

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta						
446110	153117	3010234 /44161	14/11/2023	575,00	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS P/ ENDOSCOPIA						
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor						
Razão Social		INSTITUTO CEM - FORMOSA				Razão Social		SYMEX PRODUTOS MEDICOS HOSPITALARES LTDA				
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM - FORMOSA				Nome Fantasia		SYMEX HOSPITALAR				
CPF/CNPJ		12.053.184/0008-03				CPF/CNPJ		45.212.514/0001-49				
CEP		73.805-201				CEP		74.275-220				
Endereço		AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA				Endereço		R C-0184 - JARDIM AMERICA				
Cidade		FORMOSA				Cidade		GOIANIA				
UF		GO				UF		GO				
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		108947033				
Contato		NAOR BORGES				Contato		VINICIUS FERREIRA				
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone		(62) 4106-1571				
Email		naor@institutocem.org.br				Email		vendas@symex.com.br				
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		VINICIUS FERREIRA				
						Tipo de Frete		CIF				
Endereço de cobrança		AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067				Faturamento Mínimo		500,00				
Endereço de entrega		AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067				Validade da Proposta		24/11/2023				
Observações do Comprador												
FORMOSA / GO . AQUISIÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0008-03 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE FORMOSA/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 3/2022 – SES / GO. COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA/ EQUIPAMENTO. ENDEREÇO PARA ENTREGA: POLICLÍNICA DA CIDADE DE FORMOSA/GO - ENDEREÇO: AV. OESTE, QUADRAS 4, 5 E 9, S/N, JARDIM OLIVEIRA, CIDADE FORMOSA/GO. CEP.: 73805-201.												
Observações do Fornecedor												
Item	Código	Descrição				Referência	Marca	Qtde	UM	VL. Unit.	Desconto	VL. Total
MÉDICO / HOSPITALAR												
2		ESCOVA DE LIMPEZA DE DUPLA CABEÇA PARA VÁLVULA E PORTA DE ENDOSCÓPIOS. CABEÇA A: 5MM X 20MM / CABEÇA B: 12MM X 30MM COMPRIMENTO TOTAL 170MM				PCT/5	DEVANT - FBC3000-DV03	50,00	UNIDADE	11,5000	0,00	575,00
Total do pedido												575,00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
446109	153117	3010234 /44161	14/11/2023	1.652,00	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS P/ ENDOSCOPIA					
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	NAOR BORGES					Contato	MARLENE				
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 9 8128-6045				
Email	naor@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	800,00				
Endereço de entrega	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					Validade da Proposta	11/12/2023				
Observações do Comprador											
FORMOSA / GO . AQUISIÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0008-03 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE FORMOSA/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 3/2022 – SES / GO. COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA/EQUIPAMENTO. ENDEREÇO PARA ENTREGA: POLICLÍNICA DA CIDADE DE FORMOSA/GO - ENDEREÇO: AV. OESTE, QUADRAS 4, 5 E 9, S/N, JARDIM OLIVEIRA, CIDADE FORMOSA/GO. CEP.: 73805-201.											
Observações do Fornecedor											
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	VI. Unit.	Desconto	VI. Total		
MÉDICO / HOSPITALAR											
4		MANTA DE SILICONE P/ESTOJO INSTRUMENTAL CIRÚRGICO 32X20CM.	: QUALITY	: QUALITY	4,00	UNIDADE	179,0000	0,00	716,00		
5		ÓLEO DE SILICONE PARA ENDOSCÓPIO 100ML	REYNALAB	REYNALAB	4,00	UNIDADE	99,0000	0,00	396,00		
LIMPEZA E HIGIENIZAÇÃO											
1		ESPONJA MULTIUSO MACIA NÃO ABRASIVA 13X20X6	NATIVA	NATIVA	40,00	UNIDADE	13,5000	0,00	540,00		
Total do pedido									1.652,00		

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
446108	153117	3010234 /44161	14/11/2023	697,50	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS P/ ENDOSCOPIA			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social			INSTITUTO CEM - FORMOSA			Razão Social	LIVRARIA E PAPELARIA MODELO LTDA		
Nome Fantasia			INSTITUTO CEM - FORMOSA			Nome Fantasia	PAPELARIA MODELO		
CPF/CNPJ			12.053.184/0008-03			CPF/CNPJ	02.728.517/0001-27		
CEP			73.805-201			CEP	74.140-110		
Endereço			AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA			Endereço	AV T-0007 - ST OESTE		
Cidade			FORMOSA			Cidade	GOIANIA		
UF			GO			UF	GO		
Insc. Estadual			ISENTO			Insc. Estadual	100411209		
Contato			NAOR BORGES			Contato	MAURICIO DORNELES		
Telefone			(62) 9 9973-7067			Telefone	(62) 3251-5528		
Email			naor@institutocem.org.br			Email	mauricio@papelariamodelo.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	LIVRARIA E PAPELARIA MODELO LTDA		
						Tipo de Frete	CIF		
Endereço de cobrança			AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067			Faturamento Mínimo	500,00		
Endereço de entrega			AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067			Validade da Proposta	30/11/2023		
Observações do Comprador									
FORMOSA / GO . AQUISIÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0008-03 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE FORMOSA/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 3/2022 – SES / GO. COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA/EQUIPAMENTO. ENDEREÇO PARA ENTREGA: POLICLÍNICA DA CIDADE DE FORMOSA/GO - ENDEREÇO: AV. OESTE, QUADRAS 4, 5 E 9, S/N, JARDIM OLIVEIRA, CIDADE FORMOSA/GO. CEP.: 73805-201.									
Observações do Fornecedor									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
PAPELARIA / LIVRARIA									
6		CAIXA ORGANIZADORA 1L TRANSPARENTE.	SANREMO	SANREMO	15,00	UNIDADE	9,9000	0,00	148,50
7		CAIXA ORGANIZADORA 45L TRANSPARENTE.	SANREMO	SANREMO	10,00	UNIDADE	54,9000	0,00	549,00
Total do pedido									697,50

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade pode ser conferida no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtuaidoc/public/validar-assinatura-anexo> informando o código 319077 e o código verificador 44161.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
446107	153117	3010234 /44161	14/11/2023	854,10	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS P/ ENDOSCOPIA			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social		INSTITUTO CEM - FORMOSA				Razão Social		MAEVE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA	
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM - FORMOSA				Nome Fantasia		MAEVE HOSPITALAR	
CPF/CNPJ		12.053.184/0008-03				CPF/CNPJ		09.034.672/0001-92	
CEP		73.805-201				CEP		74.985-144	
Endereço		AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA				Endereço		RUA 13 - POLO EMPRESARIAL DE GOIÁS - ETAPA IV	
Cidade		FORMOSA				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		60 Dias	
Forma de Pagamento		BOLETO BANCÁRIO				Nome do Vendedor		ALESSANDRA COSTA TEXEIRA	
						Tipo de Frete		CIF	
						Faturamento Mínimo		500,00	
						Validade da Proposta		14/11/2023	
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 . AQUISIÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0008-03 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE FORMOSA/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 3/2022 – SES / GO. COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA/ EQUIPAMENTO. ENDEREÇO PARA ENTREGA: POLICLÍNICA DA CIDADE DE FORMOSA/GO - ENDEREÇO: AV. OESTE, QUADRAS 4, 5 E 9, S/N, JARDIM OLIVEIRA, CIDADE FORMOSA/GO. CEP.: 73805-201.									
Observações do Fornecedor									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	VI. Unit.	Desconto	VI. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
3		GLUTARALDEIDO 2% DE 5L.	VIC	VIC	6,00	GALÃO	142,3500	0,00	854,10
Total do pedido									854,10

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade pode ser conferida no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura> informando o código 319077 e o código verificador 44161.



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 14/11/2023 às 08:24, 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 17/11/2023 às 15:31, 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 319077 e o código verificador 44161.