

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
445569	152944	51727/44139	08/11/2023	14.700,00	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS HEMODIALISE			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - GOIANESIA					Razão Social	ENGELTECH EQUIPAMENTOS MÉDICO HOSPITLAR LTDA.		
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FILIAL GOIANÉSIA					Nome Fantasia	ENGELTECH		
CPF/CNPJ	12.053.184/0003-07					CPF/CNPJ	07.612.398/0001-66		
CEP	76.383-637					CEP	71.987-720		
Endereço	AV. ULISSES GUIMARÃES, ESQUINA COM AV. CONTORNO, S/N, - ESPERANÇA					Endereço	ADE CONJUNTO 13 - ÁREA DE DESENVOLVIMENTO ECONÔMICO (ÁGUAS CLARAS)		
Cidade	GOIANESIA					Cidade	BRASILIA		
UF	GO					UF	DF		
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	0747088400124		
Contato	NAOR BORGES					Contato	JHONATAN VITAL		
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(61) 3399-8342		
Email	naor@institutocem.org.br					Email	,		
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	JHONATAN VITAL		
Endereço de cobrança	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734					Tipo de Frete	CIF		
Endereço de entrega	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734					Faturamento Mínimo	0,00		
						Validade da Proposta	05/12/2023		
Observações do Comprador									
GOIANÉSIA / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0003-07 - 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 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; CONTROLADORIA@POLICLINICAGOIANESIA.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 65/2020 - 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	47086	FILTRO DE FLUIDO DE DIALISE	DIASAFE PLUS	FRESENIUS	15,00	UNIDADE	980,0000	0,00	14.700,00
COMPATIVEL COM O EQUIPAMENTO: DIASAFE PLUS (FRESENIUS)									
								Total do pedido	14.700,00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
445568	152944	51727/44139	08/11/2023	2.132,00	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS HEMODIALISE					
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor					
Razão Social	INSTITUTO CEM - GOIANESIA					Razão Social	SEMPRE HOSPITALAR LTDA				
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FILIAL GOIANÉSIA					Nome Fantasia	SEMPRE				
CPF/CNPJ	12.053.184/0003-07					CPF/CNPJ	37.751.411/0001-29				
CEP	76.383-637					CEP	74.255-140				
Endereço	AV. ULISSES GUIMARÃES, ESQUINA COM AV. CONTORNO, S/N, - ESPERANÇA					Endereço	R C-0159 - JARDIM AMÉRICA				
Cidade	GOIANESIA					Cidade	GOIANIA				
UF	GO					UF	GO				
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	10799854-8				
Contato	NAOR BORGES					Contato	VENER				
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 9 9462-2822				
Email	naor@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				
Endereço de cobrança	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734					Faturamento Mínimo	1.200,00				
Endereço de entrega	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734					Validade da Proposta	11/11/2023				
Observações do Comprador											
GOIANÉSIA / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0003-07 - 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 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; CONTROLADORIA@POLICLINICAGOIANESIA.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 65/2020 - 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		CATETER DUPLO LUMEN PARA HEMODIALISE 12FR X 16CM	CATETER	MEDKA	10,00	UNIDADE	73,0000	0,00	730,00		
7		KIT CATETER DUPLO LUMEN P/ HEMODIALISE 12,5FR X 28CM	KIT CATETER	BIOMEDICAL	5,00	UNIDADE	123,0000	0,00	615,00		
9	39677	PURISTERIL 3,5% 340 GALAO DE 5L	PURISTERIL	FARMARIN	4,00	GALÃO	118,0000	0,00	472,00		
10	46888	TRANSDUTOR DE PRESSÃO TP41.	TRANSDUTOR	DORA	500,00	UNIDADE	0,6300	0,00	315,00		
TRIFÁSICO; CAPACIDADE 7,5 TE; GÁS REFRIGERANTE R 22; TENSÃO 380 V/ 60HZ; CORRENTE 12 3 A; COMPATÍVEL COM O APARELHO DE AR CONDICIONADO MULTISPLIT MODELO TROCADOR CARRIER 12,5 TRS, MODELO 40MSC150TRF; MARCA/MODELO A TÍTULO DE REFERÊNCIA; MARCA COPELAND SCROOL; MODELO 7R72KC - TDF - 501C.											
									Total do pedido	2.132,00	

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
445567	152944	51727/44139	08/11/2023	18.165,00	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS HEMODIALISE				
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	NAOR BORGES					Contato	ANDRE LUIZ OU MURILO			
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(64) 9 9925-3885			
Email	naor@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			
						Faturamento Mínimo	1.500,00			
						Validade da Proposta	13/11/2023			
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. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0003-07 - 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 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; CONTROLADORIA@POLICLINICAGOIANESIA.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 65/2020 - 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										
1	25986	AGULHA DE FISTULA ARTERIO VENOSA 16GX1 C/ DISP. SEGURANCA	AGULHA DE FISTULA ARTERIO VENOSA 16GX1 C/ DISP. SEGURANCA	- COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA (NR-32)	200,00	UNIDADE	1,1200	0,00	224,00	
AGULHA DE FISTULA ARTERIOVENOSA 16G X 1 PROTECAO ; COM DISPOSITIVO DE SEGURANCA (NR-32) ; DIAMETRO: 1,60MM X 25MM										
3	25982	CONCENTRADO POLIELETROLITICO HEMODIALISE SOL ACIDA 5 LITROS	CONCENTRADO POLIELETROLITICO HEMODIALISE SOL ACIDA 5 LITROS	FARMARIN	250,00	GALÃO	17,5900	0,00	4.397,50	
4	25984	CONCENTRADO POLIELETROLITICO HEMODIALISE SOL. BASICA 5 LITROS	CONCENTRADO POLIELETROLITICO HEMODIALISE SOL. BASICA 5 LITRO	FARMARIN	250,00	GALÃO	14,1900	0,00	3.547,50	
5	47083	DIALISADOR DE ALTO FLUXO 21H C/O REM CAPILAR	DIALISADOR DE ALTO FLUXO 21H C/O REM CAPILAR	NIPRO	200,00	UNIDADE	49,9800	0,00	9.996,00	
EM POLISSULFONA										
Total do pedido										18.165,00

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticação pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/vr/validar-assinatura.php?codigo=315621 e o código verificador 44139.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta						
445566	152944	51727/44139	08/11/2023	1.200,00	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS HEMODIALISE						
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	NAOR BORGES					Contato	TELEVENDAS					
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 3928-8989					
Email	naor@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	CIF					
						Faturamento Mínimo	1.200,00					
						Validade da Proposta	08/11/2023					
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. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0003-07 - 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 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; CONTROLADORIA@POLICLINICAGOIANESIA.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 65/2020 - SES / GO. COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA/ EQUIPAMENTO.												
Observações do Fornecedor												
VENDEDORA: JULIANA RAMALHO RAMAL 5170 - EMAIL: LOCALIZADOR03@SUPERMEDICA.COM.BR 62 9669-4917 - SOMENTE WHATSAPP COT 637981												
Item	Código	Descrição				Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR												
8	73365	KIT LINHA DE SANGUE ARTERIAL / VENOSO PARA HEMODIÁLISE 8,0 X 12,0 X 355MM				DORA	DORA	200,00	KIT	6,0000	0,00	1.200,00
KIT LINHA DE SANGUE PARA HEMODIÁLISE A011-V602 (B) - B, ANVISA: 80788620037 138ML												
Total do pedido												1.200,00

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade pode ser conferida no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtuaidoc/public/validar-a-autenticidade-de-dados> utilizando o código 315621 e o código verificador 44139.



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 08/11/2023 às 10:05, 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 13:36, 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 315621 e o código verificador 44139.