

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
446185	153043	51773/44200	14/11/2023	13.388,20	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS PROCEDIMENTO				
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor				
Razão Social	INSTITUTO CEM - POSSE					Razão Social	SANTÉ MÉDICA HOSPITALAR LTDA			
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - POLICLÍNICA DE POSSE					Nome Fantasia	SANTÉ MÉDICA HOSPITALAR LTDA			
CPF/CNPJ	12.053.184/0002-18					CPF/CNPJ	16.699.864/0001-83			
CEP	73.900-000					CEP	74.366-115			
Endereço	AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHKE DE OLIVEIRA - SETOR BUENOS AIRES					Endereço	AV. LORENZO ESQUINA COM RPS-5 - RESIDENCIAL PORTO SEGURO			
Cidade	POSSE					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	5 DIA(s)			
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	60 Dias			
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	ITALO MÜLLER			
						Tipo de Frete	CIF			
						Faturamento Mínimo	1.500,00			
						Validade da Proposta	17/11/2023			
Endereço de cobrança	AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHKE DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380									
Endereço de entrega	AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHKE DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380									
Observações do Comprador										
POSSE / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - 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 - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML+ORDEM DE COMPRA NOS E-MAILS: ALMOX@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR; CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - 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										
5	0644	AGULHA HIPODERMICA DESC. S/ DISP DE SEGURANÇA 40 X 1,20MM	AGULHA HIPODERMICA DESC. 40 X 1,20 MM C/100	SOLIDOR	2.000,00	UNIDADE	0,0641	0,00	128,00	
C/BISEL TRIFACETADO E AFIADO, LUBRIFICADO C/SILICONE, CANHÃO TRANSLÚCIDO NA COR PADRÃO, PROTETOR PLÁSTICO S/FURO ESTÉRIL EM ÓXIDO DE ETILENO EMB EM P.G.C. REG. M.S.										
12	38859	COMPRESSA CAMPO OPERATORIO S/FIO RADIOPACO 45 X 50 CM PCT COM 50UN	COMPRESSA CAMPO OPERATORIO S/FIO RADIOPACO 45 X 50 CM PCT CO	BIOTEXTIL	300,00	PACOTE	44,2000	0,00	13.260,00	
COMPRESSA CAMPO OPERAT. S/FIO RADIOPACO 45CMX50CM - COMPRESSA CAMPO OPERATORIO 45 X 50 CM, COR BRANCA, S/FIO RADIOPACO 100% ALGODAO, (QUATRO) CAMADAS, COM BAINHA EM OVERLOCK, AUSENCIA DE AMIDO E ALVEJANTE OPTICO, NAO ESTERIL. EMBAL. PCTE C/50 UN, REG. MS.										
Total do pedido									13.388,20	

Este documento foi assinado digitalmente por: A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdocs/446185-319547 e o código verificador 446200.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta						
446184	153043	51773/44200	14/11/2023	198,00	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS PROCEDIMENTO						
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor						
Razão Social		INSTITUTO CEM - POSSE				Razão Social		ZA.COM COMERCIO E SOLUCOES EMPRESARIAIS EIRELI				
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM - POLICLÍNICA DE POSSE				Nome Fantasia		Z&A.COM SOLUCOES EMPRESARIAIS				
CPF/CNPJ		12.053.184/0002-18				CPF/CNPJ		30.314.811/0001-28				
CEP		73.900-000				CEP		74.465-270				
Endereço		AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHKE DE OLIVEIRA - SETOR BUENOS AIRES				Endereço		R MAES, DAS - JD NOVA ESPERANÇA				
Cidade		POSSE				Cidade		GOIANIA				
UF		GO				UF		GO				
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		10800323-0				
Contato		NAOR BORGES				Contato		MARCOS OU SUZANA				
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone		(62) 9 9155-0179				
Email		naor@institutocem.org.br				Email		z.com28.12@gmail.com				
Prazo de Entrega Solicitado		4				Prazo de Entrega		10 DIA(s)				
Cond. Pagamento Solicitado		A PRAZO				Cond. Pagamento		60 Dias				
Forma de Pagamento		BOLETO BANCÁRIO				Nome do Vendedor		MARCOS CAMARGO				
						Tipo de Frete		CIF				
						Faturamento Mínimo		0,00				
						Validade da Proposta		30/11/2023				
Endereço de cobrança		AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHKE DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380										
Endereço de entrega		AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHKE DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380										
Observações do Comprador												
POSSE / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - 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 - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML+ORDEM DE COMPRA NOS E-MAILS: ALMOX@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR; CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - 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												
26		PAPEL TERMOSSENSIVEL PARA ELETROCARDIOGRAFO EDAN SE-601 - PAPEL TERMOSSENSIVEL 110 MM X 140 MM. COMPATÍVEL COM ELETROCARDIOGRAFO DA MARCA: EDAN, MODELO SE-601				110 MM X 140	MED	20,00	UNIDADE	9,9000	0,00	198,00
Total do pedido										198,00		

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
446183	153043	51773/44200	14/11/2023	837,00	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS PROCEDIMENTO					
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor					
Razão Social	INSTITUTO CEM - POSSE					Razão Social	HOSPMED COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA				
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - POLICLÍNICA DE POSSE					Nome Fantasia	HOSPMED				
CPF/CNPJ	12.053.184/0002-18					CPF/CNPJ	37.821.276/0001-40				
CEP	73.900-000					CEP	74.303-030				
Endereço	AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHKE DE OLIVEIRA - SETOR BUENOS AIRES					Endereço	AV C-0018 - SETOR SUDOESTE				
Cidade	POSSE					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				
						Faturamento Mínimo	800,00				
						Validade da Proposta	08/12/2023				
Endereço de cobrança	AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHKE DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380										
Endereço de entrega	AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHKE DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380										
Observações do Comprador											
POSSE / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - 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 - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML+ORDEM DE COMPRA NOS E-MAILS: ALMOX@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR; CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - 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	VI. Unit.	Desconto	VI. Total		
MÉDICO / HOSPITALAR											
20	7721	ESTOJO DE TESTE PARA ANALISE DE TEORES DE CL E PH	AQUALITY	AQUALITY	5,00	UNIDADE	120,0000	0,00	600,0000		
PARA ANÁLISE DAS PISCINAS EQUIVALENTE A MARCA GENCO											
21		KIT TESTE DUREZAU	SANA	SANA	3,00	UNIDADE	79,0000	0,00	237,0000		
KIT TESTE DUREZA CALCICA PARA PISCINA											
Total do pedido									837,00		

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticação pode ser feita no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtuaidoc/public/valida> conferida no site: código 319547 e o código verificador 44200.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
446182	153043	51773/44200	14/11/2023	780,00	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS PROCEDIMENTO				
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor				
Razão Social	INSTITUTO CEM - POSSE					Razão Social	DMI MATERIAL MEDICO HOSPITALAR LTDA			
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - POLICLÍNICA DE POSSE					Nome Fantasia	DMI			
CPF/CNPJ	12.053.184/0002-18					CPF/CNPJ	37.109.097/0004-28			
CEP	73.900-000					CEP	74.530-010			
Endereço	AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHKE DE OLIVEIRA - SETOR BUENOS AIRES					Endereço	AV CASTELO BRANCO - ST. COIMBRA			
Cidade	POSSE					Cidade	GOIANIA			
UF	GO					UF	GO			
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	106157892			
Contato	NAOR BORGES					Contato	KENNEDY			
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 3541-3334			
Email	naor@institutocem.org.br					Email	kennedy.dmi@gmail.com			
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	DILAMAR			
						Tipo de Frete	CIF			
						Faturamento Mínimo	500,00			
						Validade da Proposta	25/11/2023			
Endereço de cobrança	AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHECK DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380									
Endereço de entrega	AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHECK DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380									
Observações do Comprador										
POSSE / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - 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 - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML+ORDEM DE COMPRA NOS E-MAILS: ALMOX@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR; CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - 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										
22	47085	LANCETA C/ TRAVA SEGURANÇA 26G/1	100	LORIS	4.000,00	UNIDADE	0,1950	0,00	780,00	
Total do pedido									780,00	

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade das informações pode ser verificada no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtuaidoc/public/validar-assinatura> conferida no site: código 319547 e o código verificador 446200.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta
446181	153043	51773/44200	14/11/2023	4.464,83	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS PROCEDIMENTO
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor
Razão Social	INSTITUTO CEM - POSSE					Razão Social SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - POLICLÍNICA DE POSSE					Nome Fantasia SUPERMEDICA HOSPITALAR
CPF/CNPJ	12.053.184/0002-18					CPF/CNPJ 06.065.614/0001-38
CEP	73.900-000					CEP 74.255-140
Endereço	AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHK DE OLIVEIRA - SETOR BUENOS AIRES					Endereço RUA C-159 - JARDIM AMERICA
Cidade	POSSE					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 JULIANA RAMALHO
						Tipo de Frete CIF
						Faturamento Mínimo 1.200,00
						Validade da Proposta 14/11/2023
Endereço de cobrança	AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHECK DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380					
Endereço de entrega	AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHECK DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380					
Observações do Comprador						
POSSE / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - 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 - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML+ORDEM DE COMPRA NOS E-MAILS: ALMOX@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR; CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - 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 640589						

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtuaidoc/public/validar-assinatura-anexo> informando o código 319547 e o código verificador 44200.

Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
2	037255	AGULHA HIPODERMICA DESCARTÁVEL SEM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA 25 X 0,80 MM	MEDIX	MEDIX	5.000,00	UNIDADE	0,0633	0,00	316,50
4		AGULHA HIPODERMICA DESC. C/ DISP DE SEGURANCA 13 X 0,45 MM	SR	SR	2.000,00	UNIDADE	0,2464	0,00	492,80
7	372	ATADURA GESSADA RAPIDA 10CM X 3M	POLARFIX	POLARFIX	60,00	ROLO	1,5455	0,00	92,73
8		ATADURA GESSADA RAPIDA 15 CM X 3	POLARFIX	POLARFIX	60,00	ROLO	2,3470	0,00	140,82
9		BARBEADOR DESCARTAVEL 02 LAMINAS	MAXICOR	MAXICOR	2.000,00	UNIDADE	0,6460	0,00	1.292,00
10	19686	CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO Nº16 DISPOSITIVO SEGURANCA	MEDIX	MEDIX	100,00	UNIDADE	1,5323	0,00	153,23
CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO Nº16 COM DISPOSITIVO SEGURANCA									
18	12888	ESPARADRAPO 100% ALGODAO 10CM X 4,5M	ADPELE	ADPELE	80,00	ROLO	7,7900	0,00	623,20
24	40481	MALHA TUBULAR ORTOPEDICA 100% ALGODAO 10CM X 15M	MSO	MSO	10,00	ROLO	9,2000	0,00	92,00
(DUPL)									
25	37420	MASCARA DESC. TRIPLA CAMADA C/ CLIP NASAL C/ ELASTICO	MEDIX	MEDIX	12.000,00	UNIDADE	0,0752	0,00	902,40
COMPOSICAO DE 3 CAMADAS, SENDO A CAMADA EXTERNA DE MATERIAL NAO TECIDO QUE OFERECE ESTRUTURA AO PRODUTO E A CAMADA DO MEIO UM ELEMENTO FILTRANTE ; A CAMADA EXTERNA E O ELEMENTO FILTRANTE DEVEM SER RESISTENTES A PENETRACAO DE FLUIDOS TRANSPORTADOS PELO AR (REPELENCIA A FLUIDOS) ; ELEMENTO FILTRANTE DEVE POSSUIR EFICIENCIA DE FILTRAGEM DE PARTICULAS (EFP) >98% E EFICIENCIA DE FILTRAGEM BACTERIOLOGICA (BFE) >95% ; CONFENCCIONADA EM MODELO RETANGULAR, SANFONADA ; CONFECCIONADA DE FORMA A COBRIR ADEQUADAMENTE A AREA DO NARIZ E BOCA ; POSSUIR UM CLIP NASAL CONSTITUIDO DE MATERIAL MALEAVEL QUE PERMITA O AJUSTE ADEQUADO ; COM ELASTICO ; ATENDER AOS REQUISITOS DAS NORMAS TECNICAS: ABNT NBR 15052:2004 E ABNT NBR 14873:2002 ; POSSUIR REGISTRO NA ANVISA									
27	1262	PRESERVATIVO LATEX NÃO LUBRIFICADO...	MADEITEX	MADEITEX	300,00	UNIDADE	0,2565	0,00	76,95
COM RESERVATÓRIO, LADOS PARALELOS EMBALADOS INDIVIDUALMENTE COM REGISTRO M.S.									
28	359	SERINGA DESC 05ML LUER LOCK (ROSCA) S/ AGULHA	SR	SR	2.000,00	UNIDADE	0,1411	0,00	282,20
Total do pedido									4.464,83

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
446180	153043	51773/44200	14/11/2023	1.084,00	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS PROCEDIMENTO				
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor				
Razão Social	INSTITUTO CEM - POSSE					Razão Social	LIVRARIA E PAPELARIA MODELO LTDA			
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - POLICLÍNICA DE POSSE					Nome Fantasia	PAPELARIA MODELO			
CPF/CNPJ	12.053.184/0002-18					CPF/CNPJ	02.728.517/0001-27			
CEP	73.900-000					CEP	74.140-110			
Endereço	AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHK DE OLIVEIRA - SETOR BUENOS AIRES					Endereço	AV T-0007 - ST OESTE			
Cidade	POSSE					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			
						Faturamento Mínimo	600,00			
						Validade da Proposta	30/11/2023			
Endereço de cobrança	AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHK DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380									
Endereço de entrega	AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHK DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380									
Observações do Comprador										
POSSE / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - 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 - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML+ORDEM DE COMPRA NOS E-MAILS: ALMOX@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR; CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - 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	
PAPELARIA / LIVRARIA										
29	43251	CAIXA GAVETEIRO EM PLÁSTICO BIN N 08	PADRAO	PADRAO	20,00	UNIDADE	54,2000	0,00	1.084,00	
CAIXA GAVETEIRO EM PLÁSTICO BIN Nº 8, PRETO E AZUL										
Total do pedido										1.084,00

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser verificada no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtuaidoc/public/validar-assinatura> conferida no site: código 319547 e o código verificador 44200.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
446179	153043	51773/44200	14/11/2023	4.812,00	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS PROCEDIMENTO				
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor				
Razão Social		INSTITUTO CEM - POSSE				Razão Social		CIENTIFICA MEDICA HOSPITALAR LTDA		
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM - POLICLÍNICA DE POSSE				Nome Fantasia		CIENTIFICA HOSPITALAR		
CPF/CNPJ		12.053.184/0002-18				CPF/CNPJ		07.847.837/0001-10		
CEP		73.900-000				CEP		74.911-360		
Endereço		AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHKE DE OLIVEIRA - SETOR BUENOS AIRES				Endereço		AV ANAPOLIS - VILA BRASILIA		
Cidade		POSSE				Cidade		APARECIDA DE GOIANIA		
UF		GO				UF		GO		
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		10.399.060-7		
Contato		NAOR BORGES				Contato		LUANA		
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone		(62) 3088-9700		
Email		naor@institutocem.org.br				Email		gerenciadmh1@gmail.com		
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		CAROL CUNHA		
						Tipo de Frete		CIF		
						Faturamento Mínimo		200,00		
						Validade da Proposta		11/11/2023		
Endereço de cobrança		AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHKE DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380								
Endereço de entrega		AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHKE DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380								
Observações do Comprador										
POSSE / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - 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 - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML+ORDEM DE COMPRA NOS E-MAILS: ALMOX@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR; CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - 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										
3	037270	AGULHA HIPODERMICA DESCATÁVEL SEM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA 30 X 0,80 MM	CX/100	DESCARPACK	2.000,00	UNIDADE	0,0600	0,00	120,00	
AFULHA DESCARTÁVEL 30X8 - AGULHA DESCARTÁVEL ESTERIL, SILICONIZADA, HASTE EM AÇO INOXIDÁVEL COM PONTA EM BISEL TRIFACETADO, CANHÃO PLÁSTICO EM COR UNIVERSAL, CONECTOR PADRÃO ADAPTÁVEL E SERINGAS E OUTROS DISPOSITIVOS, PROTETOR PLÁSTICO, EMBALAGEM INDIVIDUAL, COM ABERTURA ASSÉPTICA, DEVERÁ CONSTAR EXTERNAMENTE DADOS DE IDENTIFICAÇÃO, PROCEDÊNCIA, TIPO DE ESTERILIZAÇÃO, DATA DE VALIDADE, NÚMERO DO LOTE E REG MS.										
17	27814	ELETRODO DESC. P/ MONITORIZACAO CARDIACA - GEL SOLIDO	CX/50	MAXICOR	12.000,00	UNIDADE	0,2210	0,00	2.652,00	
LIMPEZA E HIGIENIZAÇÃO										
1	50695	DESINFETANTE A BASE DE BIGUANIDA E QUATERNARIO DE AMONIO 5 L	QUATERNARIO AMONIO (GERMI RIO) 5LT	RIOQUIMICA	40,00	GALÃO	51,0000	0,00	2.040,00	
GALÃO COM 5 LITROS										
									Total do pedido	4.812,00

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticação pode ser feita no site: <https://cem.vozdigital.com.br/verificador> conferida no site: código 319547 e o código verificador 446200.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
446178	153043	51773/44200	14/11/2023	2.592,50	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS PROCEDIMENTO				
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor				
Razão Social	INSTITUTO CEM - POSSE					Razão Social	MAEVE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA			
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - POLICLÍNICA DE POSSE					Nome Fantasia	MAEVE HOSPITALAR			
CPF/CNPJ	12.053.184/0002-18					CPF/CNPJ	09.034.672/0001-92			
CEP	73.900-000					CEP	74.985-144			
Endereço	AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHKE DE OLIVEIRA - SETOR BUENOS AIRES					Endereço	RUA 13 - POLO EMPRESARIAL DE GOIÁS - ETAPA IV			
Cidade	POSSE					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	11/11/2023			
Endereço de cobrança	AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHECK DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380									
Endereço de entrega	AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHECK DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380									
Observações do Comprador										
POSSE / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - 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 - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML+ORDEM DE COMPRA NOS E-MAILS: ALMOX@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR; CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - 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	518	ALCOOL LIQUIDO 70% 1000ML	VIC	VIC	300,00	LITRO	4,9900	0,00	1.497,00	
ETILICO ; SOLUCAO A 70% ; APRESENTAR REGISTRO NO MINISTERIO DA SAUDE/ANVISA E LAUDO TECNICO										
11	514	CLOREXIDINA SOL DEGERMANTE 2% 1000 ML	VIC PHARMA	VIC PHARMA	30,00	LITRO	15,2500	0,00	457,50	
FRASCO SEM DISPENSADOR										
13		DISPOSITIVO INTRAVENOSO PERIFERICO S/ DISP. SEGURANCA Nº 21	MEDIX	MEDIX	200,00	UNIDADE	0,2000	0,00	40,00	
14		DISPOSITIVO INTRAVENOSO PERIFERICO S/ DISP. SEGURANCA Nº 23	MEDIX	MEDIX	200,00	UNIDADE	0,2000	0,00	40,00	
15		DISPOSITIVO INTRAVENOSO PERIFERICO S/ DISP. SEGURANCA Nº 25	MEDIX	MEDIX	200,00	UNIDADE	0,1900	0,00	38,00	
16		DISPOSITIVO INTRAVENOSO PERIFERICO S/ DISP. SEGURANCA Nº 27	MEDIX	MEDIX	200,00	UNIDADE	0,2000	0,00	40,00	
23	42667	LANCETA DESCARTAVEL 28G COM RETRACAO AUTOMATICA	MAXICOR	MAXICOR	4.000,00	UNIDADE	0,1200	0,00	480,00	
Total do pedido									2.592,50	

Este documento foi assinado digitalmente por: https://cem.vozdigital.com.br/virtual... conferida no site: código 319547 e o código verificador 44200.



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 14/11/2023 às 12:09, 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 319547 e o código verificador 44200.