

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
445503	152958	51722 / 44155	07/11/2023	2.129,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Razão Social SEMPRE HOSPITALAR LTDA			
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Nome Fantasia SEMPRE			
CPF/CNPJ	12.053.184/0008-03					CPF/CNPJ 37.751.411/0001-29			
CEP	73.805-201					CEP 74.255-140			
Endereço	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA					Endereço R C-0159 - JARDIM AMÉRICA			
Cidade	FORMOSA					Cidade GOIANIA			
UF	GO					UF GO			
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual 10799854-8			
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato VENER			
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone (62) 9 9462-2822			
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email vendas16@semprehospitalar.com.br			
Prazo de Entrega Solicitado	4					Prazo de Entrega 4 DIA(s)			
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento 60 Dias			
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor VENER ROQUE			
						Tipo de Frete CIF			
						Faturamento Mínimo 1.200,00			
Endereço de cobrança	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					Validade da Proposta 11/11/2023			
Endereço de entrega	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067								
Observações do Comprador									
FORMOSA / GO .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. .AQUISIÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO. .FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0008-03 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE ORMOSA/GO. .COTAR SOMENTE FRETE CIF; .FAVOR ATENTAR AO DESCRITIVO DO PRODUTO, SEM ALTERAR QUANTIDADE NEM NOMES - SUJEITO A DEVOLUÇÃO; ALMOXARIFADO@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR .ENVIAR JUNTOS DO PRODUTO A ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL + BOLETO – SUJEIRO A DEVOLUÇÃO; GESTÃO Nº 03/2022 /2022 – SES / GO. .COMPRAS A VISTA DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO. .ENDEREÇO PARA ENTREGA: POLICLÍNICA DA CIDADE DE FORMOSA/GO - ENDEREÇO: AV. OESTE, QUADRAS 4, 5 E 9, S/N, JARDIM OLIVEIRA, FORMOSA/GO. CEP: 73805-201. .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE									
Observações do Fornecedor									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
3	25803	ALCOOL SWAB 70%. ENVELOPE	ALCOOL	MEDIX	2.000,00	ENVELOPE	0,0300	0,00	60,00
MINI GAZE EMBEBIDO COM ÁLCOOL PARA ASSEPSIA. EMBALADO INDIVIDUALEMTNE EM ENVELOPE TERMOSSELADO, LACRADO, EM POLÍMERO PLÁSTICO									
ELETRODOMESTICO									
1	23286	PALLET PLÁSTICO PRETO EMPILHÁVEL 100 X 120 X 15 CM.	PALLET	PROPALLET	10,00	UNIDADE	206,9000	0,00	2.069,00
MATERIAL PEAD - POLIETILENO DE ALTA DENSIDADE NA COR PRETA, EMPILHÁVEL, ALTURA 15CM, PESO 8,5KG, CAPACIDADE DE CARGA E									
Total do pedido									2.129,00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
445502	152958	51722 / 44155	07/11/2023	31.182,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE				
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor				
Razão Social		INSTITUTO CEM - FORMOSA				Razão Social		SANTÉ MÉDICA HOSPITALAR LTDA		
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM - FORMOSA				Nome Fantasia		SANTÉ MÉDICA HOSPITALAR LTDA		
CPF/CNPJ		12.053.184/0008-03				CPF/CNPJ		16.699.864/0001-83		
CEP		73.805-201				CEP		74.366-115		
Endereço		AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA				Endereço		AV. LORENZO ESQUINA COM RPS-5 - RESIDENCIAL PORTO SEGURO		
Cidade		FORMOSA				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		4 DIA(s)		
Cond. Pagamento Solicitado		A PRAZO				Cond. Pagamento		60 Dias		
Forma de Pagamento		BOLETO BANCÁRIO				Nome do Vendedor		ITALO		
						Tipo de Frete		CIF		
Endereço de cobrança		AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067				Faturamento Mínimo		1.500,00		
Endereço de entrega		AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067				Validade da Proposta		13/11/2023		
Observações do Comprador										
FORMOSA / GO .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. .AQUISIÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO. .FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0008-03 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE ORMOSA/GO. .COTAR SOMENTE FRETE CIF; .FAVOR ATENTAR AO DESCRITIVO DO PRODUTO, SEM ALTERAR QUANTIDADE NEM NOMES - SUJEITO A DEVOLUÇÃO; .ENCAMINHAR CÓPIA DA NOTA FISCAL + BOLETO + XML PARA OS E-MAILS: ALMOXARIFADO@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR .ENVIAR JUNTOS DO PRODUTO A ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL + BOLETO – SUJEIRO A DEVOLUÇÃO; .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE GESTÃO Nº 03/2022 /2022 – SES / GO. .COMPRAS A VISTA DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO. .ENDEREÇO PARA ENTREGA: POLICLÍNICA DA CIDADE DE FORMOSA/GO - ENDEREÇO: AV. OESTE, QUADRAS 4, 5 E 9, S/N, JARDIM OLIVEIRA, FORMOSA/GO. CEP: 73805-201.										
Observações do Fornecedor										
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total	
MÉDICO / HOSPITALAR										
2	25986	AGULHA DE FISTULA ARTERIO VENOSA 16GX1 C/ DISP. SEGURANCA	AGULHA DE FISTULA ARTERIO VENOSA 16GX1 C/ DISP. SEGURANCA	NIPRO	2.000,00	UNIDADE	1,1200	0,00	2.240,00	
AGULHA DE FISTULA ARTERIOVENOSA 16G X 1 PROTECAO ; COM DISPOSITIVO DE SEGURANCA (NR-32) ; DIAMETRO: 1,60MM X 25MM										
7	25982	CONCENTRADO POLIELETROLITICO HEMODIALISE SOL ACIDA 5 LITROS	CONCENTRADO POLIELETROLITICO HEMODIALISE SOL ACIDA 5 LITROS	FARMARIN	1.000,00	GALÃO	17,5900	0,00	17.590,00	
GALÃO C/ 5 LITROS. PARA SER UTILIZADO EM MÁQUINA DE HEMODIÁLISE DA MARCA B.BRAUN, MODELO DIALOG.										
8	25984	CONCENTRADO POLIELETROLITICO HEMODIALISE SOL. BASICA 5 LITROS	CONCENTRADO POLIELETROLITICO HEMODIALISE SOL. BASICA 5 LITRO	FARMARIN	800,00	GALÃO	14,1900	0,00	11.352,00	
GALÃO C/ 5 LITROS										
Total do pedido										31.182,00

Este documento foi assinado digitalmente por: A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/mpl/445502/152958/51722/44155/07/11/2023/31.182,00/O.C. Emitida informando o código 314965 e o código verificador 44155

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
445501	152958	51722 / 44155	07/11/2023	2.970,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE					
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor					
Razão Social	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Razão Social	HOSPMED COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA				
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Nome Fantasia	HOSPMED				
CPF/CNPJ	12.053.184/0008-03					CPF/CNPJ	37.821.276/0001-40				
CEP	73.805-201					CEP	74.303-030				
Endereço	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA					Endereço	AV C-0018 - SETOR SUDOESTE				
Cidade	FORMOSA					Cidade	GOIANIA				
UF	GO					UF	GO				
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	108012930				
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato	MARLENE				
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 9 8128-6045				
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email	hospmed.compras01@gmail.com				
Prazo de Entrega Solicitado	4					Prazo de Entrega	5 DIA(s)				
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	60 Dias				
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	Marlene Perpetua da Silva				
						Tipo de Frete	CIF				
Endereço de cobrança	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					Faturamento Mínimo	1.000,00				
Endereço de entrega	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					Validade da Proposta	05/12/2023				
Observações do Comprador											
FORMOSA / GO .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. .AQUISIÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO. .FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0008-03 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE ORMOSA/GO. .COTAR SOMENTE FRETE CIF; .FAVOR ATENTAR AO DESCRITIVO DO PRODUTO, SEM ALTERAR QUANTIDADE NEM NOMES - SUJEITO A DEVOLUÇÃO; ALMOXARIFADO@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR .ENVIAR JUNTOS DO PRODUTO A ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL + BOLETO – SUJEIRO A DEVOLUÇÃO; GESTÃO Nº 03/2022 /2022 – SES / GO. .COMPRAS A VISTA DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO. .ENDEREÇO PARA ENTREGA: POLICLÍNICA DA CIDADE DE FORMOSA/GO - ENDEREÇO: AV. OESTE, QUADRAS 4, 5 E 9, S/N, JARDIM OLIVEIRA, FORMOSA/GO. CEP: 73805-201. .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE											
Observações do Fornecedor											
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total		
MÉDICO / HOSPITALAR											
4	6722	BOBINA DE SACO FINO ATÓXICO TRANSP. PICOTADO 40 X 60	JR	JR	30,00	ROLO	99,0000	0,00	2.970,00		
ROLO C/ 2,75KG - DE PLÁSTICO NÃO RECICLADO											
Total do pedido									2.970,00		

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura/44155 informando o código 314965 e o código verificador 44155

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
445500	152958	51722 / 44155	07/11/2023	744,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Razão Social HOSPDROGAS COMERCIAL LTDA			
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FORMOSA					 HOSPDROGAS			
CPF/CNPJ	12.053.184/0008-03					Nome Fantasia HOSPDROGAS			
CEP	73.805-201					CPF/CNPJ 08.774.906/0001-75			
Endereço	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA					CEP 74.993-394			
Cidade	FORMOSA					Endereço AV. OESTE - PQ. IND. VICE-PRES. JOSÉ ALENCAR ETAPA II			
UF	GO					Cidade APARECIDA DE GOIANIA			
Insc. Estadual	ISENTO					UF GO			
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Insc. Estadual 104153377			
Telefone	(62) 9 9973-7067					Contato TELEVENDAS			
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Telefone (62) 4012-1199			
Prazo de Entrega Solicitado	4					Email fernando.chamelet@hospdrogas.com.br			
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Prazo de Entrega 2 DIA(s)			
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Cond. Pagamento 60 Dias			
Endereço de cobrança	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					Nome do Vendedor LETICIA BATISTA			
Endereço de entrega	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					Tipo de Frete CIF			
						Faturamento Mínimo 500,00			
						Validade da Proposta 30/11/2023			
Observações do Comprador									
FORMOSA / GO .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. .AQUISIÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO. .FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0008-03 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE ORMOSA/GO. .COTAR SOMENTE FRETE CIF; .FAVOR ATENTAR AO DESCRITIVO DO PRODUTO, SEM ALTERAR QUANTIDADE NEM NOMES - SUJEITO A DEVOLUÇÃO; .ENCAMINHAR CÓPIA DA NOTA FISCAL + BOLETO + XML PARA OS E-MAILS: ALMOXARIFADO@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR .ENVIAR JUNTOS DO PRODUTO A ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL + BOLETO – SUJEIRO A DEVOLUÇÃO; .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE GESTÃO Nº 03/2022 /2022 – SES / GO. .COMPRAS A VISTA DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO. .ENDEREÇO PARA ENTREGA: POLICLÍNICA DA CIDADE DE FORMOSA/GO - ENDEREÇO: AV. OESTE, QUADRAS 4, 5 E 9, S/N, JARDIM OLIVEIRA, FORMOSA/GO. CEP.: 73805-201.									
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									
10	233	EQUIPO P/ SOL PARENT MACROGOTAS GRAVIT C/ INJETOR LATERAL	030.1666-EQUIPO MACRO C/FIL INJ LATERAL LUER SLIP COMPLETO P	MEDIX	1.200,00	UNIDADE	0,6200	0,00	744,00
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.									
Total do pedido									744,00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta						
445499	152958	51722 / 44155	07/11/2023	56.015,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE						
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor						
Razão Social		INSTITUTO CEM - FORMOSA				Razão Social		SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI				
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM - FORMOSA				Nome Fantasia		SUPERMEDICA HOSPITALAR				
CPF/CNPJ		12.053.184/0008-03				CPF/CNPJ		06.065.614/0001-38				
CEP		73.805-201				CEP		74.255-140				
Endereço		AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA				Endereço		RUA C-159 - JARDIM AMERICA				
Cidade		FORMOSA				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		60 Dias				
Forma de Pagamento		BOLETO BANCÁRIO				Nome do Vendedor		SUPORTE PORTAL				
Tipo de Frete						Tipo de Frete		CIF				
Faturamento Mínimo						Faturamento Mínimo		1.200,00				
Validade da Proposta						Validade da Proposta		08/11/2023				
Endereço de cobrança		AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067										
Endereço de entrega		AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067										
Observações do Comprador												
FORMOSA / GO .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. .AQUISIÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO. .FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0008-03 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE ORMOSA/GO. .COTAR SOMENTE FRETE CIF; .FAVOR ATENTAR AO DESCRITIVO DO PRODUTO, SEM ALTERAR QUANTIDADE NEM NOMES - SUJEITO A DEVOLUÇÃO; .ENCAMINHAR CÓPIA DA NOTA FISCAL + BOLETO + XML PARA OS E-MAILS: ALMOXARIFADO@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR .ENVIAR JUNTOS DO PRODUTO A ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL + BOLETO – SUJEIRO A DEVOLUÇÃO; .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE GESTÃO Nº 03/2022 /2022 – SES / GO. .COMPRAS A VISTA DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO. .ENDEREÇO PARA ENTREGA: POLICLÍNICA DA CIDADE DE FORMOSA/GO - ENDEREÇO: AV. OESTE, QUADRAS 4, 5 E 9, S/N, JARDIM OLIVEIRA, FORMOSA/GO. CEP: 73805-201.												
Observações do Fornecedor												
VENDEDORA: JULIANA RAMALHO RAMAL 5170 - EMAIL: LOCALIZADOR03@SUPERMEDICA.COM.BR 62 9669-4917 - SOMENTE WHATSAPP COT 638027												
Item	Código	Descrição				Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR												
5	7724	CAPA DE PROTECAO ESTERIL P/ VIDEOCIRURGIA APROX. 15 X 250 CM				ESTERILI-MED	ESTERILI-MED	20,00	UNIDADE	3,4000	0,00	68,00
MEDIDAS APROXIMADAS: 15 X 250 CENTÍMETROS (LARGURA X COMPRIMENTO); CAPA PLÁSTICA TRANSPARENTE PARA PROTEÇÃO DOS ACESSÓRIOS DE VIDEOCIRURGIA, TAIS COMO CÂMERA, CABO DE FIBRA ÓTICA, DENTRE OUTROS, ESPECIFICA PARA UTILIZAÇÃO EM ACESSÓRIOS DE VIDEOCIRURGIA; EMBALAGEM INDIVIDUAL TIPO ENVELOPE, QUE POSSIBILITA A ABERTURA ASSÉPTICA SEM RASGOS NO FILME E COM MENOR LIBERAÇÃO DE FIBRAS; PRODUTO DE USO ÚNICO; ISENTO DE LÁTEX; DESCARTÁVEL.												
9	62593	DIALISADOR POLIETERSULFONA 20H ALTO FLUXO 2,0M2				DORA	DORA	1.200,00	UNIDADE	30,4100	0,00	36.492,00
11	25996	ISOLADOR CONDUTOR PRESSAO ARTERIAL VENOSA HEMODIALISE				DORA	DORA	2.000,00	UNIDADE	0,5100	0,00	1.020,00
PRESSÃO ARTERIAL E VENOSA PARA MÁQUINA DE HEMODIÁLISE CONSTITUÍDO DE MEMBRANA HIDROFÓBICA E HIDROREPELENTE, ATÓXICO, ESTÉRIL E APIROGÊNICO, REGISTRADO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE.												
12	26319	KIT SET LINHAS DE SANGUE ARTERIAL/VENOSO P/ MAQ HEMODIALISE				DORA	DORA	1.500,00	KIT	12,2900	0,00	18.435,00
PARA MÁQUINAS DE HEMODIÁLISE CONTENDO LINHA DE SANGUE ARTERIAL COM SEGUIMENTO DE BOMBA COM 280MM DE EXTENSÃO E DIÂMETRO DE 8MM, CATHETER SENSOR DE PRESSÃO COM CONECTOR LUER, PONTO DE INJEÇÃO, CLAMPS NA EXTENSÃO DA LINHA PRÓXIMA AO CONECTOR LUER; LINHA DE SANGUE VENOSA PARA MÁQUINAS DE HEMODIÁLISE, COM CATA-BOLHA COM 20MM DE DIÂMETRO, SENSOR DE PRESSÃO COM CONECTOR LUER, PONTO DE INJEÇÃO, CLAMPS NA EXTENSÃO DA LINHA PRÓXIMA AO CONECTOR LUER E NA SAÍDA DO CATA-BOLHA; ISOLADOR DE PRESSÃO ARTERIAL E VENOSA PARA MÁQUINA DE HEMODIÁLISE CONSTITUÍDO DE MEMBRANA HIDROFÓBICA E HIDROREPELENTE; EQUIPO DE SORO; ESTÉRIL, ATÓXICO E APIROGÊNICO, REGISTRADO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE.												
Total do pedido											56.015,00	

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
445498	152958	51722 / 44155	07/11/2023	8.971,20	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Razão Social ELLO DISTRIBUICAO LTDA - EPP			
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Nome Fantasia ELLO DISTRIBUICAO			
CPF/CNPJ	12.053.184/0008-03					CPF/CNPJ 14.115.388/0001-80			
CEP	73.805-201					CEP 74.780-562			
Endereço	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA					Endereço AV: ANAPOLIS - VILA PEDROSO			
Cidade	FORMOSA					Cidade GOIANIA			
UF	GO					UF GO			
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual 10574978248			
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato WILLIAM PERILLO - 98406-6004			
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone (62) 4009-2100			
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email comercial@ellodistribuicao.com.br;compras@ellodistribuicao.com.br;daniela@ellodistribuicao.com.br;			
Prazo de Entrega Solicitado	4					Prazo de Entrega 2 DIA(s)			
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento 60 Dias			
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor LIGIA LAIS			
Endereço de cobrança	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					Tipo de Frete CIF			
Endereço de entrega	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					Faturamento Mínimo 500,00			
						Validade da Proposta 07/11/2023			
Observações do Comprador									
FORMOSA / GO .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. .AQUISIÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO. .FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0008-03 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE ORMOSA/GO. .COTAR SOMENTE FRETE CIF; .FAVOR ATENTAR AO DESCRITIVO DO PRODUTO, SEM ALTERAR QUANTIDADE NEM NOMES - SUJEITO A DEVOLUÇÃO; ENCAMINHAR CÓPIA DA NOTA FISCAL + BOLETO + XML PARA OS E-MAILS: ALMOXARIFADO@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR .ENVIAR JUNTOS DO PRODUTO A ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL + BOLETO – SUJEIRO A DEVOLUÇÃO; GESTÃO Nº 03/2022 /2022 – SES / GO. .COMPRAS A VISTA DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO. .ENDEREÇO PARA ENTREGA: POLICLÍNICA DA CIDADE DE FORMOSA/GO - ENDEREÇO: AV. OESTE, QUADRAS 4, 5 E 9, S/N, JARDIM OLIVEIRA, FORMOSA/GO. CEP: 73805-201. .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE									
Observações do Fornecedor									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	VI. Unit.	Desconto	VI. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
6	33777	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 1000ML - BOLSA	C/16- FRASCO	FRESENIUS- FRASCO	1.008,00	BOLSA	8,9000	0,00	8.971,20
BOLSA 1000ML									
Total do pedido									8.971,20

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser verificada no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura/445498-152958-51722-44155-07112023-897120



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 07/11/2023 às 12:40, 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 08/11/2023 às 13:40, 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 314965 e o código verificador 44155.