Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
443572	151885	50397 / 42244	09/10/2023	1.576,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MA	ATERIAIS PARA HEMODIÁLISE
Condições de	Negócio do Cor	nprador				Condições de Negócio d	o Fornecedor
Razão Social	IN	NSTITUTO CEM	I - POSSE			Razão Social	INMED HOSPITALAR EIRELI ME
Nome Fantas	sia IN	STITUTO CEM				Nome Fantasia	INMED HOSPITALAR
CPF/CNPJ	12	2.053.184/0002-1	.8			CPF/CNPJ	34.551.834/0001-07
CEP	CEP 7					CEP	75.345-000
Endereço	Endereço AVENIDA JUSC			SCHEK DE C	LIVEIRA -	Endereço	AV DAS ACACIAS - RESIDENCIAL PAINEIRAS
		JENOS AIRES				Cidade	ABADIA DE GOIAS
Cidade		OSSE				UF	GO
-	UF					Insc. Estadual	10.770.766-7
Insc. Estadua		SENTO				Contato	SILVA FERREIRA
Contato		nivaldo Campos	c .			Telefone	(62) 9 9551-6023
Telefone	`	2) 9 9973-7067				Email	inmed.negocios@gmail.com
Email		omprasmatriz@in	stitutocem.org	.br		Prazo de Entrega	10 DIA(s)
Prazo de Ent Solicitado	trega 4					Cond. Pagamento	30 Dias
Cond. Pagan	nento A	PRAZO				Nome do Vendedor	HONORINA ROZA DA PAZ NETA 99424-3973
Solicitado						Tipo de Frete	CIF
Forma de Pa	gamento B	OLETO BANCÁ	RIO			Faturamento Mínimo	1.000,00
						Validade da Proposta	31/10/2023
Endereço de		VENIDA JK 73.9 65-0903	900-000 MORA	ADA NOVA P	OSSE/GO (62) 9		
Endereço de		VENIDA JK 73.9 65-0903	900-000 MORA	ADA NOVA P	OSSE/GO (62) 9		

- . FRETE COTAR SOMENTE CIF.
- . FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 INSTITUTO CEM POLICLINICA DE POSSE/ GO.
- . COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ITENS SUJEITO A DEVOLUÇÃO; . COTAR SOMENTE FRETE

- . 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
- ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML+ORDEM DE COMPRA NOS E-MAILS: JUNTOS;
- .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: ALMOX@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR
- CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 SES / GO.

		F										
POSSI	E/GO.											
		AR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERA	AÇÃO NO ENDEREÇO DO C	JNPJ.								
	E COTAR SO		DOLLGI DUGI DE DOGGE									
		PJ.: 12.053.184/0002-18 - INSTITUTO CEM -			TO 4							
	COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ITENS - SUJEITO A DEVOLUÇÃO; . COTAR SOMENTE FRETE											
CIF.	LUÇAU,		. 0.	JIAK SOME.	TETRETE							
. NÃO	DESCONTAR	R NOSSOS TÍTULOS EM FACTORING. NÃ	O PAGAMOS JUROS;									
.ENVI	AR JUNTO A	MERCADORIA CÓPIA DA ORDEM DE CO	OMPRA + NOTA FISCAL - SI	UJEITO A DEV	OLUÇÃO SI	E NÃO FORE	ΞM		site:			
JUNTOS; .ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML+ORDEM DE COMPRA NOS E-MAILS:												
	ALMOX@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - SES / GO.											
		AO Nº 51/2020 - SES / GO. A DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREM	ACC O DACAMENTO ADÓS	A ENTRECA D	SO EQUIDAN	TNTO			SCAL: ep			
.COM	'KAS A VISTA	A DE EQUIPAMENTOS – SO EFETUAREM	108 O PAGAMENTO AFOS A	A ENTREGA D	O EQUIPAM	IENTO.			nferida			
Obcom		3							8			
Observ	vações do Fori	lecedor							Ser			
									pode			
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Otde	UM	Vl. Unit.	Desconto	VI. Total			
		_ ' ,	Keierencia	Marca	Que	UNI	VI. UIII.	Desconto	VI. I Otal			
MEDI	CO / HOSPIT	ALAR										
2	57310	ACIDO PERACETICO 3,5 % - 5L	ALOXX	ALOXX	16,00	GALÃO	98,5000	0,00	1.57			
GL C/	5 L								O O			
				<u> </u>				Total do pedido	1.57€			

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade da https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinal

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta						
443571	151885	50397 / 42244	09/10/2023	990,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MA	TERIAIS PARA HEMODIÁLISE					
Condições de l	Negócio do Com				ļ	Condições de Negócio de	o Fornecedor					
Razão Social		STITUTO CEM				Razão Social	SYMEX PRODUTOS MEDICOS HOSPITALARES LTDA					
Nome Fantas CPF/CNPJ	12	STITUTO CEM .053.184/0002-1				Nome Fantasia CPF/CNPJ	SYMEX HOSPITALAR 45.212.514/0001-49					
CEP Endereço	AV	.900-000 VENIDA JUSCE IENOS AIRES	ELINO KUBI	TSCHEK DE C	DLIVEIRA -	CEP Endereco	74.275-220 R C-0184 - JARDIM AMERICA					
Cidade UF		OSSE				Cidade UF	GOIANIA GO					
Insc. Estadua	al ISI	ENTO				Insc. Estadual	108947033					
Contato Telefone		iivaldo Campos 1 2) 9 9973-7067	Rodrigues			Contato Telefone	VINICIUS FERREIRA (62) 4106-1571					
Email	col	mprasmatriz@in	stitutocem.org	g.br		Email	vendas@symex.com.br					
Prazo de Ent Solicitado	rega 4					Prazo de Entrega Cond. Pagamento	5 DIA(s) 30 Dias					
Cond. Pagan Solicitado	nento A	PRAZO				Nome do Vendedor	VINICIUS FERREIRA					
Forma de Pa	gamento BC	BOLETO BANCÁRIO			Tipo de Frete Faturamento Mínimo	CIF 500,00						
Endereço de	o de cobrança — AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9665-0903				OSSE/GO (62) 9	Validade da Proposta	16/10/2023					
Endereço de		ENIDA JK 73.9 65-0903	000-000 MOR	ADA NOVA P	OSSE/GO (62) 9							

POSSE / GO.

FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ.

. FRETE COTAR SOMENTE CIF.

. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE POSSE/ GO.

. COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ITENS - 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

ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML+ORDEM DE COMPRA NOS E-MAILS: JUNTOS; ALMOX@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR

CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - SES / GO.

.ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL:

COMPRAS A VISTA DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO.

Observações do Fornecedor

Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	VI. Total		
MÉD	MÉDICO / HOSPITALAR										
14	66273	CAMPO CIRURGICO FENESTRADO SMS AZUL 40G 30 X 30 CM	598419	PION G	300,00	UNIDADE	1,6000	0,00	48000		
22 64894 CURATIVO FIXADOR ESTERIL DE CATETER IV 8,9 X 11,5 CM CX/50 PHARMAPORE 500,00 UNIDADE 1,0200 0,00 51											
Total do pedido											

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade d**ক্টা**হ্নাইনাইনাৰ https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinal**ভ্ৰা ক্রা**ক্টিব <u>in</u>l

pode ser cenferida no site: lando o código 302848 e o código verificador 42244.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
443570	151885	50397 / 42244	09/10/2023	4.130,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MA	ATERIAIS PARA HEMODIÁLISE
Condições de l	Negócio do Con		<u> </u>			Condições de Negócio d	o Fornecedor
Razão Social	IN	ISTITUTO CEM	- POSSE			Razão Social	SEMPRE HOSPITALAR LTDA
Nome Fantas	ia IN	STITUTO CEM				Nome Fantasia	SEMPRE
CPF/CNPJ	12	2.053.184/0002-1	8			CPF/CNPJ	37.751.411/0001-29
CEP	CEP 73.900-000					CEP	74.255-140
Endereço						Endereço	R C-0159 - JARDIM AMÉRICA
		JENOS AIRES				Cidade	GOIANIA
Cidade		OSSE				UF	GO
	UF GO					Insc. Estadual	10799854-8
Insc. Estadua		ENTO				Contato	VENER
Contato	Eı	nivaldo Campos	Rodrigues			Telefone	(62) 9 9462-2822
Telefone	(6	2) 9 9973-7067				Email	vendas16@semprehospitalar.com.br
Email	co	mprasmatriz@in	stitutocem.org	.br		Prazo de Entrega	5 DIA(s)
Prazo de Ent Solicitado	rega 4					Cond. Pagamento	30 Dias
Cond. Pagam	uente A	PRAZO				Nome do Vendedor	SEMPRE HOSPITALAR
Solicitado	iento A	TRAZO				Tipo de Frete	CIF
Forma de Pa	gamento B	OLETO BANCÁ	RIO			Faturamento Mínimo	1.200,00
						Validade da Proposta	19/10/2023
Endereço de		VENIDA JK 73.9 65-0903	000-000 MOR	ADA NOVA P	OSSE/GO (62) 9		
Endereço de	entrega AV 96	VENIDA JK 73.9 65-0903	000-000 MORA	ADA NOVA P	OSSE/GO (62) 9		
Observações d							

POSSE / GO.

FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ.

- . FRETE COTAR SOMENTE CIF.
- . FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 INSTITUTO CEM POLICLINICA DE POSSE/ GO.
- . COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ITENS 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:
- .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: ALMOX@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - SES / GO.

COMPRAS A VISTA DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO.

Observações do Fornecedor

Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	VI. Ota Tota		
MÉI	JICO/H	IOSPITALAR							cur		
12	37244	AVENTAL MANGA LONGA IMPERMEAVEL POLIPROPILENO	AVENTAL	MAXDESCARTE	200,00	UNIDADE	3,4500	0,00	,.(0		
AVE	AVENTAL POLIPROPILENO IMPERMEAVEL; MANGA LONGA; EMPUNHADURA EM ELASTICO; GRAMATURA 60										
37	17/08/19 1	PASTILHAS DE SAL PARA ABRANDADORES E DESMINERALIZADORES 25 KG	PÁSTILHA	SYSNE	4,00	UNIDADE	249,0000	0,00	Si. Q		
42					,	UNIDADE	.,		73.1		
		OPILENO CRISTAL, ESCALA DE 1 ML, EMBOLO SILICONIZADO, ROSCA DI DE ETILENO REG. MS. LUER LOCK (ROSCA).	UPLA C/ ANEL DE RI	ETENÇÃO EMB. PO	GC FAC	E TRANSP	ARENTE,	ESTERILI'	alida Kadazi		
44	44 39679 SOLUCAO BASE DE AC PERACETICO 0,2% - 5L ACIDO PERACETICO ECOPER 20,00 GALÃO 119,9000 0,00								2.398,00		
GL (GL C/5L										
	Total do pedido 4.13€.08										

Este documento foi assinado digital https://cem.vozdigital.com.br/virtual

pode ser conferida no site: hando o código 302848 e o código verificador 42244.

Nro Pedido	Nro Gerencia	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da propost	osta					
443569	151885	50397 / 42244	09/10/2023	19.514,08	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE I	MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE					
Condições de	Negócio do Co				<u> </u>	Condições de Negócio	o do Fornecedor					
	8	•	POGGE									
Razão Social	='	NSTITUTO CEM	- POSSE			Razão Social	SANTÉ MÉDICA HOSPITALAR LTDA					
Nome Fantas	sia II	NSTITUTO CEM				Nome Fantasia	SANTÉ MÉDICA HOSPITALAR LTDA					
CPF/CNPJ	1	2.053.184/0002-1	8			CPF/CNPJ	16.699.864/0001-83					
CEP	7	3.900-000				СЕР	74.366-115					
Endereço		AVENIDA JUSCI UENOS AIRES	ELINO KUBI	TSCHEK DE C	DLIVEIRA -	Endereço	AV. LORENZO ESQUINA COM RPS-5 - RESIDENCIAL PORTO SEGURO					
Cidade	I	POSSE				Cidade	GOIANIA					
UF	(GO				UF	GO					
Insc. Estadu	al I	SENTO				Insc. Estadual	000000000					
Contato	I	Enivaldo Campos	Rodrigues			Contato	ANDRE LUIZ OU MURILO					
Telefone	(62) 9 9973-7067				Telefone	(64) 9 9925-3885					
Email	C	omprasmatriz@ir	stitutocem.or	g.br		Email	vendas01@santedistribuidora.com.br					
Prazo de En	trega 4	ļ.				Prazo de Entrega	2 DIA(s)					
Solicitado						Cond. Pagamento	30 Dias					
Cond. Pagan Solicitado	mento A	A PRAZO				Nome do Vendedor	MURILO VERZELONI PIRES					
Forma de Pa	ngamento I	mento BOLETO BANCÁRIO			Tipo de Frete	CIF						
Endereço de	go de cobrança — AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62)		OSSE/GO (62) 9	Faturamento Mínimo	1.500,00							
Endereço de	9665-0903 eço de entrega AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9665-0903			OSSE/GO (62) 9	Validade da Proposta	16/10/2023						

- . FRETE COTAR SOMENTE CIF.
- . FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 INSTITUTO CEM POLICLINICA DE POSSE/ GO.
- . COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ITENS SUJEITO A

- . 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 E CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR
- .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - SES / GO.

Observações do Fornecedor

Obse	ervações (do Comprador							4.	
POS	SE / GO.								r 4224	
FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. FRETE COTAR SOMENTE CIF. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - INSTITUTO CEM − POLICLINICA DE POSSE/ GO. COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ITENS - SUJEITO A DEVOLUÇÃO; 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; ALMOX @ POLICLINICAPOSSE. ORG. BR E CONTROLADORIA @ POLICLINICAPOSSE. ORG. BR CONTRATO GESTÃO № 51/2020 - SES / GO. COMPRAS A VISTA DE EQUIPAMENTOS - SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO.										
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	VI. Tetal	
MÉI	DICO / H	OSPITALAR							curn	
8			AGULHA ESTERIL DESC. 40X1,20MM	SOLIDOR	,	UNIDADE	. ,	0,00	52,08	
		IFACETADO E AFIADO, LUBRIFICADO C/ SILICON IB EM P.G.C. REG. M.S.	NE, CANHÃO TRANSLÚCIDO NA COR PADRÃO,	PROTETOR PL	ÁSTIC	O S/ FURO I	ESTÉRIL	EM ÓXID	deste atura-	
18	31599		COMPRESSA 7,5 X 7,5 CM ESTERIL C/13 FIOS BRANCA (PCT 10UN)	BIOTEXTIL	600,00	PACOTE	0,4300	0,00	25 8 08	
		OR BRANCA ; DESCARTAVEL ; COMPRESA GAZE S/CENTIMETRO QUADRADO.	; TECIDO 100% ALGODAO ; ISENTA DE IMPURE	EZAS; 8 (OITO)) CAM	ADAS ; 05 (C	CINCO) D		50	
19	25982		CONCENTRADO POLIELETROLITICO HEMODIALISE SOL ACIDA 5 LITROS	FARMARIN	600,00	GALÃO	17,5900	0,00	10.554.00	
GAL	ÃO C/ 5	LITROS. PARA SER UTILIZADO EM MÁQUINA DE	E HEMODIÁLISE DA MARCA B: BRAUN, MODEL	O DIALOG.					ž d	
20	25984		CONCENTRADO POLIELETROLITICO HEMODIALISE SOL. BASICA 5 LITRO	FARMARIN	600,00	GALÃO	14,1900	0,00	8.51 <u>4</u> .06	
GAL	ÃO C/ 5	LITROS							digi	
25	47086	FILTRO DE FLUIDO DE DIALISE	FILTRO DE FLUIDO DE DIALISE	ENGELTECH	8,00	UNIDADE	17,0000	0,00	13609	
COM	1PATIVE	L COM O EQUIPAMENTO: DIASAFE PLUS (FRESE	ENIUS)						na.	
Total do pedido $19.51 408$										

Este documento foi a https://cem.vozdigital

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
443568	151885	50397 / 42244	09/10/2023	1.104,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE M	ATERIAIS PARA HEMODIÁLISE				
Condições de	Negócio do Con					Condições de Negócio	do Fornecedor				
Razão Social	I IN	ISTITUTO CEM	- POSSE			Razão Social	HOSPMED COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES				
Nome Fantas	sia IN	STITUTO CEM					LTDA				
CPF/CNP.J	12	.053.184/0002-1	8			Nome Fantasia	HOSPMED				
CEP	73	.900-000				CPF/CNPJ	37.821.276/0001-40				
Endereço	A	VENIDA IUSCE	ELINO KUBIT	SCHEK DE C	OLIVEIRA -	СЕР	74.303-030				
Zmacrego	AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHEK DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES					Endereço	AV C-0018 - SETOR SUDOESTE				
Cidade	PC	OSSE				Cidade	GOIANIA				
UF	G	C				UF	GO				
Insc. Estadu	al IS	ENTO				Insc. Estadual	108012930				
Contato	En	nivaldo Campos l	Rodrigues			Contato	MARLENE				
Telefone	(6)	2) 9 9973-7067				Telefone	(62) 9 8128-6045				
Email	co	mprasmatriz@in	stitutocem.org	.br		Email	hospmed.compras01@gmail.com				
Prazo de En	trega 4					Prazo de Entrega	5 DIA(s)				
Solicitado						Cond. Pagamento	30 Dias				
Cond. Pagan Solicitado	nento A	PRAZO				Nome do Vendedor	Marlene Perpetua da Silva				
Forma de Pa	gamento R	OLETO BANCÁ	RIO			Tipo de Frete	CIF				
Torma de l'a	igamento De	SELIO BILITEI				Faturamento Mínimo	1.000,00				
Endereço de		/ENIDA JK 73.9 65-0903	000-000 MOR	ADA NOVA P	OSSE/GO (62) 9	Validade da Proposta	10/11/2023				
Endereço de		/ENIDA JK 73.9 65-0903	000-000 MOR	ADA NOVA P	OSSE/GO (62) 9	rroposta					

- . FRETE COTAR SOMENTE CIF.
- . FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 INSTITUTO CEM POLICLINICA DE POSSE/ GO.
- COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ITENS SUJEITO A DEVOLUÇÃO; . COTAR SOMENTE FRETE

- . 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 E CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR
- .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - SES / GO.
- .COMPRAS A VISTA DE EQUIPAMENTOS SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO.

Observações do Fornecedor

3	*											
POSSE / GO.												
FAVOR ATU	ALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ.							-				
FRETE COT	AR SOMENTE CIF.											
. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE POSSE/ GO.												
. COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ITENS - 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												
	TO A MERCADORIA COPIA DA ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL - SUJEITO A DE ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XI.	VOLUÇAU :	SE NAU I	FOREM	OCE MAIL C	_		site:				
JUNTOS;	ENVIAR COPIAS DA NF+BOLETO+XI. ICLINICAPOSSE.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR.	ML+OKDEN			OS E-MAILS R NO RODAI		CA EICCAL.	no				
	ESTÃO N° 51/2020 - SES / GO.		•	ANOTA	K NO KODAI	E DA NOI	A FISCAL.	a				
	VISTA DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA 1	DO FOLIPA	MENTO					erida				
COM ICIO	VISITED EQUITMENTOS SO EL ETOTALMOS OTTOTAMENTO TA OSTI ENTREOTT	DO EQUITA	WILLIAI O.					nfe				
Observações o	o Fornecedor							8				
Observações :	o Forneccuoi							Ser				
								pode				
Item Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto					
MÉDICO / H	•							mer				
38 63794	PROTETOR PARA CATETER EM SMS LAMINADO BRANCO 50G 6,5 X 30 CM	BDP	BDP	400,00	UNIDADE	2,7600	0,00	1.104				
~ ~	CADO EM CMC LAMINADO DE ANCO SO CAMO CODEADO NA MEDIDA DE CANCO COM	COCTAIN			TATA MAGAZINA	COLLINI		1000				

CONFECCIONADO EM SMS LAMINADO BRANCO 50 G/M2, CORTADO NA MEDIDA DE 6,5 X 30 CM, COSTURADO EM TODA A SUA VOLTA COM LINHA BRANCA 100 POLIESTER, COM UMA ABERTURA CENTRAL DE 5 CM. EMBALADO EM SACO PLÁSTICO, DE POLIETILENO ATÓXICO, MEDINDO 30 X 40 CM X 0,06 MM. SELADO EM SELADORA HERMET. UTILIZADA PARA A PROTEÇÃO (NOS CATETERES DOS PACIENTES).

Total do pedido

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assen

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
443567	151885	50397 / 42244	09/10/2023	1.339,89	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MA	TERIAIS PARA HEMODIÁLISE
Condições de	Negócio do Con	prador	•			Condições de Negócio de	o Fornecedor
Razão Social	IN	STITUTO CEM	I - POSSE			Razão Social	HOSPDROGAS COMERCIAL LTDA
Nome Fantas	sia IN:	STITUTO CEM					CHOSPOROGAS
CPF/CNPJ	12	.053.184/0002-1	8			Nome Fantasia	HOSPDROGAS
CEP	73	.900-000				CPF/CNPJ	08.774.906/0001-75
Endereco	A	VENIDA JUSCI	ELINO KUBI	TSCHEK DE C	OLIVEIRA -	СЕР	74.993-394
Enacreço		ENOS AIRES	SELITO HODI	i seribir bil e		Endereço	AV. OESTE - PQ. IND. VICE-PRES. JOSÉ ALENCAR ETAPA II
Cidade	PC	OSSE				Cidade	APARECIDA DE GOIANIA
UF	G)				UF	GO
Insc. Estadua						Insc. Estadual	104153377
Contato	En	ivaldo Campos	Rodrigues			Contato	TELEVENDAS
Telefone	(6:	2) 9 9973-7067				Telefone	(62) 4012-1199
Email	co	mprasmatriz@ir	nstitutocem.or	g.br		Email	hermilton@hospdrogas.com.br
Prazo de Ent	rega 4					Prazo de Entrega	2 DIA(s)
Solicitado						Cond. Pagamento	30 Dias
Cond. Pagan Solicitado	nento A	PRAZO				Nome do Vendedor	LETICIA BATISTA
Forma de Pa	gamento RO	OLETO BANCÁ	(RIO			Tipo de Frete	CIF
1 0111111 110 1 11	5	DELIG BILITO				Faturamento Mínimo	500,00
Endereço de		ENIDA JK 73.9 65-0903	900-000 MOR	ADA NOVA P	OSSE/GO (62) 9	Validade da Proposta	28/10/2023
Endereço de		ENIDA JK 73.9 65-0903	900-000 MOR	ADA NOVA P	OSSE/GO (62) 9		
Observações d	lo Comprador					•	244.

POSSE / GO.

FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ.

- . FRETE COTAR SOMENTE CIF.
- . FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 INSTITUTO CEM POLICLINICA DE POSSE/ GO. COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ITENS - 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
- ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML+ORDEM DE COMPRA NOS E-MAILS: JUNTOS; ALMOX@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR
- .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL:
- CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 SES / GO.

COMPRAS A VISTA DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO.

Observações do Fornecedor

Por favor se atentar nas quantidade da observação.

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode s<mark>er ca</mark>nferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o <mark>código 302848 e o código verificador 422</mark>

13	38807	CAIXA P/ DESCARTE DE MATERIAL PERFUROCORTANTE 20 LITROS	030.0829-CAIXA COLETORA PERFUROCORTANTE 20L ECOLOGIC	FLEXPELL	20,00	CAIXA	5,1883	0,00	103,77
24	233	EQUIPO P/ SOL PARENT MACROGOTAS GRAVIT C/ INJETOR LATERAL	030.0079- EQUIPO MACRO C/FIL INJ LATERAL LUER SLIP PGC	DESCARPACK	800,00	UNIDADE	0,6113	0,00	489,04
PAD PINO INJE	RAO GC CA ROLE TOR LA	CRO INJ LAT GRAVIT P/ SOL PARENTERAL; EQUI DTAS (IML= 30GOTAS/MINUTOS), CAMARA GOTE ETE P/ CONTROLE FLUXO DE INFUSAO; INJETOR TERAL E CONECTOR LUER SLIP; CONFORMIDAL RAFIX - PRIMELINE AIR IL - SLIP OU EQUIVALEN	JADORA C/FILTRO DE PARTICULAS DE 15UM ; I LATERAL C/ MEMBRANA AUTO-CICATRIZANT DE C/ A NBR 14041 E REGISTRO NO MINISTERIO	ENTRADA DE AI E, LATEX FREE,	R C/ FII , REGIS	TRO DE 0,2 TRO ANVIS	22UM, T SA; EN	TUBO EM I TRADA DI	PVC, E AR,
28	44224	LENCOL DESCARTAVEL C/ ELASTICO	030.1664-LENCOL DESCART 90CMX2M C /ELAST UND	MEDIX	60,00	PACOTE	1,1672	0,00	70,03
LEN	COL DE	SC. COM ELASTICO BRANCO FRAMATURA LEVE	2X0,9 PACOTE COM 10	,					
29	220	LENCOL HOSPITALAR DESC. 70CM X 50M	050.0018-LENCOL PAPEL NATURAL HOSP 70CMX50M RL NATURAL PARDO	FLEXPELL	40,00	ROLO	7,7349	0,00	309,40
		S NATURAIS NAO TRANSGENICAS OU EM MATEE VEL ; ROLO EMBALADO INDIVIDUALMENTE ; RE			OO UMI	IDO ; NAO I	ESTERI	L ; USO UI	NICO
34	385	LUVA DE PROCEDIMENTO NAO ESTERIL M	030.0567-LUVA PROCEDIMENTO LATEX C/PO M	MEDIX	100,00	CAIXA	0,1470	0,00	14,70
ASS ; LU RAI	EGURAF BRIFICA D GAMA	NADA EM LATEX NATURAL; FORMATO ANATOR R SEU AJUSTE ADEQUADO; DE USO UNICO; TEX ADA C/PO BIOABSORVIVEL; ATOXICO QUE NAO I OU OXIDO DE ETILENO; EMBALADA E IDENTIF D DA SAUDE.	TURA UNIFORME ; BOA ELASTICIDADE ; RESIS' CAUSE QUALQUER DANO AO ORGANISMO SOB	TENCIA A TRAC 3 CONDICOES N	CAO ; C ORMA	OMPRIMEN IS DE USO ;	TO MI ESTER	NIMO DE 2 ILIZACAO	
35	386	LUVA DE PROCEDIMENTO NAO ESTERIL P	030.0566-LUVA PROCEDIMENTO LATEX C/PO TAM P	MEDIX	100,00	CAIXA	0,1100	0,00	11,00
ASS ; LU RAI	EGURAF BRIFICA D GAMA	NADA EM LATEX NATURAL; FORMATO ANATO! R SEU AJUSTE ADEQUADO; DE USO UNICO; TEX DA C/PO BIOABSORVIVEL; ATOXICO QUE NAO I OU OXIDO DE ETILENO; EMBALADA E IDENTIF DA SAUDE	TURA UNIFORME ; BOA ELASTICIDADE ; RESIS' CAUSE QUALQUER DANO AO ORGANISMO SOF	TENCIA A TRAC 3 CONDICOES N	CAO ; C ORMA	OMPRIMEN IS DE USO ;	TO MII ESTER	NIMO DE 2 ILIZACAO	
36	20988	LUVA DE PROCEDIMENTO NAO ESTERIL PP	030.0565-LUVA PROCEDIMENTO LATEX C/PO TAM PP UN	MEDIX	100,00	CAIXA	0,1470	0,00	14,70
CAP 230 I AMI	AZ DE A	100UN; CONFECCIONADA EM LATEX NATURAL ASSEGURAR SEU AJUSTE ADEQUADO, DE USO UN BRIFICADA COM PO BIOABSORVIVEL, ATOXICO, RA. EMBALADA E IDENTIFICADA DE ACORDO CO	NICO, TEXTURA UNIFORME, BOA ELASTICIDAD	E RESISTENCIA	A TRA	ÇÃO, COM	PRIME	NTO MINII	C/100EQ
39	359	SERINGA DESC 05ML LUER LOCK (ROSCA) S/ AGULHA	030.0081	DESCARPACK	,		.,	0,00	67,78
SER SILI	INGA DI CONIZA	ESC. 05ML S/AG.C/DISP.SEG.BICO LUER LOCK - SE DO, BICO LUER LOCK, ROSCA C/ANEL DE RETEN	ERINGA DESCARTÁVEL DE 05 ML, S/ AGULHA E ÇÃO EMB PGC FACE TRANSPARENTE, ESTERIL	M POLIPROPILE IZADA EM ÓXII	ENO CR DO DE I	ISTAL, ESC ETILENO RI	ALA DI EG MS	E 1 ML, EN	e iii
40	37263	SERINGA DESC 10ML LUER SLIP (LISA) S/ AGULHA	030.0069-SERINGA 10ML S/AG LUER SLIP	DESCARPACK	700,00	UNIDADE	0,2283	0,00	15
43	44225	SERINGA DESCARTÁVEL 03ML LUER LOCK (ROSCA) C/ AGULHA 25 X 0,7 MM	030.0847-SERINGA 3ML C/AG 25X7 LUER LOOK	SR	, , , , , , , , , , , , , , , , , , ,	UNIDADE		0,00	9 <u>5</u> 75 9 <u>5</u> 75
EM EM	POLIPRO ÓXIDO I	DPILENO CRISTAL, ESCALA DE 3ML, EMBOLO SIL DE ETILENO REG MS; LUER LOCK (ROSCA).	ICONIZADO, ROSCA DUPLA C/ANEL DE RETEN	ÇÃO EMB.PGC I	FACE T	RANSPARE	NTE, E	STERILIZA	DA O O
							Total	do pedido	
									documento pod anexo informan

Referência

Item Código Descrição

MÉDICO / HOSPITALAR

Vl. Unit.

Marca

Qtde

UM

Desconto VI. Total

Nro Pedido	Nro Gerencia	l Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
443566	151885	50397 / 42244	09/10/2023	35.930,52	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE					
Condições de	Negócio do Co	mprador	`			Condições de Negócio do Fornecedor					
Razão Social		NSTITUTO CEM				Razão Social	SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI				
Nome Fantasia		NSTITUTO CEM				Nome Fantasia	SUPERMEDICA HOSPITALAR				
CPF/CNPJ		2.053.184/0002-1	18			CPF/CNP.J	06.065.614/0001-38				
CEP	7	3.900-000				CEP	74.255-140				
Endereço		AVENIDA JUSCI UENOS AIRES	ELINO KUBI	TSCHEK DE C	LIVEIRA -	Endereco	RUA C-159 - JARDIM AMERICA				
Cidade		OSSE				Cidade	GOIANIA				
UF		60 60				UF	GO				
Insc. Estadu		SENTO				Insc. Estadual	106039750				
Contato		Enivaldo Campos	Rodrigues			Contato	TELEVENDAS				
Telefone	(62) 9 9973-7067				Telefone	(62) 3928-8989				
Email	c	omprasmatriz@ii	nstitutocem.or	g.br		Email	vendas12@supermedica.com.br				
Prazo de En	trega 4					Prazo de Entrega	2 DIA(s)				
Solicitado						Cond. Pagamento	30 Dias				
Cond. Pagan Solicitado	nento A	A PRAZO				Nome do Vendedor	SUPORTE PORTAL				
Forma de Pa	gamento F	BOLETO BANCA	(RIO			Tipo de Frete	CIF				
1 orma ac re	igamento i	JOEETO Britter	ntio			Faturamento Mínimo	1.200,00				
Endereço de cobrança		VENIDA JK 73.9 665-0903	900-000 MOR	ADA NOVA P	OSSE/GO (62) 9	Validade da Proposta	10/10/2023				
		VENIDA JK 73.9 665-0903	900-000 MOR	ADA NOVA P	OSSE/GO (62) 9						
Observações o	do Comprador					'	4				
							22 4 4				

POSSE / GO.

FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ.

- . FRETE COTAR SOMENTE CIF.
- . FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 INSTITUTO CEM POLICLINICA DE POSSE/ GO.
- . COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ITENS SUJEITO A . COTAR SOMENTE FRETE DEVOLUÇÃO;

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
- ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML+ORDEM DE COMPRA NOS E-MAILS: JUNTOS;
- ALMOX@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - SES / GO.

COMPRAS A VISTA DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO.

Observações do Fornecedor

VENDEDORA: JULIANA RAMALHO

RAMAL 5170 - EMAIL: LOCALIZADOR03@SUPERMEDICA.COM.BR

62 9669-4917 - SOMENTE WHATSAPP

COT 627432

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexp informando o código 302848 e o código verificador 42244.

	4
	ō
	a
7,	Q <u>@</u>
	. <u>=</u>
	>
	9
_	0
0,	<u> 58</u>
 (1)	0
SE	Φ
0	48
Ē	ò
g	028
Ė	$\widetilde{\omega}$
ntel	0
\leq	:8
$\ddot{\circ}$	ý
ē	C
Ś	0
ge	정
ŏ	an
0	Ĕ
욛	orm
en	info
Ē	-=
긋	×
ŏ	Э
0	ä
ä	ά
8	∄
O	a
ge	·Ξ
ω	SS
읈	۾
≝	ā
믑	0
aute	Ś
Ø	S
⋖	ij
ø	\supset
inte	g/s
<u>me</u>	ŏ
듩	0
≌	ua
$\frac{2}{5}$	Ξ
$\stackrel{\circ}{\sim}$?
ŏ	ā
9	Ε
ᇙ	Ö
æ	=
=	<u>=</u>
⋍	0
5	pz
9	0
Ĕ	
ĭ	e E
ŏ	ŏ
0	3:
šte	g
П	Ħ

Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total				
MÉI	ICO / H	OSPITALAR											
3	38054	ADESIVO STOPER POS-COLETA BANDAGEM	DESKARPLAS	DESKARPLAS	500,00	UNIDADE	0,0250	0,00	12,50				
4	47084	AGULHA DE FISTULA ARTERIO VENOSA 16GX1 S/ DISP. SEGURANCA	DORA	DORA	350,00	UNIDADE	1,2500	0,00	437,50				
5	25987	AGULHA DE FISTULA ARTERIO VENOSA 17G X 25MM COM DISPOSITIVO SEGURANÇA	DORA *** VENC. 30 /06/2024	DORA	420,00	UNIDADE	1,2100	0,00	508,20				
AGU	GULHA DE FISTULA ARTERIOVENOSA 17G X 1 PROTEÇÃO; COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA (NR-32); DIÂMETRO 1,50 MM X 25 MM.												
6	37270	AGULHA DESC.30X8 ESTERIL	MEDIX	MEDIX	1.000,00	UNIDADE	0,0620	0,00	62,00				
PLÁ ABE	AGULHA DESCARTAVEL 30X8 - AGULHA DESCARTAVEL ESTERIL, SILICONIZADA, HASTE EM AÇO INOXIDAVEL COM PONTA EM BISEL TRIFACETADO, CANHÃO PLÁSTICO EM COR UNIVERSAL, CONECTOR PADRÃO ADAPTÁVEL A SERINGAS E OUTROS DISPOSITIVOS, PROTETOR PLÁSTICO, EMBALAGEM INDIVIDUAL, COM ABERTURA ASSÉPTICA., DEVERÁ CONSTAR EXTERNAMENTE DADOS DE IDENTIFICAÇÃO, PROCEDÊNCIA, TIPO DE ESTERILIZAÇÃO, DATA DE VALIDADE, NÚMERO DO LOTE E REG MS Especificação:												
7	27418	AGULHA DESC. HIPODERMICA 0,45 X 13 MM X - 26G X 1/2	MEDIX	MEDIX	900,00	UNIDADE	0,0620	0,00	55,80				
9	37256	AGULHA HIPODERMICA DESCARTÁVEL SEM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA 25 X 0,70 MM 1	MEDIX	MEDIX	800,00	UNIDADE	0,0620	0,00	49,60				
10	25803	ALCOOL SWAB 70%. ENVELOPE	MEDIX	MEDIX	200,00	ENVELOPE	0,0330	0,00	6,60				
MIN	I GAZE E	MBEBIDO COM ÁLCOOL PARA ASSEPSIA. EMBALADO INDIVIDUALE	EMTNE EM ENVELOPE	TERMOSSELAD	O, LACF	RADO, EM PO	LÍMERO) PLÁSTIC	CO				
15	5439	CLORETO DE SÓDIO SOL INJ 0,9% 1000ML - FRASCO	EUROFARMA	EUROFARMA	810,00	BOLSA	8,4900	0,00	6.876,90				
BOL	SA 1000	ML											
23	47083	DIALISADOR DE ALTO FLUXO 21H C/O REM CAPILAR	DORA	DORA	528,00	UNIDADE	31,8800	0,00	16.832,64				
EM I	OLISSU	LFONA											
26	8099	FIO NYLON PRT 3-0 AG 3,0CM TR 3/8 45 CM	TECHNOFIO	TECHNOFIO	96,00	UNIDADE	1,1800	0,00	113,28				
		TO APRIXIMADO: 45CM ; AGULHA: 3,0CM, TRIANGULAR CORTANTE M: INDIVIDUAL E ESTERIL.	, 3/8 DE CIRCUNFEREN	CIA ; COR: PRE	TO ; EST	RTURA: MOI	NOFILA	MENTAR :					
27	25996	ISOLADOR CONDUTOR PRESSAO ARTERIAL VENOSA HEMODIALISE	DORA	DORA	500,00	UNIDADE	0,5400	0,00	270,00				
		TERIAL E VENOSA PARA MÁQUINA DE HEMODIÁLISE CONSTITUIDO O, REGISTRADO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE	D DE MEMBRANA HIDI	ROFOBICA E HII	DROREP:	ELENTE, AT	ÓXICO, I	ESTÉRIL E	E				
30	25995	LINHA SANGUE ARTERIAL ESTERIL PARA MAQUINA DE HEMODIALISE	DORA	DORA	650,00	UNIDADE	7,8900	0,00	2				
	RA MÁQI R, PONT	JINAS DE HEMODIÁLISE COM SEGMENTO DE BOMBA COM 280 MM I O DE	DE EXTENSÃO, E DIÂM	ETRO DE 8 MM	, SENSOI	R DE PRESSÃ	O COM	CONECTO	OR 4				
31	47098	LINHA SANGUE VENOSA ESTERIL PARA MAQUINA DE HEMODIALISE	DORA	DORA	650,00	UNIDADE	8,5800	0,00	5.577,00 HA obj				
PAR PRÓ	A MÁQU XIMA AO	INAS DE HEMODIÁLISE COM CATA BOLHA, SENSOR DE PRESSÃO CO O CONECTOR LUER E NA SAÍDA DO CATA BOLHA, ESTÉRIL,ATÓXICO	OM CONECTOR LUER, I DE APIROGÊNICO, REC	PONTO DE INJE GISTRADO NO M	ÇÃO, CL IINISTÉF	AMPS NA EX RIO DA SAÚI	E.		IA >				
			·				Total	do pedido	35.930,5				

Nro Pedido	Nro Gerencia	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
443565	151885	50397 / 42244	09/10/2023	1.462,63	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MA	TERIAIS PARA HEMODIÁLISE			
Condições de	Negócio do Co					Condições de Negócio do Fornecedor				
Razão Social	I II	NSTITUTO CEM	- POSSE			Razão Social	DISPOMED HOSPITALAR LTDA			
Nome Fantasia		ISTITUTO CEM				Nome Fantasia	DISPOMED HOSPITALAR			
CPF/CNPJ	1	2.053.184/0002-1	8			CPF/CNPJ	12.563.882/0001-82			
CEP	7	3.900-000				СЕР	74.910-095			
Endereço		VENIDA JUSCI	ELINO KUBI	TSCHEK DE O	LIVEIRA -	Endereço	AV SAO PAULO - PARQUE REAL			
		UENOS AIRES				Cidade	APARECIDA DE GOIANIA			
Cidade		OSSE				UF	GO			
UF		Ю				Insc. Estadual	104881160			
Insc. Estadua		SENTO				Contato	FERNANDO VECCHI			
Contato		nivaldo Campos	Rodrigues			Telefone	(62) 2020-7777			
Telefone	`	62) 9 9973-7067				Email	comercial@dispomed.net.br			
Email		omprasmatriz@ir	stitutocem.or	g.br		Prazo de Entrega	1 DIA(s)			
Prazo de Ent Solicitado	trega 4					Cond. Pagamento	30 Dias			
Cond. Pagan	nento A	PRAZO				Nome do Vendedor	LARISSA			
Solicitado						Tipo de Frete	CIF			
Forma de Pa	gamento B	OLETO BANCÁ	RIO			Faturamento Mínimo	700,00			
						Validade da Proposta	09/10/2023			
Endereço de		VENIDA JK 73.9 665-0903	000-000 MOR	ADA NOVA P	OSSE/GO (62) 9					
Endereço de entrega AVENIDA JK 73.90 9665-0903		000-000 MOR	ADA NOVA P	OSSE/GO (62) 9						
Observações d	do Comprador					•	4.			

POSSE / GO.

FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ.

- FRETE COTAR SOMENTE CIF
- . FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 INSTITUTO CEM POLICLINICA DE POSSE/ GO.
- . COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ITENS SUJEITO A DEVOLUÇÃO;

CIF.

. COTAR SOMENTE FRETE

- . 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.
- .ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML+ORDEM DE COMPRA NOS E-MAILS: JUNTOS:
- ALMOX@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL:

CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - SES / GO.

COMPRAS A VISTA DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO.

Observações do Fornecedor

Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	VI. Total
MÉDI	СО/НО	SPITALAR							me inf
17		CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 250ML - FRASCO - CONTRATO	EQUIPLEX	EQUIPLEX	200,00	BOLSA	4,3022	0,00	86 © 4¥
BOLS	A 250ML								e d -an
32	381	LUVA CIRURGICA ESTERIL N¼ 7,5	LIFE PLUS	LIFE PLUS	200,00	PAR	1,0606	0,00	218 1€
ASSE ; LUB RAIO	GURAR S RIFICAD GAMA O	ADA EM LATEX NATURAL ; FORMATO ANATOMICO COM ALTA SENSIBILI EU AJUSTE ADEQUADO ; DE USO UNICO ; TEXTURA UNIFORME ; BOA ELA A C/PO BIOABSORVIVEL ; ATOXICO QUE NAO CAUSE QUALQUER DANO A U OXIDO DE ETILENO ; EMBALADA E IDENTIFICADA DE ACORDO COM A VA SAUDE	ASTICIDADE : AO ORGANISI	RESISTENCI. MO SOB CONI	A A TRA DICOES I	CAO ; COMP NORMAIS DE	RIMENTO E USO ; EST	MINIMO D FERILIZAC	AO P/ 💆 👸
33	382	LUVA CIRURGICA ESTERIL N° 7,0	LIFE PLUS	LIFE PLUS	200,00	PAR	1,0606	0,00	

33 382 LUVA CIRURGICA ESTERIL N° 7,0

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 265MAG.

**UNDIFICADA C/ PO BIOABSORVIVEL; ATOXICO QUE NAO CAUSE QUALQUER DANO AO ORGANISMO SOB CONDICOES NORMAIS DE USO; ESTERILIZACAO P/

**DESTRUCTOR DE ACORDO COM A NBR 13.391/95 E NR 6 DO MINISTERIO DO TRABALHO; REGISTRO NO MINISTERIO DA SAUDE

SERINGA DESC 20ML LUER SLIP (LISA) S/ AGULHA SR SR 500,00 UNIDADE 0,3559 177,95 EM POLIPROPILENO CRISTAL, ESCALA DE 1 ML, EMBOLO SILICONIZADO, EMBALADA EM PGC FACE TRANSPARENTE, ESTERILIZADA EM OXIDO DE ETILENO.

LUER SLIP (LISA); Total do pedido

1.46263 Este documento foi https://cem.vozdigit

om.br/

Inferida no site: Igo 302848 e o código verificador

pode ser lando o co

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
443564	151885	50397 / 42244	09/10/2023	1.039,20	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE				
Condições de	Negócio do Con	nprador				Condições de Negócio do Fornecedor				
Razão Social	IN	ISTITUTO CEM	- POSSE			Razão Social	MAEVE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA			
Nome Fantas	sia IN	STITUTO CEM				Nome Fantasia	MAEVE HOSPITALAR			
CPF/CNPJ	12	.053.184/0002-1	8			CPF/CNPJ	09.034.672/0001-92			
CEP	73	.900-000				СЕР	74.985-144			
Endereço		VENIDA JUSCE	ELINO KUBIT	SCHEK DE C	LIVEIRA -	Endereço	RUA 13 - POLO EMPRESARIAL DE GOIÁS - ETAPA IV			
		JENOS AIRES				Cidade	APARECIDA DE GOIANIA			
Cidade		OSSE				UF	GO			
UF	G					Insc. Estadual	10.416.812-9			
Insc. Estadua		ENTO				Contato	62 35651038			
Contato		nivaldo Campos	Rodrigues			Telefone	(62) 3565-1033			
Telefone	`	2) 9 9973-7067				Email	analistacomercial@maevehospitalar.com.br			
Email		mprasmatriz@in	stitutocem.org	g.br		Prazo de Entrega	1 DIA(s)			
Prazo de Ent Solicitado	trega 4					Cond. Pagamento	30 Dias			
Cond. Pagan	nento A	PRAZO				Nome do Vendedor	ALESSANDRA COSTA TEXEIRA			
Solicitado						Tipo de Frete	CIF			
Forma de Pa	gamento Bo	OLETO BANCÁ	RIO			Faturamento Mínimo	500,00			
						Validade da Proposta	11/10/2023			
Endereço de cobrança		/ENIDA JK 73.9 65-0903	000-000 MOR	ADA NOVA P	OSSE/GO (62) 9					
Endereço de entrega		/ENIDA JK 73.9 65-0903	000-000 MOR	ADA NOVA P	OSSE/GO (62) 9					

POSSE / GO.

FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ.

- . FRETE COTAR SOMENTE CIF.
- . FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 INSTITUTO CEM POLICLINICA DE POSSE/ GO.
- . COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ITENS 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
- ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML+ORDEM DE COMPRA NOS E-MAILS: JUNTOS;
- ALMOX@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL:
- CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 SES / GO.

COMPRAS A VISTA DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO.

Observações do Fornecedor

62-98153-8549

									<u>a</u> <u>b</u>		
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Tota		
MÉDI	MÉDICO / HOSPITALAR								me inf		
16	5433	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 100ML - BOLSA	FRESENIUS	FRESENIUS	240,00	BOLSA	4,3300	0,00	1.03 20		
SISTEMA FECHADO 100ML											
							Tot	al do pedido	1.039.29		

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade dagta diadmenta pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinal <mark>ea ande</mark> o informando o código 302848 e o código verificador 4224

Nro Pedido	Nro Gerencia	l Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
443563	151885	50397 / 42244	09/10/2023	2.490,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MA	TERIAIS PARA HEMODIÁLISE			
Condições de	Negócio do Co				<u> </u>	Condições de Negócio do Fornecedor				
Razão Social	8	NSTITUTO CEM	DOSSE			Razão Social	VIVA PRODUTOS HOSPITALARES			
						Razao Sociai	LTDA			
Nome Fantas		ISTITUTO CEM								
CPF/CNPJ	1	2.053.184/0002-1	8				& Viva			
CEP	7	3.900-000								
Endereço		VENIDA JUSCI UENOS AIRES	ELINO KUBI	TSCHEK DE C	LIVEIRA -	Nome Fantasia	VIVA MEDICAMENTOS			
Cidade	F	OSSE				CPF/CNPJ	07.173.013/0001-01			
UF	(GO				СЕР	74.853-030			
Insc. Estadua	al I	SENTO				Endereço	AV B - JARDIM SANTO ANTONIO			
Contato	F	inivaldo Campos	Rodrigues			Cidade	GOIANIA			
Telefone	(62) 9 9973-7067				UF	GO			
Email	С	omprasmatriz@ir	stitutocem.org	g.br		Insc. Estadual	10.384.639-5			
Prazo de Ent	trega 4					Contato	NUBIA FARIA			
Solicitado						Telefone	(62) 3091-2307			
Cond. Pagan Solicitado	nento A	PRAZO				Email	vendas05@vivamedicamentos.com.br			
Forma de Pa	gamento E	OLETO BANCÁ	RIO			Prazo de Entrega	2 DIA(s)			
						Cond. Pagamento	28 Dias			
Endereço de	cobranca A	VENIDA JK 73.9	000-000 MOR	ADA NOVA P	OSSE/GO (62) 9	Nome do Vendedor	BRUNA			
		665-0903			(- /-	Tipo de Frete	CIF			
Endereço de			000-000 MOR	ADA NOVA P	OSSE/GO (62) 9	Faturamento Mínimo	750,00			
	90	665-0903				Validade da Proposta	09/10/2023			

POSSE / GO.

FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ.

. FRETE COTAR SOMENTE CIF.

. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - INSTITUTO CEM - POLICLINICA DE POSSE/ GO.

COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ITENS - 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 E CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL:

CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - SES / GO.

.COMPRAS A VISTA DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO.

Observações do Fornecedor

Obe	arvações de	Fornecedor							Ser c						
Obse	77. INVOICE DE 1 VI MESSAUL														
ESTO CON OU A WHA	OQUE SUJE IDIÇÃO DE A PRAZO S ATSAP: 62 3	I DIAS UTEIS. EITO A VARIAÇÃO. E PAGAMENTO À VISTA. SUJEITO A ANÁLISE DE CRÉDITO. 3091-2307 / BRUNA SILVA 62 3996-7319 E: vendas03@vivamedicamentos.com.br							documento pode anexo informando						
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	VI. Total						
MÉI	DICO / HO	SPITALAR				,	•		le o						
11	45164	AVENTAL DESCARTAVEL TNT MANGA LONGA GR40	AVENTAL	MAXDESCART	200,00	PACOTE	2,8500	0,00	57000						
21	38105	CONECTOR VALVULADO DE SISTEMA FECHADO.	CONECTOR	ICU	600,00	UNIDADE	3,2000	0,00	1.92∰0₺						
							Tota	al do pedido	2.490,00						

Este documento foi assinado digitalmente. A au<mark>s</mark> https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/v<mark>a</mark>

conferida no site: odigo 302848 e o código verificador 42244



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 09/10/2023 às 12:41, 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 10/10/2023 às 17:36, 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 302848 e o código verificador 42244.