

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
446364	152957	31102313/ 44234	16/11/2023	24.000,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - POSSE					Razão Social	SEMPRE HOSPITALAR LTDA		
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - POLICLÍNICA DE POSSE					Nome Fantasia	SEMPRE		
CPF/CNPJ	12.053.184/0002-18					CPF/CNPJ	37.751.411/0001-29		
CEP	73.900-000					CEP	74.255-140		
Endereço	AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHEK DE OLIVEIRA - SETOR BUENOS AIRES					Endereço	R C-0159 - JARDIM AMÉRICA		
Cidade	POSSE					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	SEMPRE HOSPITALAR		
Endereço de cobrança	AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHECK DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380					Tipo de Frete	CIF		
Endereço de entrega	AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHECK DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380					Faturamento Mínimo	1.200,00		
						Validade da Proposta	11/11/2023		
Observações do Comprador									
<p>POSSE / GO.</p> <p>.FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ.</p> <p>.FRETE COTAR SOMENTE CIF.</p> <p>.FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE POSSE/ GO.</p> <p>.COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ITENS - SUJEITO A DEVOLUÇÃO;</p> <p>.COTAR SOMENTE FRETE</p> <p>CIF.</p> <p>.NÃO DESCONTAR NOSSOS TÍTULOS EM FACTORING. NÃO PAGAMOS JUROS;</p> <p>.ENVIAR JUNTO A MERCADORIA CÓPIA DA ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS;</p> <p>.ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML+ORDEM DE COMPRA NOS E-MAILS: ALMOX@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - SES / GO.</p> <p>.COMPRAS A VISTA DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO.</p>									
Observações do Fornecedor									
Este é o produto referente a solicitação									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
1		CONECTOR VALVULADO SISTEMA FECHADO PARA USO NA HEMODIÁLISE (EX.: TEGO)	CONECTOR	MEDCORP	1.200,00	UNIDADE	20,0000	0,00	24.000,00
FOTO ANEXO - PERMITE FLUXO DE SANGUE SUPERIOR A 600ML/MIN E DESLOCAMENTO ZERO DE FLUÍDOS. FÁCIL DESINFECÇÃO. ADAPTÁVEL A CIRCUITOS PEDIÁTRICOS E NEONATAIS. COMPATÍVEL COM CONVEXÕES LUER LOCK E SLIP. SUGESTÃO PARA TROCA: SEMPRE QUE HOUVER TROCA DAS LINHAS DE INFUSÃO E / OU DE ACORDO COM O PROTOCOLO DO HOSPITAL. COMPATÍVEL COM LIPÍDIOS, SANGUE E CITOSTÁTICOS LÁTEX-FREE E DEHP FREE									
Total do pedido									24.000,00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
445429	152957	31102313/ 44234	06/11/2023	3.840,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - POSSE					Razão Social	VIVA PRODUTOS HOSPITALARES LTDA		
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - POLICLÍNICA DE POSSE					Nome Fantasia	VIVA MEDICAMENTOS		
CPF/CNPJ	12.053.184/0002-18					CPF/CNPJ	07.173.013/0001-01		
CEP	73.900-000					CEP	74.853-030		
Endereço	AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHKE DE OLIVEIRA - SETOR BUENOS AIRES					Endereço	AV B - JARDIM SANTO ANTONIO		
Cidade	POSSE					Cidade	GOIANIA		
UF	GO					UF	GO		
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	10.384.639-5		
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato	NUBIA FARIA		
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 3091-2307		
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email	vendas05@vivamedicamentos.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	BRUNA SILVA		
Endereço de cobrança	AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHKE DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380					Tipo de Frete	CIF		
Endereço de entrega	AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHKE DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380					Faturamento Mínimo	750,00		
						Validade da Proposta	14/11/2023		
Observações do Comprador									
<p>POSSE / GO.</p> <p>.FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ.</p> <p>.FRETE COTAR SOMENTE CIF.</p> <p>.FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE POSSE/ GO.</p> <p>.COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ITENS - SUJEITO A DEVOLUÇÃO;</p> <p>.COTAR SOMENTE FRETE CIF.</p> <p>.NÃO DESCONTAR NOSSOS TÍTULOS EM FACTORING. NÃO PAGAMOS JUROS;</p> <p>.ENVIAR JUNTO A MERCADORIA CÓPIA DA ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS;</p> <p>.ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML+ORDEM DE COMPRA NOS E-MAILS: ALMOX@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - SES / GO.</p> <p>.COMPRAS A VISTA DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO.</p>									
Observações do Fornecedor									
<p>ENTREGA EM DIAS UTEIS.</p> <p>ESTOQUE SUJEITO A VARIAÇÃO.</p> <p>CONDIÇÃO DE PAGAMENTO À VISTA.</p> <p>OU A PRAZO SUJEITO A ANÁLISE DE CRÉDITO.</p> <p>HORARIO DE CORTE 15H.</p> <p>WHATSAP: 62 3091-2307 / BRUNA SILVA 62 3996-7319</p> <p>E-MAIL/SKYPE: vendas03@vivamedicamentos.com.br</p>									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
1		CONECTOR VALVULADO SISTEMA FECHADO PARA USO NA HEMODIÁLISE (EX.: TEGO)	CONECTOR MICROCLAVE CLEAR011-MC100	ICU	1.200,00	UNIDADE	3,2000	0,00	3.840,00
FOTO ANEXO - PERMITE FLUXO DE SANGUE SUPERIOR A 600ML/MIN E DESLOCAMENTO ZERO DE FLUÍDOS. FÁCIL DESINFECÇÃO. ADAPTÁVEL A CIRCUITOS PEDIÁTRICOS E NEONATAIS. COMPATÍVEL COM CONVEXOS LUER LOCK E SLIP. SUGESTÃO PARA TROCA: SEMPRE QUE HOUVER TROCA DAS LINHAS DE INFUSÃO E / OU DE ACORDO COM O PROTOCOLO DO HOSPITAL. COMPATÍVEL COM LIPÍDIOS, SANGUE E CITOSTÁTICOS LÁTEX-FREE E DEHP FREE									
Total do pedido									3.840,00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
408328	135763	241603 / 16761	24/07/2022	53.839,68	O.C. Emitida	MATERIAIS MEDICOS 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
CNPJ	12.053.184/0008-03					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					Contato	VENER OU MURILO
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 9 8463-1295
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email	vendas01@santedistribuidora.com.br
Prazo de Entrega Solicitado	4 DIAS					Prazo de Entrega	4 DIA(s)
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias
Forma de Pagamento	DEPÓSITO EM C/C					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	31/07/2022

Observações do Comprador

. 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.
 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: POLICLINICA@INSTITUTOCEM.ORG.BR
 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.
 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									
7		CAPILAR UNICO DE ALTO FLUXO	CAPILAR	DORA	816,00	UNIDADE	48,9800	0,00	39,96
20		SOLUCAO ACIDA PARA HEMODIALISE 5 LITROS	SOL.ACIDA	FARMARIN	816,00	GALÃO	17,0000	0,00	13,87
Total do pedido									53,839,68

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser verificada no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo info@cem.org.br código verificador 44234

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
408327	135763	241603 / 16761	24/07/2022	24.250,64	O.C. Emitida	MATERIAIS MEDICOS PARA HEMODIÁLISE			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Razão Social	CARRION SILVA COMERCIAL EIRELI		
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Nome Fantasia	CARRION SILVA COMERCIAL		
CNPJ	12.053.184/0008-03					CNPJ	11.453.808/0001-40		
CEP	73.805-201					CEP	74.959-003		
Endereço	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA					Endereço	AV DAS NACOES - SETOR RESIDENCIAL CAMPOS ELISIOS		
Cidade	FORMOSA					Cidade	APARECIDA DE GOIANIA		
UF	GO					UF	GO		
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	107597993		
Contato	ENIVALDO CAMPOS					Contato	996163174		
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 3518-8297		
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email	carrion.diretoria2019@gmail.com		
Prazo de Entrega Solicitado	4 DIAS					Prazo de Entrega	4 DIA(s)		
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias		
Forma de Pagamento	DEPÓSITO EM C/C					Nome do Vendedor	ELKIS		
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	2.200,00		
						Validade da Proposta	31/07/2022		
Observações do Comprador									
<p>. 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. 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: POLICLINICA@INSTITUTOCEM.ORG.BR 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. 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.</p>									
Observações do Fornecedor									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
16		LINHA DE SANGUE ARTERIAL PARA HEMODIALISE	FORTCARE	FORTCARE	892,00	UNIDADE	8,9000	0,00	7,9380
21		SOLUCAO BASICA PARA HEMODIALISE 5 LITROS	FARMARIN	FARMARIN	816,00	GALÃO	19,9900	0,00	16,3180
Total do pedido									24.250,64

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
408326	135763	241603 / 16761	24/07/2022	2.350,00	O.C. Emitida	MATERIAIS MEDICOS PARA HEMODIÁLISE	
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor	
Razão Social	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Razão Social	MED OESTE HOSPITALAR
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Nome Fantasia	MED OESTE HOSPITALAR
CNPJ	12.053.184/0008-03					CNPJ	31.441.210/0001-49
CEP	73.805-201					CEP	74.905-090
Endereço	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA					Endereço	R SANTA HELENA - JARDIM ESMERALDAS
Cidade	FORMOSA					Cidade	APARECIDA DE GOIANIA
UF	GO					UF	GO
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	10.737.465-0
Contato	ENIVALDO CAMPOS					Contato	LUCAS URYEL
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 3548-5108
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email	vendas4.dentalmed@gmail.com
Prazo de Entrega Solicitado	4 DIAS					Prazo de Entrega	2 DIA(s)
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias
Forma de Pagamento	DEPÓSITO EM C/C					Nome do Vendedor	LUCAS URYEL OLIVEIRA 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	225,00
						Validade da Proposta	22/07/2022

Observações do Comprador

. 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.
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: POLICLINICA@INSTITUTOCEM.ORG.BR
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.
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									
5		AVENTAL TNT SEM MANGA 50G	'	BLANC DO BRASIL	1.000,00	UNIDADE	2,3500	0,00	2.350,00
Total do pedido									2.350,00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
408325	135763	241603 / 16761	24/07/2022	11.487,10	O.C. Emitida	MATERIAIS MEDICOS 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
CNPJ	12.053.184/0008-03					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					Contato	JOYCE / CAMILA
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 3928-8989
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email	vendas12@supermedica.com.br
Prazo de Entrega Solicitado	4 DIAS					Prazo de Entrega	3 DIA(s)
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias
Forma de Pagamento	DEPÓSITO EM C/C					Nome do Vendedor	CARLA ARAÚJO
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	18/07/2022

Observações do Comprador

. 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.
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: POLICLINICA@INSTITUTOCEM.ORG.BR
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.
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

CARLA ARAÚJO/ 438795

Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
10		CLORETO DE SODIO 1000ML	CX 15	EUROFARMA	750,00	UNIDADE	14,3300	0,00	10.747,50
14		DESINFETANTE HOSPITALAR PARA SUPERFICIES FIXAS (INCIDIN) OPT GERM 5 LITROS	GL	RIOQUIMICA	10,00	UNIDADE	73,9600	0,00	739,60
Total do pedido									11.487,10

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
408324	135763	241603 / 16761	24/07/2022	1.344,00	O.C. Emitida	MATERIAIS MEDICOS PARA HEMODIÁLISE	
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor	
Razão Social	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Razão Social	CCAF COMERCIO DE MEDICAMENTOS E MATERIAL HOSPITALAR EIRELI
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Nome Fantasia	CCAF COMERCIO DE MATERIAL HOSPITALAR
CNPJ	12.053.184/0008-03					CNPJ	16.917.181/0001-55
CEP	73.805-201					CEP	74.350-770
Endereço	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA					Endereço	R PRESIDENTE HERMES DA FONSECA - JARDIM PRESIDENTE
Cidade	FORMOSA					Cidade	GOIANIA
UF	GO					UF	GO
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	ISENTO
Contato	ENIVALDO CAMPOS					Contato	FABIO MANOEL
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 3924-8446
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email	ccafhospitar@hotmail.com
Prazo de Entrega Solicitado	4 DIAS					Prazo de Entrega	4 DIA(s)
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias
Forma de Pagamento	DEPÓSITO EM C/C					Nome do Vendedor	FABIO MANOE
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	20/07/2022

Observações do Comprador

. 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.
 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: POLICLINICA@INSTITUTOCEM.ORG.BR
 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.
 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									
3		AGULHA DE FISTULAS ARTERIA VENOSA PARA HEMODIALISE 17G COM DISPOSITIVO DE SEGURANCA	17G	FARMARIN	480,00	UNIDADE	2,8000	0,00	
Total do pedido									1.344,00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
408323	135763	241603 / 16761	24/07/2022	13.585,92	O.C. Emitida	MATERIAIS MEDICOS PARA HEMODIÁLISE	
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor	
Razão Social	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Razão Social	UROCARDIO MATERIAL CIRURGICO UNIPESSOAL LTDA
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Nome Fantasia	UROCARDIO MATERIAL CIRURGICO
CNPJ	12.053.184/0008-03					CNPJ	20.395.396/0001-20
CEP	73.805-201					CEP	74.715-340
Endereço	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA					Endereço	R MOSSORO - JARDIM NOVO MUNDO
Cidade	FORMOSA					Cidade	GOIANIA
UF	GO					UF	GO
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	10602853-7
Contato	ENIVALDO CAMPOS					Contato	RICARDO
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 3224-0003
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email	equipohospitalares@outlook.com
Prazo de Entrega Solicitado	4 DIAS					Prazo de Entrega	2 DIA(s)
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias
Forma de Pagamento	DEPÓSITO EM C/C					Nome do Vendedor	RICARDO
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	31/07/2022

Observações do Comprador

. 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.
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: POLICLINICA@INSTITUTOCEM.ORG.BR
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.
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									
8		CATETER CENTRAL DUPLO LUMEN 15CM	BIOMED	BIOMED	40,00	UNIDADE	62,0000	0,00	2.480,00
9		CATETER CENTRAL DUPLO LUMEN 20CM	BIOMED	BIOMED	40,00	UNIDADE	60,0000	0,00	2.400,00
17		LINHA DE SANGUE VENOSO PARA HEMODIALISE	BIOMED	BIOMED	892,00	UNIDADE	9,7600	0,00	8.709,92
Total do pedido									13.589,92

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
408322	135763	241603 / 16761	24/07/2022	578,00	O.C. Emitida	MATERIAIS MEDICOS PARA HEMODIÁLISE	
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor	
Razão Social	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Razão Social	NL PRODUTOS HOSPITALARES LTDA.
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Nome Fantasia	BSMIX
CNPJ	12.053.184/0008-03					CNPJ	10.750.894/0001-90
CEP	73.805-201					CEP	74.820-285
Endereço	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA					Endereço	R 1015 - SETOR PEDRO LUDOVICO
Cidade	FORMOSA					Cidade	GOIANIA
UF	GO					UF	GO
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	104488913
Contato	ENIVALDO CAMPOS					Contato	MARCOS
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 3088-5468
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email	nlph@hotmail.com
Prazo de Entrega Solicitado	4 DIAS					Prazo de Entrega	5 DIA(S)
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	28 Dias
Forma de Pagamento	DEPÓSITO EM C/C					Nome do Vendedor	MARCOS
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	550,00
						Validade da Proposta	20/07/2022

Observações do Comprador

. 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.
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: POLICLINICA@INSTITUTOCEM.ORG.BR
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.
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									
13		CURATIVO PERMEAVEL PARA CATETER 6X7CM IV3000	UND	ESSITY BSN	200,00	UNIDADE	2,8900	0,00	578,00
Total do pedido									578,00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
408321	135763	241603 / 16761	24/07/2022	3.416,00	O.C. Emitida	MATERIAIS MEDICOS PARA HEMODIÁLISE	
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor	
Razão Social	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Razão Social	CIENTIFICA MEDICA HOSPITALAR LTDA
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Nome Fantasia	CIENTIFICA HOSPITALAR
CNPJ	12.053.184/0008-03					CNPJ	07.847.837/0001-10
CEP	73.805-201					CEP	74.853-030
Endereço	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA					Endereço	AV B, QD. 25, LT.04. - JARDIM SANTO ANTONIO
Cidade	FORMOSA					Cidade	GOIANIA
UF	GO					UF	GO
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	10.399.060-7
Contato	ENIVALDO CAMPOS					Contato	LUANA
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 3088-9700
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email	gerenciadmh1@gmail.com
Prazo de Entrega Solicitado	4 DIAS					Prazo de Entrega	1 DIA(s)
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias
Forma de Pagamento	DEPÓSITO EM C/C					Nome do Vendedor	CAROLINA
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	200,00
						Validade da Proposta	23/07/2022

Observações do Comprador

. 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.
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: POLICLINICA@INSTITUTOCEM.ORG.BR
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.
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		AGULHA DE FISTULAS ARTERIA VENOSA PARA HEMODIALISE 15G COM DISPOSITIVO DE SEGURANCA	AGULHA FISTULA (15G) C /PROTECAO C/1 (FIS101512)	FORTE CARE	480,00	UNIDADE	2,0000	0,00	960,00
2		AGULHA DE FISTULAS ARTERIA VENOSA PARA HEMODIALISE 16G COM DISPOSITIVO DE SEGURANCA	AGULHA FISTULA ART/VEN (16G) 1,65MMX25MM C/2	FORTE CARE	950,00	UNIDADE	2,5000	0,00	2.375,00
4		AGULHA DESCARTAVEL 30X8	CX/100	DESCARPACK	900,00	UNIDADE	0,0900	0,00	81,00
Total do pedido									3.416,00



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 16/11/2023 às 16:57, 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 15:20, 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 320762 e o código verificador 44234.