: ALMOX@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR; CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - SES / GO. COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA/ EQUIPAMENTO.</p>									
Observações do Fornecedor									
<p>VENDEDORA: JULIANA RAMALHO RAMAL 5170 - EMAIL: LOCALIZADOR03@SUPERMEDICA.COM.BR 62 9669-4917 - SOMENTE WHATSAPP COT 616089</p>									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
2	5439	CLORETO DE SÓDIO SOL INJ 0,9% 1000ML - FRASCO	EUROFARMA	EUROFARMA	90,00	BOLSA	9,2000	0,00	828,00
BOLSA 1000 ML									
6	12888	ESPARADRAPO 100% ALGODAO 10CM X 4,5M	PROCITEX	PROCITEX	20,00	ROLO	8,7900	0,00	175,80
10	385	LUVA DE PROCEDIMENTO NAO ESTERIL M	DESCARPACK	DESCARPACK	20,00	CAIXA	14,6000	0,00	292,00
<p>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 CONDICÕES NORMAIS DE USO ; ESTERILIZACAO P/ RAIOS 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.</p>									
Total do pedido									1.295,80

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
441884	150760	49125/40620	14/09/2023	2.016,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO - MATERIAIS DE COLONOSCOPIA	
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor	
Razão Social	INSTITUTO CEM - POSSE					Razão Social	COUTINHO E FERNANDES PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM					Nome Fantasia	GRANMEDICA DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS PARA SAUDE
CPF/CNPJ	12.053.184/0002-18					CPF/CNPJ	37.531.583/0001-97
CEP	73.900-000					CEP	74.954-410
Endereço	AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHKE DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES					Endereço	AV MAJOR MANOEL AUGUSTO SILVA BRANDAO - PARQUE VEIGA JARDIM
Cidade	POSSE					Cidade	APARECIDA DE GOIANIA
UF	GO					UF	GO
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	10.798.415-6
Contato	NAOR BORGES					Contato	LEONARDO GESTOR DE NEGÓCIOS
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 3574-3048
Email	naor@institutocem.org.br					Email	granmedica.negocios@gmail.com
Prazo de Entrega Solicitado	4					Prazo de Entrega	10 DIA(s)
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	MARCELO MARTINS DE CARVALHO
Endereço de cobrança	AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903					Tipo de Frete	CIF
Endereço de entrega	AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903					Faturamento Mínimo	2.000,00
						Validade da Proposta	03/11/2023

Observações do Comprador

POSSE / GO.
 FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE - SUJEITO A DEVOLUÇÃO;
 COTAR SOMENTE FRETE CIF.
 NÃO DESCONTAR NOSSOS TÍTULOS EM FACTORING. NÃO PAGAMOS JUROS;
 ENVIAR JUNTO A MERCADORIA CÓPIA DA ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS;
 ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML+ORDEM DE COMPRA NOS E-MAILS:
 ALMOX@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR;
 CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR
 ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - SES / GO.
 COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA/ EQUIPAMENTO.

Observações do Fornecedor

Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
11	47747	PINÇA BIOPSIA OVAL C/ ESPICULA COLONO DESCART 2,3 MM X 230 CM	MEDIKA	MEDIKA	40,00	UNIDADE	50,4000	0,00	2.016,00
Total do pedido									2.016,00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
441882	150760	49125/40620	14/09/2023	129,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO - MATERIAIS DE COLONOSCOPIA			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - POSSE					Razão Social	SEMPRE HOSPITALAR LTDA		
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM					Nome Fantasia	SEMPRE		
CPF/CNPJ	12.053.184/0002-18					CPF/CNPJ	37.751.411/0001-29		
CEP	73.900-000					CEP	74.255-140		
Endereço	AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHKE DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES					Endereço	R C-0159 - JARDIM AMÉRICA		
Cidade	POSSE					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		
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	VENER ROQUE		
						Tipo de Frete	CIF		
						Faturamento Mínimo	1.200,00		
						Validade da Proposta	20/09/2023		
Endereço de cobrança	AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903								
Endereço de entrega	AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903								
Observações do Comprador									
<p>POSSE / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE - SUJEITO A DEVOLUÇÃO; COTAR SOMENTE FRETE CIF. NÃO DESCONTAR NOSSOS TÍTULOS EM FACTORING. NÃO PAGAMOS JUROS; ENVIAR JUNTO A MERCADORIA CÓPIA DA ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML+ORDEM DE COMPRA NOS E-MAILS: ALMOX@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR; CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO N° 51/2020 - SES / GO. COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA/ EQUIPAMENTO.</p>									
Observações do Fornecedor									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
4	514	CLOREXIDINA SOL DEGERMANTE 2% 1000 ML	CLOREXEDINA	RIOQUIMICA	6,00	LITRO	21,5000	0,00	129,00
FRASCO SEM DISPENSADOR									
Total do pedido									129,00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
441881	150760	49125/40620	14/09/2023	2.506,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO - MATERIAIS DE COLONOSCOPIA			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - POSSE					Razão Social	SANTÉ MÉDICA HOSPITALAR LTDA		
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM					Nome Fantasia	SANTÉ MÉDICA HOSPITALAR LTDA		
CPF/CNPJ	12.053.184/0002-18					CPF/CNPJ	16.699.864/0001-83		
CEP	73.900-000					CEP	74.366-115		
Endereço	AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHKE DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES					Endereço	AV. LORENZO ESQUINA COM RPS-5 - RESIDENCIAL PORTO SEGURO		
Cidade	POSSE					Cidade	GOIANIA		
UF	GO					UF	GO		
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	000000000		
Contato	NAOR BORGES					Contato	ANDRE LUIZ OU MURILO		
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(64) 9 9925-3885		
Email	naor@institutocem.org.br					Email	vendas01@santedistribuidora.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	ANDRE LUIZ		
Endereço de cobrança	AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903					Tipo de Frete	CIF		
Endereço de entrega	AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903					Faturamento Mínimo	1.500,00		
						Validade da Proposta	18/09/2023		
Observações do Comprador									
<p>POSSE / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE - SUJEITO A DEVOLUÇÃO; COTAR SOMENTE FRETE CIF. NÃO DESCONTAR NOSSOS TÍTULOS EM FACTORING. NÃO PAGAMOS JUROS; ENVIAR JUNTO A MERCADORIA CÓPIA DA ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML+ORDEM DE COMPRA NOS E-MAILS: ALMOX@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR; CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - SES / GO. COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA/ EQUIPAMENTO.</p>									
Observações do Fornecedor									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
1	518	ALCOOL LIQUIDO 70% 1000ML	ALCOOL LIQUIDO 70% 1000ML	J.FERES	50,00	LITRO	5,1200	0,00	2560,00
ETILICO ; SOLUCAO A 70% ; APRESENTAR REGISTRO NO MINISTERIO DA SAUDE/ANVISA E LAUDO TECNICO									
5	38859	COMPRESSA CAMPO OPERATORIO S/FIO RADIOPACO 45 X 50 CM PCT COM 50UN	COMPRESSA CAMPO OPERATORIO S/FIO RADIOPACO 45 X 50 CM PCT CO	BIOTEXTIL	50,00	PACOTE	45,0000	0,00	2.250,00
COMPRESSA CAMPO OPERAT. S/FIO RADIOPACO 45CMX50CM - COMPRESSA CAMPO OPERATORIO 45 X 50 CM, COR BRANCA, S/FIO RADIOPACO 100% ALGODAO, (QUATRO) CAMADAS, COM BAINHA EM OVERLOCK, AUSENCIA DE AMIDO E ALVEJANTE OPTICO, NAO ESTERIL. EMBAL. PCTE C/50 UN, REG. MS.									
Total do pedido									2.506,00

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticação pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar/assinatura/441881-150760-49125-40620-14092023-250600. O código de verificação é 296897 e o código verificador 40620.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
441880	150760	49125/40620	14/09/2023	195,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO - MATERIAIS DE COLONOSCOPIA			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - POSSE					Razão Social	DMI MATERIAL MEDICO HOSPITALAR LTDA		
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM					Nome Fantasia	DMI		
CPF/CNPJ	12.053.184/0002-18					CPF/CNPJ	37.109.097/0004-28		
CEP	73.900-000					CEP	74.530-010		
Endereço	AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHKE DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES					Endereço	AV CASTELO BRANCO - ST. COIMBRA		
Cidade	POSSE					Cidade	GOIANIA		
UF	GO					UF	GO		
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	106157892		
Contato	NAOR BORGES					Contato	KENNEDY		
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 3541-3334		
Email	naor@institutocem.org.br					Email	kennedy.dmi@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	KENNEDY		
Endereço de cobrança	AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903					Tipo de Frete	CIF		
Endereço de entrega	AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903					Faturamento Mínimo	500,00		
						Validade da Proposta	25/09/2023		
Observações do Comprador									
<p>POSSE / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE - SUJEITO A DEVOLUÇÃO; COTAR SOMENTE FRETE CIF. NÃO DESCONTAR NOSSOS TÍTULOS EM FACTORING. NÃO PAGAMOS JUROS; ENVIAR JUNTO A MERCADORIA CÓPIA DA ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML+ORDEM DE COMPRA NOS E-MAILS: ALMOX@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR; CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - SES / GO. COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA/ EQUIPAMENTO.</p>									
Observações do Fornecedor									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
9	47085	LANCETA C/ TRAVA SEGURANÇA 26G/1	100	LORIS	1.000,00	UNIDADE	0,1950	0,00	195,00
Total do pedido									195,00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
441879	150760	49125/40620	14/09/2023	2.763,04	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO - MATERIAIS DE COLONOSCOPIA			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - POSSE					Razão Social	SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI		
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM					Nome Fantasia	SUPERMEDICA HOSPITALAR		
CPF/CNPJ	12.053.184/0002-18					CPF/CNPJ	06.065.614/0001-38		
CEP	73.900-000					CEP	74.255-140		
Endereço	AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHKE DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES					Endereço	RUA C-159 - JARDIM AMERICA		
Cidade	POSSE					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		
Endereço de cobrança	AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903					Tipo de Frete	CIF		
Endereço de entrega	AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903					Faturamento Mínimo	1.200,00		
						Validade da Proposta	12/09/2023		
Observações do Comprador									
<p>POSSE / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE - SUJEITO A DEVOLUÇÃO; COTAR SOMENTE FRETE CIF. NÃO DESCONTAR NOSSOS TÍTULOS EM FACTORING. NÃO PAGAMOS JUROS; ENVIAR JUNTO A MERCADORIA CÓPIA DA ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML+ORDEM DE COMPRA NOS E-MAILS: ALMOX@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR; CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - SES / GO. COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA/ EQUIPAMENTO.</p>									
Observações do Fornecedor									
<p>VENDEDORA: JULIANA RAMALHO RAMAL 5170 - EMAIL: LOCALIZADOR03@SUPERMEDICA.COM.BR 62 9669-4917 - SOMENTE WHATSAPP COT 616089</p>									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
3	39664	CLOREXIDINA AQUOSA A 1% LT - INATIVAR	VIC PHARMA	VIC PHARMA	4,00	LITRO	9,1100	0,00	36,44
7	40355	ESPARADRAPO HIPOALERGENICO 10 CM X 4,5 M	MAXICOR	MAXICOR	20,00	ROLO	5,4800	0,00	109,60
FITA HIPOALERGENICA MICROPOROSA 10CM X 4,5M ; NAO TECIDO A BASE DE FIBRAS DE VISCOSE E ADESIVO ACRILICO									
8	12807	ESPARADRAPO HIPOALERGENICO 2,5CM X 10M	ADPELE	ADPELE	20,00	ROLO	2,1700	0,00	43,40
12	37906	SERINGA DESC 60ML LUER SLIP (LISA) S/ AGULHA	MEDIX	MEDIX	25,00	UNIDADE	1,3600	0,00	34,00
13	39679	SOLUCAO BASE DE AC PERACETICO 0,2% - 5L	VIC PHARMA	VIC PHARMA	20,00	GALÃO	126,9800	0,00	2.539,68
Total do pedido									2.763,04



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 25/09/2023 às 10:28, 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 25/09/2023 às 11:35, 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 296897 e o código verificador 40620.