

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
443635	151897	50249 / 42313	09/10/2023	600,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - GOIANESIA					Razão Social QB COMERCIO LTDA			
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FILIAL GOIANÉSIA								
CPF/CNPJ	12.053.184/0003-07					Nome Fantasia QUALITY MED HOSPITALAR			
CEP	76.383-637					CPF/CNPJ 40.760.938/0001-24			
Endereço	AV. ULISSES GUIMARÃES, ESQUINA COM AV. CONTORNO, S/N, - ESPERANÇA					CEP 74.922-305			
Cidade	GOIANESIA					Endereço RUA X-35, QD 07, LT 17 - JARDIM OLIMPICO			
UF	GO					Cidade APARECIDA DE GOIANIA			
Insc. Estadual	ISENTO					UF GO			
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Insc. Estadual 10.825.087-3			
Telefone	(62) 9 9973-7067					Contato (62) 2020-8888			
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Telefone (62) 2020-8888			
Prazo de Entrega Solicitado	4					Email comercial@quality.med.br			
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Prazo de Entrega 1 DIA(s)			
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Cond. Pagamento 30 Dias			
Endereço de cobrança	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734					Nome do Vendedor FERNANDO FELIPE			
Endereço de entrega	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734					Tipo de Frete CIF			
						Faturamento Mínimo 600,00			
						Validade da Proposta 10/10/2023			
Observações do Comprador									
GOIANÉSIA / GO. .FRETE COTAR SOMENTE CIF. .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. .FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0003-07 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE GOIANÉSIA. .COTAR SOMENTE O SOLICITADO, FAVOR NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE. .NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE - SUJEITO A DEVOLUÇÃO. .COTAR O FRETE SOMENTE CIF. .NÃO DESCONTAR NOSSOS TÍTULOS EM FACTORING, NÃO PAGAMOS JUROS. .ENVIAR JUNTO A MERCADORIA CÓPIA DA ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL E DO BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOR JUNTAS; .ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML+ORDEM DE COMPRA NOS E-MAILS: ALMOXARIFADO@POLICLINICAGOIANESIA.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAGOIANESIA.ORG.BR .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 65/2020 - 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	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
6	53430	KIT CATETER DUPLO LÚMEN PARA HEMODIÁLISE - 14,5 FR X 28 CM	CATETER DUPLO LUMEN	KFF	2,00	KIT	300,0000	0,00	600,00
Total do pedido									600,00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
443634	151897	50249 / 42313	09/10/2023	8.886,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - GOIANESIA					Razão Social	SANTÉ MÉDICA HOSPITALAR LTDA		
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FILIAL GOIANÉSIA					Nome Fantasia	SANTÉ MÉDICA HOSPITALAR LTDA		
CPF/CNPJ	12.053.184/0003-07					CPF/CNPJ	16.699.864/0001-83		
CEP	76.383-637					CEP	74.366-115		
Endereço	AV. ULISSES GUIMARÃES, ESQUINA COM AV. CONTORNO, S/N, - ESPERANÇA					Endereço	AV. LORENZO ESQUINA COM RPS-5 - RESIDENCIAL PORTO SEGURO		
Cidade	GOIANESIA					Cidade	GOIANIA		
UF	GO					UF	GO		
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	000000000		
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato	ANDRE LUIZ OU MURILO		
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(64) 9 9925-3885		
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email	vendas01@santedistribuidora.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	MURILO VERZELONI PIRES		
						Tipo de Frete	CIF		
						Faturamento Mínimo	1.500,00		
						Validade da Proposta	16/10/2023		
Endereço de cobrança	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734								
Endereço de entrega	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734								
Observações do Comprador									
GOIANÉSIA / GO. .FRETE COTAR SOMENTE CIF. .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. .FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0003-07 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE GOIANÉSIA. .COTAR SOMENTE O SOLICITADO, FAVOR NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE. .NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE - SUJEITO A DEVOLUÇÃO. .COTAR O FRETE SOMENTE CIF. .NÃO DESCONTAR NOSSOS TÍTULOS EM FACTORING, NÃO PAGAMOS JUROS. .ENVIAR JUNTO A MERCADORIA CÓPIA DA ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL E DO BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOR JUNTAS; .ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML+ORDEM DE COMPRA NOS E-MAILS: ALMOXARIFADO@POLICLINICAGOIANESIA.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAGOIANESIA.ORG.BR .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 65/2020 - 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	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
2	25982	CONCENTRADO POLIELETROLITICO HEMODIALISE SOL ACIDA 5 LITROS	CONCENTRADO POLIELETROLITICO HEMODIALISE SOL ACIDA 5 LITROS	FARMARIN	200,00	GALÃO	17,5900	0,00	3.518,00
GALÃO C/5 LITROS. PARA SER UTILIZADO EM MÁQUINA DE HEMODIÁLISE DA MARCA B:BRAUN, MODELO DIALOG									
3	25984	CONCENTRADO POLIELETROLITICO HEMODIALISE SOL. BASICA 5 LITROS	CONCENTRADO POLIELETROLITICO HEMODIALISE SOL. BASICA 5 LITRO	FARMARIN	200,00	GALÃO	14,1900	0,00	2.838,00
GALÃO 5 LITROS									
7	73365	KIT LINHA DE SANGUE ARTERIAL / VENOSO PARA HEMODIÁLISE 8,0 X 12,0 X 355MM	KIT LINHA DE SANGUE ARTERIAL / VENOSO PARA HEMODIÁLISE	NIPRO	200,00	KIT	12,6500	0,00	2.530,00
KIT LINHA DE SANGUE PARA HEMODIÁLISE A011-V602 (B) - B, ANVISA: 80788620037 138ML									
Total do pedido									8.886,00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta						
443633	151897	50249 / 42313	09/10/2023	6.636,40	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE						
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor						
Razão Social	INSTITUTO CEM - GOIANESIA					Razão Social	SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI					
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FILIAL GOIANÉSIA					Nome Fantasia	SUPERMEDICA HOSPITALAR					
CPF/CNPJ	12.053.184/0003-07					CPF/CNPJ	06.065.614/0001-38					
CEP	76.383-637					CEP	74.255-140					
Endereço	AV. ULISSES GUIMARÃES, ESQUINA COM AV. CONTORNO, S/N, - ESPERANÇA					Endereço	RUA C-159 - JARDIM AMERICA					
Cidade	GOIANESIA					Cidade	GOIANIA					
UF	GO					UF	GO					
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	106039750					
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato	TELEVENDAS					
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 3928-8989					
Email	comprasmatriz@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	10/10/2023					
Endereço de cobrança	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734											
Endereço de entrega	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734											
Observações do Comprador												
GOIANÉSIA / GO. .FRETE COTAR SOMENTE CIF. .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. .FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0003-07 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE GOIANÉSIA. .COTAR SOMENTE O SOLICITADO, FAVOR NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE. .NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE - SUJEITO A DEVOLUÇÃO. .COTAR O FRETE SOMENTE CIF. .NÃO DESCONTAR NOSSOS TÍTULOS EM FACTORING, NÃO PAGAMOS JUROS. .ENVIAR JUNTO A MERCADORIA CÓPIA DA ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL E DO BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOR JUNTAS; .ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML+ORDEM DE COMPRA NOS E-MAILS: ALMOXARIFADO@POLICLINICAGOIANESIA.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAGOIANESIA.ORG.BR .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 65/2020 - 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 627486												
Item	Código	Descrição				Referência	Marca	Qtde	UM	VI. Unit.	Desconto	VI. Total
MÉDICO / HOSPITALAR												
1	47084	AGULHA DE FISTULA ARTERIO VENOSA 16GX1 S/ DISP. SEGURANCA				DORA	DORA	210,00	UNIDADE	1,2400	0,00	266,40
4	47083	DIALISADOR DE ALTO FLUXO 21H C/O REM CAPILAR				DORA	DORA	200,00	UNIDADE	31,8800	0,00	6.376,00
EM POLISSULFONA												
Total do pedido												6.636,40



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 09/10/2023 às 16:42, 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 17:30, 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 303212 e o código verificador 42313.