

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
445982	152958	51722 / 44155	13/11/2023	777,60	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;
 ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE GESTÃO N° 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									
10	233	EQUIPO P/ SOL PARENT MACROGOTAS GRAVIT C/ INJETOR LATERAL	PCT 25	GLDMED	1.200,00	UNIDADE	0,6480	0,00	777,60
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, PINÇA 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									777,60

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		
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	1.200,00		
						Validade da Proposta	11/11/2023		
Observações do Comprador									
<p>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. .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE .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.</p>									
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 ALCOOL PARA ASSEPSIA. EMBALADO INDIVIDUALEMTE EM ENVELOPE TERMOSELADO, 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 ESTÁTICA 3000KG									
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
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	1.500,00
						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 – POLICLÍNICA 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 N° 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									
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. A autenticação deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/p/.../ic/validar-assinatura-xml-318164 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	hospmmed.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
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	1.000,00
						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;
.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 N° 03/2022 /2022 – SES / GO. .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE
.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									
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

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					Nome Fantasia	HOSPDROGAS
CPF/CNPJ	12.053.184/0008-03					CPF/CNPJ	08.774.906/0001-75
CEP	73.805-201					CEP	74.993-394
Endereço	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA					Endereço	AV. OESTE - PQ. IND. VICE-PRES. JOSÉ ALENCAR ETAPA II
Cidade	FORMOSA					Cidade	APARECIDA DE GOIANIA
UF	GO					UF	GO
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	104153377
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato	TELEVENDAS
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 4012-1199
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email	fernando.chamelet@hospdrogas.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	LETICIA BATISTA
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	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;
GESTÃO N° 03/2022 /2022 – SES / GO. .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE
.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, PINÇA 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

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticação deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura.aspx?id=44155

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		
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	1.200,00		
						Validade da Proposta	08/11/2023		
Observações do Comprador									
<p>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.</p>									
Observações do Fornecedor									
<p>VENDEDORA: JULIANA RAMALHO RAMAL 5170 - EMAIL: LOCALIZADOR03@SUPERMEDICA.COM.BR 62 9669-4917 - SOMENTE WHATSAPP COT 638027</p>									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vi. Unit.	Desconto	Vi. 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; SENSOR DE PRESSÃO COM CONECTOR LUER, PONTO DE INJEÇÃO, CLAMPS NA EXTENSÃO DA LINHA PRÓXIMA AO CONECTOR LUER; LINHA DE SANGUE VENOSO 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;
 .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE GESTÃO N° 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	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



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 13/11/2023 às 08:54, 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 13/11/2023 às 22:22, 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 318164 e o código verificador 44155.