Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
443991 1	151905	50502 /	16/10/2023	1.210,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MA	ATERIAIS PARA HEMODIÁLISE
Condições de N	Jagácia da Cam	42316				Condições de Negócio d	a Farnacedor
,		•				, ,	
Razão Social	INSTIT	ΓUTO CEM - Q	UIRINOPOLI	S		Razão Social	SEMPRE HOSPITALAR LTDA
Nome Fantasi	a INSTIT	UTO 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 0	3 - RESIDENCI	AL ATENAS			Endereço	R C-0159 - JARDIM AMÉRICA
Cidade	QUIRI	NOPOLIS				Cidade	GOIANIA
UF	GO					UF	GO
Insc. Estadual	ISENT	О				Insc. Estadual	10799854-8
Contato	Enivalo	do Campos Rodi	igues			Contato	VENER
Telefone	(62) 9 9	9973-7067				Telefone	(62) 9 9462-2822
Email	compra	ısmatriz@institu	tocem.org.br			Email	vendas16@semprehospitalar.com.br
Prazo de Entr	ega 4					Prazo de Entrega	4 DIA(s)
Solicitado						Cond. Pagamento	30 Dias
Cond. Pagamo Solicitado	ento A PRA	ZO				Nome do Vendedor	SEMPRE HOSPITALAR
Forma de	BOLET	ΓΟ BANCÁRIO	1			Tipo de Frete	CIF
Pagamento	DOLL	ro Britter Halo				Faturamento Mínimo	1.200,00
						Validade da Proposta	19/10/2023
Endereço de cobrança		POLICLÍNICA NOPOLIS/GO (6			ATENAS		
Endereço de entrega		POLICLÍNICA NOPOLIS/GO (6			ATENAS		
Observações do	Compreder						Q

- QUIRINÓPOLIS / GO.

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

 FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60. INSTITUTO CEM POLICLINICA DE QUIRINÓPOLIS;

 COTAR SOMENTE O SOLICITADO.

 NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ÍTENS 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 E CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLISORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLISORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 01/2021 SES / GO.

 COMBRAS 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. Tota
MÉDICO / H	OSPITALAR							ent
11 233	EQUIPO P/ SOL PARENT MACROGOTAS GRAVIT C/ INJETOR LATERAL	EQUIPO	M2 LIFE	500,00	UNIDADE	0,6700	0,00	33≨0⊕
PADRAO GO PINCA ROLE INJETOR LA	CRO INJ LAT GRAVIT P/ SOL PARENTERAL ; EQUIPO P/ INFUSAO GRAVITACION TAS (1ML= 30GOTAS/MINUTOS), CAMARA GOTEJADORA C/FILTRO DE PARTICU TE P/ CONTROLE FLUXO DE INFUSAO ; INJETOR LATERAL C/ MEMBRANA AUT TERAL E CONECTOR LUER SLIP ; CONFORMIDADE C/ A NBR 14041 E REGISTRO RAFIX - PRIMELINE AIR IL - SLIP OU EQUIVALENTE.	ILAS DE 15U O-CICATRIZ	JM ; ENTRADA I ZANTE, LATEX I	DE AR C/ FREE, RE	' FILTRO DE GISTRO AN	E 0,22UM, IVISA ; EN	TUBO EM VTRADA D	PVC, o
15 44346	SERINGA DESC 10 ML LUER LOCK (ROSCA) C/ AGULHA 25 X 0,7 MM	SERINGA	DESCARPACK	1.500,00	UNIDADE	0,4300	0,00	64500
	PILENO CRISTAL, ESCALA DE 10ML, EMBOLO SILICONIZADO, ROSCA DUPLA C DE ETILENO REG MS; LUER LOCK (ROSCA).	ANEL DE I	RETENÇÃO EMI	B. PGC FA	ACE TRANS	PARENTI	E, ESTERIL	ite da redozi
16 44225	SERINGA DESCARTÁVEL 03ML LUER LOCK (ROSCA) C/ AGULHA 25 X 0,7 MM	SERINGA	DESCARPACK	1.000,00	UNIDADE	0,2300	0,00	230,00
	PILENO CRISTAL, ESCALA DE 3ML, EMBOLO SILICONIZADO, ROSCA DUPLA C DE ETILENO REG MS; LUER LOCK (ROSCA).	ANEL DE RI	ETENÇÃO EMB.	PGC FAC	E TRANSPA	ARENTE, I	ESTERILIZ	ADA .
l						70-4-1	A A . A	1 216 00

Lotal do pedido 1.21@@eta Petro di assinado digitalente https://cem.vozdigital.com.br/virtua

ode ser condo

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
443990	151905	50502 / 42316	16/10/2023	801,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MA	TERIAIS PARA HEMODIÁLISE
Condições de	Negócio do Con	nprador				Condições de Negócio de	o Fornecedor
Razão Social	INSTI	TUTO CEM - Q	UIRINOPOLI	S		Razão Social	MAEVE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA
Nome Fantas	sia INSTIT	TUTO CEM				Nome Fantasia	MAEVE HOSPITALAR
CPF/CNPJ	12.053	.184/0005-60				CPF/CNPJ	09.034.672/0001-92
CEP	75.860	-000				СЕР	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. Estadua	al ISENT	O				Insc. Estadual	10.416.812-9
Contato	Enival	do Campos Rodi	rigues			Contato	62 35651038
Telefone	(62) 9	9973-7067				Telefone	(62) 3565-1033
Email	compr	asmatriz@institu	tocem.org.br			Email	analistacomercial@maevehospitalar.com.br
Prazo de Ent	trega 4					Prazo de Entrega	1 DIA(s)
Solicitado		70				Cond. Pagamento	30 Dias
Cond. Pagan Solicitado	nento A PRA	AZO				Nome do Vendedor	ALESSANDRA COSTA TEXEIRA
Forma de	BOLE	TO BANCÁRIO)			Tipo de Frete	CIF
Pagamento						Faturamento Mínimo	800,00
						Validade da Proposta	13/10/2023
Endereço de cobrança	brança QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966				ATENAS		
Endereço de entrega		POLICLÍNICA NOPOLIS/GO (ATENAS		

- QUIRINÓPOLIS / GO.

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

 FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60. INSTITUTO CEM POLICLINICA DE QUIRINÓPOLIS;

 COTAR SOMENTE O SOLICITADO.

 NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ÍTENS 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 E CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLISORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLISORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 01/2021 SES / GO.

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

Observações do Fornecedor

Obse	ervações	do Fornecedor							con'e odigo		
62-9	98153-854	9							ode ser c		
Item Código Descrição Referência Marca Qtde UM VI. Unit. Desconto VI. To											
MÉDICO / HOSPITALAR											
5	14010	CLOREXIDINA SOLUCAO ALCOOLICA A 0,5% 1000 ML	VIC	VIC	20,00	FRASCO	11,0000	0,00			
6	51893	CLOREXIDINA SOLUÇÃO ALCOOLICA A 2% 1000 ML	VIC	VIC	10,00	LITRO	17,0000	0,00	17.00.00		
LITR	(O								ste.		
17	44460	SERINGA DESCARTÁVEL 05 ML LUER SLIP COM AGULHA 25 X 0,7 MM	DESCARPACK	DESCARPACK	900,00	UNIDADE	0,1900	0,00			
19	457	TIRA TESTE P/ DETERMINACAO GLICOSE NO SANGUE	ON CALL PLUS	ON CALL PLUS	600,00	UNIDADE	0,4000	0,00			
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

Este documento foi assinado digitalmente. A <u>f</u>ru https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/publip

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
443615	151905	50502 / 42316	09/10/2023	2.689,90	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MA	TERIAIS PARA HEMODIÁLISE
Condições de l	Negócio do Con					Condições de Negócio de	o Fornecedor
Razão Social	8	TUTO CEM - Q	LIIRINOPOLI	S		Razão Social	SEMPRE HOSPITALAR LTDA
Nome Fantas		TUTO CEM	CHAIL (OF OE)	.5		Nome Fantasia	SEMPRE
CPF/CNP.I		.184/0005-60				CPF/CNP.J	37.751.411/0001-29
CEP	75.860					CEP	74.255-140
Endereco		3 - RESIDENC	IAL ATENAS	.		Endereco	R C-0159 - JARDIM AMÉRICA
Cidade QUIRINOPOLIS						Cidade	GOIANIA
UF GO						UF	GO
UF GO Insc. Estadual ISENTO						Insc. Estadual	10799854-8
Contato		do Campos Rodi	rigues			Contato	VENER
Telefone		9973-7067	8			Telefone	(62) 9 9462-2822
Email	(-)-	asmatriz@institu	itocem.org.br			Email	vendas16@semprehospitalar.com.br
Prazo de Ent						Prazo de Entrega	4 DIA(s)
Solicitado						Cond. Pagamento	30 Dias
Cond. Pagan	nento A PRA	ΔZO				Nome do Vendedor	SEMPRE HOSPITALAR
Solicitado		,				Tipo de Frete	CIF
Forma de Pagamento	BOLE	TO BANCÁRIO)			Faturamento Mínimo	1.200,00
rugumento	ragamento					Validade da Proposta	19/10/2023
Endereço de cobrança	,					vanuaue ua i roposta	17119/2020
Endereço de entrega		POLICLÍNICA NOPOLIS/GO (ATENAS		

- QUIRINÓPOLIS / GO.

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

 FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60. INSTITUTO CEM POLICLINICA DE QUIRINÓPOLIS;

 COTAR SOMENTE O SOLICITADO.

 NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ÍTENS 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 E CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLISORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLISORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 01/2021 SES / GO.

 COMBRAS 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. Tota E
MÉD	ICO / HO	OSPITALAR							ent Ifoi
12	47552	HIPOCLORITO DE SÓDIO 5% 5L	HIPOCLORITO	PROLINK	5,00	UNIDADE	13,9800	0,00	6€90
HIPC	CLORIT	O DE SÓDIO 5%							doc
18	70755	TEGO CONECTOR SISTEMA FECHADO P/ HEMODIÁLISE - D 1000	TEGO	WELT	100,00	UNIDADE	19,8000	0,00	1.98@0@
CON DE H	ECTOR D EMODIÁ	DE SISTEMA FECHADO NEUTRA, CONFECCIONADA EM POLICARBONATO E LLISE, PERMITE FLUXO DE SANGUE SUPERIOR A 600 ML/MIN E DESLOCAME	REVESTIDO DE S ENTO ZERO DE FI	SILICONE, C LUÍDOS	OM CONI	EXÃO LUER	LOCK PA	RA CARA	inati & arat
20	51879	TRANSDUTOR DE PRESSAO ARTERIAL E VENOSA HEMODIALISE TP41	TRANSDUTOR	DORA	1.000,00	UNIDADE	0,6400	0,00	64 E 0E
PASS	SAGEM D	IOS SEGMENTOS DE PRESSAO DAS LINHAS ARTERIAL E VENOSA, PERMITE DO SANGUE DAS LINHAS PARA MAQUINA DE HEMODIALISE. MATERIAL: CL RO BACTERIOLOGICO HIDROFOBICO 0,2MICRA; ESTERIL: GAS OXIDO DE E	ORETO DE POLI	VINILA, ME	MBRANA	DE ACRILI	CO EM SU	JPORTE DI	

ode ser confo ndo o codigo

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da propost	a
443614	151905	50502 / 42316	09/10/2023	14.005,50	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE I	MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE
Condições de l	Negócio do Com					Condições de Negócio	o do Fornecedor
Razão Social	INSTIT	- ГUTO CEM - Q	UIRINOPOLI	S		Razão Social	SANTÉ MÉDICA HOSPITALAR LTDA
Nome Fantas	ia INSTIT	UTO CEM				Nome Fantasia	SANTÉ MÉDICA HOSPITALAR LTDA
CPF/CNPJ	12.053.	.184/0005-60				CPF/CNPJ	16.699.864/0001-83
CEP	75.860-	-000				СЕР	74.366-115
Endereço Cidade		3 - RESIDENCI NOPOLIS	AL ATENAS			Endereço	AV. LORENZO ESQUINA COM RPS-5 - RESIDENCIAL PORTO SEGURO
UF	GO	NOFOLIS				Cidade	GOIANIA
Insc. Estadua		0				UF	GO
Contato	-	lo Campos Rodi	rigues			Insc. Estadual	000000000
Telefone		9973-7067	-8			Contato	ANDRE LUIZ OU MURILO
Email	compra	ısmatriz@institu	tocem.org.br			Telefone	(64) 9 9925-3885
Prazo de Ent	rega 4					Email	vendas01@santedistribuidora.com.br
Solicitado	5					Prazo de Entrega	2 DIA(s)
Cond. Pagam Solicitado	ento A PRA	ZO				Cond. Pagamento	30 Dias
Forma de	BOLET	ΓΟ BANCÁRIO	1			Nome do Vendedor	MURILO VERZELONI PIRES
Pagamento	Pagamento					Tipo de Frete	CIF
Endereço de RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS			ATENAS	Faturamento Mínimo	1.500,00		
Endereço de cobrança RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL A QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966 Endereço de entrega QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966					ATENAS	Validade da Proposta	16/10/2023

- QUIRINÓPOLIS / GO.

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

 FATURAR NO CNPJ.: 12.053, 184/0005-60. INSTITUTO CEM POLICLINICA DE QUIRINÓPOLIS;

 COTAR SOMENTE O SOLICITADO.

 NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ÍTENS 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 E CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLISORG.BR

 ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 01/2021 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	Unit.	Desconto	VI. Total		
MÉD	ICO / H	OSPITALAR		,					Ime o in		
7		COMPRESSA 7,5 X 7,5 CM ESTERIL C/13 FIOS BRANCA (PCT 10UN)	COMPRESSA 7,5 X 7,5 CM ESTERIL C/13 FIOS BRANCA (PCT 10UN)	BIOTEXTIL	150,00	PACOTE	0,4300	0,00	0 2		
	STERIL; COR BRANCA; DESCARTAVEL; COMPRESA GAZE; TECIDO 100% ALGODAO; ISENTA DE IMPUREZAS; 8 (OITO) CAMADAS; 05 (CINCO) DOBRAS; 13 TREZE) FIOS/CENTIMETRO QUADRADO.										
8	1/18/258	CONCENT POLIELETR P/ HEMODIALISE SOLUCAO ACIDA C/ GLICOSE 5L	CONCENT POLIELETR P/ HEMODIALISE SOLUCAO ACIDA C/ GLICOSE 5L	FARMARIN	450,00	GALÃO	16,7900	0,00	7.5555		
GAL	ÃO 5 LIT	TROS - CONCENTRADO POLIELETROLITICO PARA	HEMODIALISE SOLUCAO ACIDA F3 K2.0 CA3.5 C	OM GLICOSI	E - 5L				ntic		
9	CONCENTRADO POLIFIETRO LITICO CONCENTRADO POLIFIETRO LITICO 2 1										
GAL	ÃO COM	15 LITROS		· ·			·		e. A		
							Total	do nodido	114005 5		

Este documento foi assinado digitalmate.https://cem.vozdigital.com.br/virtualddagabb

ode ser confe ndo o codigo

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta							
443613	151905	50502 / 42316	09/10/2023	881,58	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MA	ATERIAIS PARA HEMODIÁLISE						
Condições de N	Negócio do Com	prador				Condições de Negócio d	o Fornecedor						
Razão Social	INSTIT	TUTO CEM - Q	UIRINOPOLIS			Razão Social	HOSPDROGAS COMERCIAL LTDA						
Nome Fantas	ia INSTIT	UTO CEM					- HOSPOROGAS						
CPF/CNPJ	12.053	184/0005-60				Nome Fantasia	HOSPDROGAS						
CEP	75.860-	-000				CPF/CNPJ	08.774.906/0001-75						
Endereço	RUA 0	3 - RESIDENCI	AL ATENAS			СЕР	74.993-394						
Cidade	OUIRI	NOPOLIS				Endereço	AV. OESTE - PQ. IND. VICE-PRES. JOSÉ ALENCAR ETAPA II						
UF	GO					Cidade	APARECIDA DE GOIANIA						
Insc. Estadua		0				UF	GO						
Contato		lo Campos Rodr	ionec			Insc. Estadual	104153377						
Telefone		9973-7067	igues			Contato	TELEVENDAS						
	` /					Telefone	(62) 4012-1199						
Email	•	smatriz@institu	tocem.org.or			Email	hermilton@hospdrogas.com.br						
Prazo de Entr Solicitado	rega 4					Prazo de Entrega	2 DIA(s)						
Cond. Pagam	ento A PRA	ZO				Cond. Pagamento	30 Dias						
Solicitado						Nome do Vendedor	LETICIA BATISTA						
Forma de Pagamento	BOLE	ΓΟ BANCÁRIO				Tipo de Frete	CIF						
1 againento						Faturamento Mínimo	500,00						
Endereço de cobrança		POLICLÍNICA NOPOLIS/GO (6		SIDENCIAL	ATENAS	Validade da Proposta	28/10/2023						
Endereço de entrega		POLICLÍNICA NOPOLIS/GO (6		SIDENCIAL	ATENAS								

- QUIRINÓPOLIS / GO.

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

 FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60. INSTITUTO CEM POLICLINICA DE QUIRINÓPOLIS;

 COTAR SOMENTE O SOLICITADO.

 NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ÍTENS 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 E CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 01/2021 SES / GO.

 COMBRAS 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 ser con https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o codig

							VI.		Vl.			
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Unit.	Desconto	Total			
MÉI	ICO / H	OSPITALAR		,								
5	14010	CLOREXIDINA SOLUCAO ALCOOLICA A 0,5% 1000 ML	022.0197 - CHLORCLEAR (CLOREXIDINA) 0,5% SOLUCAO ALCOOLICA F	VIC PHARMA	10,00	FRASCO	10,3272	0,00	103,27			
6	51893	CLOREXIDINA SOLUÇÃO ALCOOLICA A 2% 1000 ML	051.0035-CHLORCLEAR(CLOREXIDINA) 2% SOLUCAO ALCOOLICA FR1L	VIC PHARMA	12,00	LITRO	16,2110	0,00	194,53			
LITRO												
11	11 233 EQUIPO P/ SOL PARENT MACROGOTAS GRAVIT C/ INJETOR LATERAL 030.0079-EQUIPO MACRO C/FIL INJ LATERAL LUER SLIP PGC DESCARPACK 250,00 UNIDADE 0,6110 0,00 152,75											
PAD PINC INJE	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.											
15	44346	SERINGA DESC 10 ML LUER LOCK (ROSCA) C/ AGULHA 25 X 0,7 MM	030.0388-SERINGA 10ML C/AG 25X7 LUER LOOK	SR	500,00	UNIDADE	0,2800	0,00	140,00			
		PILENO CRISTAL, ESCALA DE 10ML, EMBOLO S E ETILENO REG MS; LUER LOCK (ROSCA).	ILICONIZADO, ROSCA DUPLA C/ ANEL DE RE	ETENÇÃO EMB. PGO	FACE	TRANSPAR	RENTE, E	STERILIZ	ADA			
16	44225	SERINGA DESCARTÁVEL 03ML LUER LOCK (ROSCA) C/ AGULHA 25 X 0,7 MM	030.0847-SERINGA 3ML C/AG 25X7 LUER LOOK	SR	500,00	UNIDADE	0,1990	0,00	99,50			
		PILENO CRISTAL, ESCALA DE 3ML, EMBOLO SII E ETILENO REG MS; LUER LOCK (ROSCA).	LICONIZADO, ROSCA DUPLA C/ANEL DE RET	ENÇÃO EMB.PGC F	ACE TE	RANSPARE	NTE, ES	ΓERILIZAI	DA			
17	44460	SERINGA DESCARTÁVEL 05 ML LUER SLIP COM AGULHA 25 X 0,7 MM	030.0056-SERINGA 5ML C/AG 25X7 LUER SLIP	DESCARPACK	500,00	UNIDADE	0,2150	0,00	107,50			
19	19 457 TIRA TESTE P/ DETERMINACAO GLICOSE NO 030.1521-TIRA RAG TSTE GLICEMIA ON MEDLEVENSHON 500,00 UNIDADE 0,3950 0,00 197,50											
POS	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											

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
443612	151905	50502 /	09/10/2023	12.150,80	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MA	ATERIAIS PARA HEMODIÁLISE
Candiaãos da	Negócio do Com	42316				Condições de Negócio de	o Formondon
Condições de l	Negocio do Con	іргацог				Condições de Negocio do	o Fornecedor
Razão Social Nome Fantas		ГUTO CEM - Q UTO CEM	UIRINOPOLIS	1		Razão Social	SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI
						Nome Fantasia	SUPERMEDICA HOSPITALAR
CPF/CNPJ		.184/0005-60				CPF/CNP.J	06.065.614/0001-38
CEP	75.860					CEP	74.255-140
Endereço		3 - RESIDENC	AL ATENAS			Endereço	RUA C-159 - JARDIM AMERICA
Cidade	•	NOPOLIS				Cidade	GOIANIA
UF	GO					UF	GO
Insc. Estadua						Insc. Estadual	106039750
Contato	Enival	do Campos Rodi	igues			Contato	TELEVENDAS
Telefone	(62) 9 9	9973-7067				Telefone	(62) 3928-8989
Email	compra	asmatriz@institu	tocem.org.br			Email	vendas12@supermedica.com.br
Prazo de Ent	rega 4						2 DIA(s)
Solicitado						Prazo de Entrega	
Cond. Pagan Solicitado	nento A PRA	20				Cond. Pagamento	30 Dias
Forma de	BOLE.	ΓΟ BANCÁRIO	1			Nome do Vendedor	SUPORTE PORTAL
Pagamento	BOLL	ro Britter inde				Tipo de Frete	CIF
						Faturamento Mínimo	1.200,00
Endereço de cobrança		POLICLÍNICA NOPOLIS/GO (ESIDENCIAL	ATENAS	Validade da Proposta	10/10/2023
Endereço de entrega		POLICLÍNICA NOPOLIS/GO (ESIDENCIAL	ATENAS		
01 ~ 1							

Citticg	ga QUINITOT OELIS/GO (01) 2101 1500									
Observ	vações do Comprador								16.	
									423	
QUIRI	INÓPOLIS / GO.								or ²	
	R ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDERI								código verificador	
	JRAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60. ÎNSTITUTO CEM – POLICLINICA DE AR SOMENTE O SOLICITADO.	E QUIRINÓ	POLIS;						iji	
	AK SOMENTE O SOLICITADO. ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ÍTENS - SUJEITO A DEVO	LUÇÃO;							> 0	
.COTA	R SOMENTE FRETE CIF;	-							dig	
TO IX IX	DESCONTAR NOSSOS TÍTULOS EM FACTORING. NÃO PAGAMOS JURO AR JUNTO A MERCADORIA CÓPIA DA ORDEM DE COMPRA + NOTA FI	TOOLT DO	OLETO - SUIEITO	A DEVOLUÇÃO	SE NÃO	FOREM IUI	NTOS:		_	
.ENVI	AR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML NO E-MAIL: ALMOXARIFADO@PO	DLICLINIC	AQUIRINOPOLIS.C	ORG.BR E CON	TROLAD	ORIA@POL	ICLINICA	AQUIRINO	POLIS∯ ⊕	
ORG.BR .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 01/2021 - SES / GOCOMPRAS A VISTA DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO.										
COMPRAS A VISTA DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO.										
Observ	vações do Fornecedor								con	
VEND	DEDORA: JULIANA RAMALHO								ser o c	
	L 5170 - EMAIL: LOCALIZADOR03@SUPERMEDICA.COM.BR								pode nando	
62 9669 COT 62	9-4917 - SOMENTE WHATSAPP								o po mai	
CO1 62	2/304								ento nform	
Item (Código Descrição		Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Tota₽	
MÉDIO	CO / HOSPITALAR								doc	
1 3	88054 ADESIVO STOPER POS-COLETA BANDAGEM		DESKARPLAS	DESKARPLAS	1.000,00	UNIDADE	0,0260	0,00	8	
2 2	25986 AGULHA DE FISTULA ARTERIO VENOSA 16GX1 C/ DISP. SEGU	IRANCA	DORA	DORA	455,00	UNIDADE	1,2600	0,00		
AGULI	HA DE FISTULA ARTERIOVENOSA 16G X 1 PROTECAO ; COM DISPOSI	TIVO DE S	SEGURANCA (NR-	32) ; DIAMETRO	: 1,60MM	X 25MM			ade	
3 5	CLORETO DE SÓDIO SOL INJ 0,9% 1000ML - FRASCO		EUROFARMA	EUROFARMA	450,00	BOLSA	9,2000	0,00	. 0.5	
	A 1000 ML								enti	
	25995 LINHA SANGUE ARTERIAL ESTERIL PARA MAQUINA DE HEM			DORA		UNIDADE	7,8900	0,00	m <	
	NMÁQUINAS DE HEMODIÁLISE COM SEGMENTO DE BOMBA COM 280 PONTO DE	0 MM DE E	EXTENSÃO, E DIÂN	METRO DE 8 MN	M, SENSO	R DE PRES	SÃO COM	CONECTO	te. A ac	
	17098 LINHA SANGUE VENOSA ESTERIL PARA MAQUINA DE HEMO			DORA		UNIDADE	8,5800		3.86 00	
PARA	MÁQUINAS DE HEMODIÁLISE COM CATA BOLHA, SENSOR DE PRESS	SÃO COM C	CONECTOR LUER,	, PONTO DE INJ	EÇÃO, CI	AMPS NA I	EXTENSÃ	O DA LIN	gitaln rtuald	
PROXI	MA AO CONECTOR LUER E NA SAÍDA DO CATA BOLHA, ESTÉRIL, AT	OXICO E A	APIROGENICO, RE	GISTRADO NO	MINISTE	RIO DA SAU			5 <u>7</u>	

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
443611	151905	50502 / 42316	09/10/2023	458,90	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE					
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor					
Razão Social	INSTIT	TUTO CEM - Q	UIRINOPOLIS			Razão Social	LIVRARIA E PAPELARIA MODELO				
Nome Fantas	sia INSTIT	UTO CEM					LTDA				
CPF/CNPJ	12.053	184/0005-60				Nome Fantasia	PAPELARIA MODELO				
CEP	75.860-	-000				CPF/CNPJ	02.728.517/0001-27				
Endereço	RUA 0	3 - RESIDENCI	AL ATENAS			СЕР	74.140-110				
Cidade	OUIRI	NOPOLIS				Endereço	AV T-0007 - ST OESTE				
UF	GO					Cidade	GOIANIA				
Insc. Estadua		0				UF	GO				
Contato	-	o lo Campos Rodr	iana			Insc. Estadual	100411209				
		•	igues			Contato	MAURICIO DORNELES				
Telefone	` ′	9973-7067				Telefone	(62) 3251-5528				
Email		smatriz@institu	tocem.org.br			Email	mauricio@papelariamodelo.com.br;				
Prazo de Ent Solicitado	rega 4					Prazo de Entrega	2 DIA(s)				
Cond. Pagan	nento A PRA	ZO				Cond. Pagamento	30 Dias				
Solicitado						Nome do Vendedor	LIVRARIA E PAPELARIA MODELO LTDA				
Forma de Pagamento	BOLE	ΓΟ BANCÁRIO	1			Tipo de Frete	CIF				
1 againeitto						Faturamento Mínimo	450,00				
Endereço de cobrança		POLICLÍNICA NOPOLIS/GO (6	75.860-000 RES 64) 2101-1966	SIDENCIAL	ATENAS	Validade da Proposta	31/10/2023				
Endereço de entrega	,		ATENAS								

- QUIRINÓPOLIS / GO.

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

 FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60. INSTITUTO CEM POLICLINICA DE QUIRINÓPOLIS;

 COTAR SOMENTE O SOLICITADO.

 NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ÍTENS 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 E CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLISORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLISORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 01/2021 SES / GO.

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

Observações do Fornecedor

Observações do Fornecedor											
									ser cor		
						-			ndo		
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total		
PAPELARIA / LIVRARIA											
21	236	FITA CREPE BEGE 19MM X 50M	ADERE	ADERE	130,00	ROLO	3,5300	0,00	7		
Total do pedido									0.3		

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

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da pro	crição da proposta				
443610	151905	50502 / 42316	09/10/2023	25.763,20	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE					
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor					
Razão Social	INSTIT	ΓUTO CEM - Q	UIRINOPOLI	S		Razão Social	ELLO DISTRIBUICAO LTDA - EPP				
Nome Fantas	ia INSTIT	UTO CEM				Nome Fantasia	ELLO DISTRIBUICAO				
CPF/CNPJ	12.053	.184/0005-60				CPF/CNPJ	14.115.388/0001-80				
СЕР	75.860	-000				CEP	74.780-562				
Endereço	RUA 0	3 - RESIDENCI	AL ATENAS			Endereço	AV: ANAPOLIS - VILA PEDROSO				
Cidade	QUIRI	NOPOLIS				Cidade	GOIANIA				
UF	GO					UF	GO				
Insc. Estadua	ISENT	O				Insc. Estadual	10574978248				
Contato	Enivalo	Enivaldo Campos Rodrigues					WILLIAM PERILLO - 98406-6004				
Telefone	(62) 9 9	(62) 9 9973-7067					(62) 4009-2100				
Email	compra	asmatriz@institu	tocem.org.br			Email	comercial@ellodistribuicao.com.br;compras@ellodistribuicao.com.br;				
Prazo de Ent	rega 4					Prazo de	daniela@ellodistribuicao.com.br; 1 DIA(s)				
Solicitado	ento A PRA	70				Entrega	1 DIA(s)				
Cond. Pagam Solicitado	iento A PKA	20				Cond.	30 Dias				
Forma de	BOLE	BOLETO BANCÁRIO									
Pagamento							LIGIA LAIS				
Endereco de	RUA 3	POLICLÍNICA	75.860-000 R	ESIDENCIAL	ATENAS	Tipo de Frete	CIF				
cobrança	QUIRIN	RINOPOLIS/GO (64) 2101-1966				Faturamento	200,00				
Endereço de		POLICLÍNICA			ATENAS	Mínimo	10/10/2022				
entrega	QUIRIN	NOPOLIS/GO (6	54) 2101-1966			Validade da Proposta	10/10/2023				

QUIRINÓPOLIS / GO.

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

- FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60. ÎNSTITUTO CEM POLICLINICA DE QUIRINÓPOLIS;
- COTAR SOMENTE O SOLICITADO.
- NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ÍTENS 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;
- onferida no site: Jigo 306479 e o código verificador 4231 .ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML NO E-MAIL: ALMOXARIFADO@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLI
- ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 01/2021 SES / GO.
- COMPRAS A VISTA DE EQUIPAMENTOS SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO.

Observações do Fornecedor

									5 등		
Observações do Fornecedor											
									S & C		
									ode		
			т	т——		1			<u> </u>		
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Totౙ ౖ		
MÉDICO / HOSPITALAR											
4	5436	CLORETO DE SODIO SOL. INJETAVEL 0,9% 500 ML(M)	C/30 FRASCO	FRESENIUS	450,00	BOLSA	5,2000	0,00	2.34 (80)		
10	47083	DIALISADOR DE ALTO FLUXO 21H C/O REM CAPILAR	UNIDADE	NIPRO	437,00	UNIDADE	53,6000	0,00	23.42 3 20		

EM POLISSULFONA

Total do pedido

25.763 20

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidad https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-as\$



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 16/10/2023 às 10:54, 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 16/10/2023 às 13:32, 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 306479 e o código verificador 42316.