

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta						
444034	151977	50428/42262	16/10/2023	1.728,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS PARA PROCEDIMENTOS E TRIAGEM						
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor						
Razão Social		INSTITUTO CEM - POSSE				Razão Social		CIENTIFICA MEDICA HOSPITALAR LTDA				
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM				Nome Fantasia		CIENTIFICA HOSPITALAR				
CPF/CNPJ		12.053.184/0002-18				CPF/CNPJ		07.847.837/0001-10				
CEP		73.900-000				CEP		74.911-360				
Endereço		AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHEK DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES				Endereço		AV ANAPOLIS - VILA BRASILIA				
Cidade		POSSE				Cidade		APARECIDA DE GOIANIA				
UF		GO				UF		GO				
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		10.399.060-7				
Contato		NAOR BORGES				Contato		LUANA				
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone		(62) 3088-9700				
Email		naor@institutocem.org.br				Email		gerenciadmh1@gmail.com				
Prazo de Entrega Solicitado		4				Prazo de Entrega		1 DIA(s)				
Cond. Pagamento Solicitado		A PRAZO				Cond. Pagamento		30 Dias				
Forma de Pagamento		BOLETO BANCÁRIO				Nome do Vendedor		CAROL CUNHA				
						Tipo de Frete		CIF				
						Faturamento Mínimo		200,00				
Endereço de cobrança		AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903				Validade da Proposta		14/10/2023				
Endereço de entrega		AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903										
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												
5	27814	ELETRODO DESC. P/ MONITORIZACAO CARDIACA - GEL SOLIDO				CX/50	MAXICOR	8.000,00	UNIDADE	0,2160	0,00	1.728,00
Total do pedido											1.728,00	

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtuaidoc/public/validar-assinatura-anexo> informando o código 42262.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta						
444033	151977	50428/42262	16/10/2023	1.215,96	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS PARA PROCEDIMENTOS E TRIAGEM						
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor						
Razão Social		INSTITUTO CEM - POSSE				Razão Social		MAEVE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA				
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM				Nome Fantasia		MAEVE HOSPITALAR				
CPF/CNPJ		12.053.184/0002-18				CPF/CNPJ		09.034.672/0001-92				
CEP		73.900-000				CEP		74.985-144				
Endereço		AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHKE DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES				Endereço		RUA 13 - POLO EMPRESARIAL DE GOIÁS - ETAPA IV				
Cidade		POSSE				Cidade		APARECIDA DE GOIANIA				
UF		GO				UF		GO				
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		10.416.812-9				
Contato		NAOR BORGES				Contato		62 35651038				
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone		(62) 3565-1033				
Email		naor@institutocem.org.br				Email		analistacomercial@maevehospitalar.com.br				
Prazo de Entrega Solicitado		4				Prazo de Entrega		1 DIA(s)				
Cond. Pagamento Solicitado		A PRAZO				Cond. Pagamento		30 Dias				
Forma de Pagamento		BOLETO BANCÁRIO				Nome do Vendedor		ALESSANDRA COSTA TEXEIRA				
						Tipo de Frete		CIF				
						Faturamento Mínimo		500,00				
						Validade da Proposta		13/10/2023				
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												
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												
2	518	ALCOOL LIQUIDO 70% 1000ML				VIC	VIC	204,00	LITRO	4,9900	0,00	1.017,96
ETILICO ; SOLUCAO A 70% ; APRESENTAR REGISTRO NO MINISTERIO DA SAUDE/ANVISA E LAUDO TECNICO												
4	14010	CLOREXIDINA SOLUCAO ALCOOLICA A 0,5% 1000 ML				VIC	VIC	18,00	FRASCO	11,0000	0,00	198,00
Total do pedido												1.215,96

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
443883	151977	50428/42262	11/10/2023	1.420,23	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS PARA PROCEDIMENTOS E TRIAGEM					
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor					
Razão Social		INSTITUTO CEM - POSSE				Razão Social		HOSPDROGAS COMERCIAL LTDA			
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM				Nome Fantasia		HOSPDROGAS			
CPF/CNPJ		12.053.184/0002-18				CPF/CNPJ		08.774.906/0001-75			
CEP		73.900-000				CEP		74.993-394			
Endereço		AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHKE DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES				Endereço		AV. OESTE - PQ. IND. VICE-PRES. JOSÉ ALENCAR ETAPA II			
Cidade		POSSE				Cidade		APARECIDA DE GOIANIA			
UF		GO				UF		GO			
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		104153377			
Contato		NAOR BORGES				Contato		TELEVENDAS			
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone		(62) 4012-1199			
Email		naor@institutocem.org.br				Email		hermilton@hospdrogas.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		LETICIA BATISTA			
						Tipo de Frete		CIF			
						Faturamento Mínimo		500,00			
						Validade da Proposta		31/10/2023			
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											
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											
Por favor se atentar nas quantidade da observação.											
Item	Código	Descrição	Referência			Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR											
2	518	ALCOOL LIQUIDO 70% 1000ML	040.0001-ALCOOL 70 1L ITAJA			JALLES MACHADO	204,00	LITRO	4,9005	0,00	999,70
ETILICO ; SOLUCAO A 70% ; APRESENTAR REGISTRO NO MINISTERIO DA SAUDE/ANVISA E LAUDO TECNICO											
4	14010	CLOREXIDINA SOLUCAO ALCOOLICA A 0,5% 1000 ML	022.0191-CHLORCLEAR (CLOREXIDINA)0,5% SOLUCAO ALCOOLICA 100			VIC PHARMA	8,00	FRASCO	1,7412	0,00	13,9296
5	27814	ELETRODO DESC. P/ MONITORIZACAO CARDIACA - GEL SOLIDO	030.1339-ELETRODO ECG ADULTO SF02 46MMX41MMUND			MAXICOR	2.000,00	UNIDADE	0,2131	0,00	426,20
Total do pedido											1.426,23

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta						
443882	151977	50428/42262	11/10/2023	1.055,20	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS PARA PROCEDIMENTOS E TRIAGEM						
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor						
Razão Social		INSTITUTO CEM - POSSE				Razão Social		CIENTIFICA MEDICA HOSPITALAR LTDA				
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM				Nome Fantasia		CIENTIFICA HOSPITALAR				
CPF/CNPJ		12.053.184/0002-18				CPF/CNPJ		07.847.837/0001-10				
CEP		73.900-000				CEP		74.911-360				
Endereço		AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHK DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES				Endereço		AV ANAPOLIS - VILA BRASILIA				
Cidade		POSSE				Cidade		APARECIDA DE GOIANIA				
UF		GO				UF		GO				
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		10.399.060-7				
Contato		NAOR BORGES				Contato		LUANA				
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone		(62) 3088-9700				
Email		naor@institutocem.org.br				Email		gerenciadmh1@gmail.com				
Prazo de Entrega Solicitado		4				Prazo de Entrega		1 DIA(s)				
Cond. Pagamento Solicitado		A PRAZO				Cond. Pagamento		30 Dias				
Forma de Pagamento		BOLETO BANCÁRIO				Nome do Vendedor		CAROL CUNHA				
						Tipo de Frete		CIF				
						Faturamento Mínimo		200,00				
						Validade da Proposta		14/10/2023				
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												
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												
3		BARBEADOR DESCARTAVEL 02 LAMINAS			CX/05		MAXICOR	40,00	UNIDADE	0,8800	0,00	35,20
LIMPEZA E HIGIENIZAÇÃO												
1	50695	DESINFETANTE A BASE DE BIGUANIDA E QUATERNARIO DE AMONIO 5 L			QUATERNARIO AMONIO (GERMI RIO) 5LT		RIOQUIMICA	20,00	GALÃO	51,0000	0,00	1.020,00
GALÃO COM 5 LITROS												
Total do pedido												1.055,20

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
443881	151977	50428/42262	11/10/2023	878,30	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS PARA PROCEDIMENTOS E TRIAGEM			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social		INSTITUTO CEM - POSSE				Razão Social		MAEVE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA	
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM				Nome Fantasia		MAEVE HOSPITALAR	
CPF/CNPJ		12.053.184/0002-18				CPF/CNPJ		09.034.672/0001-92	
CEP		73.900-000				CEP		74.985-144	
Endereço		AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHKE DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES				Endereço		RUA 13 - POLO EMPRESARIAL DE GOIÁS - ETAPA IV	
Cidade		POSSE				Cidade		APARECIDA DE GOIANIA	
UF		GO				UF		GO	
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		10.416.812-9	
Contato		NAOR BORGES				Contato		62 35651038	
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone		(62) 3565-1033	
Email		naor@institutocem.org.br				Email		analistacomercial@maevehospitalar.com.br	
Prazo de Entrega Solicitado		4				Prazo de Entrega		1 DIA(s)	
Cond. Pagamento Solicitado		A PRAZO				Cond. Pagamento		30 Dias	
Forma de Pagamento		BOLETO BANCÁRIO				Nome do Vendedor		ALESSANDRA COSTA TEXEIRA	
						Tipo de Frete		CIF	
						Faturamento Mínimo		500,00	
						Validade da Proposta		13/10/2023	
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									
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									
6	12888	ESPARADRAPO 100% ALGODAO 10CM X 4,5M	PROCITEC	PROCITEC	10,00	ROLO	7,8300	0,00	78,30
7	457	TIRA TESTE P/ DETERMINACAO GLICOSE NO SANGUE	ON CALL PLUS	ON CALL PLUS	2.000,00	UNIDADE	0,4000	0,00	800,00
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									878,30



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 16/10/2023 às 15:02, 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 17/10/2023 às 15:05, 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 306710 e o código verificador 42262.