

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta
446168	153202	3010321 /44166	14/11/2023	4.131,43	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS SETOR CME
Condições de Negócio do Comprador				Condições de Negócio do Fornecedor		
Razão Social	INSTITUTO CEM - FORMOSA			Razão Social	MEDPLUS HOSPITALAR COMERCIO E SERVIÇOS EIRELI	
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FORMOSA			Nome Fantasia	MEDPLUS HOSPITALAR	
CPF/CNPJ	12.053.184/0008-03			CPF/CNPJ	34.075.280/0001-19	
CEP	73.805-201			CEP	74.917-196	
Endereço	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA			Endereço	AV ZOROASTRO ARTIAGA - VILA CRUZEIRO DO SUL	
Cidade	FORMOSA			Cidade	APARECIDA DE GOIANIA	
UF	GO			UF	GO	
Insc. Estadual	ISENTO			Insc. Estadual	107705800	
Contato	NAOR BORGES			Contato	998508626	
Telefone	(62) 9 9973-7067			Telefone	(62) 3519-9974	
Email	naor@institutocem.org.br			Email	comercial01@medplushospitalar.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	PATRICIA MEDPLUS HOSPITALAR	
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	100,00	
				Validade da Proposta	13/12/2023	

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	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
4		PINÇA ALLIS RETA 15CM EM AÇO INOXIDÁVEL(AUTOCLAVÁVEL)	ABC	ABC	6,00	UNIDADE	60,1200	0,00	360,7200
5		PINÇA ALLIS RETA 20 CM EM AÇO INOXIDÁVEL (AUTOCLAVÁVEL)	ABC	ABC	6,00	UNIDADE	113,3000	0,00	679,8000
6		PINÇA CHERON RETA 25 CM (AUTOCLAVAVEL)	ABC	ABC	3,00	UNIDADE	106,9100	0,00	320,7300
7		PINÇA GAYLOR PROF. MEDINA PARA BIOPSIA UTERINA Nº 02, RETA, 24 CM (AUTOCLAVÁVEL)	ABC	ABC	5,00	UNIDADE	528,6600	0,00	2.643,3000
9		TENTACÂNULA, RETA 16 CM EM AÇO INOXIDÁVEL (AUTOCLAVÁVEL). ANEXO1	ABC	ABC	8,00	UNIDADE	15,8600	0,00	126,8800
Total do pedido									4.131,43

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta
446167	153202	3010321 /44166	14/11/2023	2.972,00	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS SETOR CME
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	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	13/12/2023	

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	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
1		CESTO INOX P/ LAVADORA ULTRASSONICA 350X255X70MM.	FAMI	9FAMI	1,00	UNIDADE	799,0000	0,00	799,00
2		DISPOSITIVO PARA LAVAGEM DE INDICADOR DE LIMPEZA PARA LAVADORA ULTRASSONICA.	TERRAGE	TERRAGE	3,00	UNIDADE	360,0000	0,00	1.080,00
3		LUVA TÉRMICA CANO ALTO FORRADA PARA RETIRAR MATERIAIS DA AUTOCLAVE.	RIO VALLEY	RIO VALLEY	2,00	UNIDADE	149,0000	0,00	298,00
8		REANIMADOR INSUFLADOR DE SILICONE NEONATO (AUTOCLAVAVEL) COM BOLSA RESERVATÓRIO EM SILICONE.	HOSPCENTER	REANIMADOR INSUFLADOR DE SILICONE NEONATO (AUTOCLAVAVEL) COM	3,00	UNIDADE	199,0000	0,00	597,00
PAPELARIA / LIVRARIA									
10		RELÓGIO DE PAREDE, ANALÓGICO 4.7CM X 30.6, COR BRANCA.	RR	RR	2,00	UNIDADE	99,0000	0,00	198,00
Total do pedido									2.972,00



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 14/11/2023 às 11:42, 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 15:28, 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 319504 e o código verificador 44166.