

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta						
446519	153072	31102314 /44247	19/11/2023	755,60	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS DERMATOLOGIA						
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor						
Razão Social	INSTITUTO CEM - POSSE					Razão Social	MEDPLUS HOSPITALAR COMERCIO E SERVIÇOS EIRELI					
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - POLICLÍNICA DE POSSE					Nome Fantasia	MEDPLUS HOSPITALAR					
CPF/CNPJ	12.053.184/0002-18					CPF/CNPJ	34.075.280/0001-19					
CEP	73.900-000					CEP	74.917-196					
Endereço	AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHK DE OLIVEIRA - SETOR BUENOS AIRES					Endereço	AV ZOROASTRO ARTIAGA - VILA CRUZEIRO DO SUL					
Cidade	POSSE					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	2 DIA(s)					
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	60 Dias					
Nome do Vendedor						Nome do Vendedor	PATRICIA MEDPLUS HOSPITALAR					
Tipo de Frete						Tipo de Frete	CIF					
Faturamento Mínimo						Faturamento Mínimo	100,00					
Validade da Proposta						Validade da Proposta	07/12/2023					
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO											
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
MÉDICO / HOSPITALAR												
1		CANETA ELETROCIRURGICA BISTURI DESCARTAVEL BP20 BLUEPAD				BLUEPAD	BLUEPAD	40,00	UNIDADE	18,8900	0,00	755,60
OBSERVAR ANEXO EM CASO DE DUVIDA												
											Total do pedido	755,60

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade pode ser conferida no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtuaidoc/public/validar-assinatura> informando o código 321457 e o código verificador 44247.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta							
446249	153072	31102314 /44247	14/11/2023	889,00	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS DERMATOLOGIA							
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor							
Razão Social	INSTITUTO CEM - POSSE					Razão Social	MEDPLUS HOSPITALAR COMERCIO E SERVIÇOS EIRELI						
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - POLICLÍNICA DE POSSE					Nome Fantasia	MEDPLUS HOSPITALAR						
CPF/CNPJ	12.053.184/0002-18					CPF/CNPJ	34.075.280/0001-19						
CEP	73.900-000					CEP	74.917-196						
Endereço	AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHK DE OLIVEIRA - SETOR BUENOS AIRES					Endereço	AV ZOROASTRO ARTIAGA - VILA CRUZEIRO DO SUL						
Cidade	POSSE					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	2 DIA(s)						
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	60 Dias						
Nome do Vendedor						Nome do Vendedor	PATRICIA MEDPLUS HOSPITALAR						
Tipo de Frete						Tipo de Frete	CIF						
Faturamento Mínimo						Faturamento Mínimo	100,00						
Validade da Proposta						Validade da Proposta	07/12/2023						
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO												
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	VI. Unit.	Desconto	VI. Total	
MÉDICO / HOSPITALAR													
2		PLACA ELETROCIRURGICA BLUEPAD USO ADULTO INTEIRA MOD A 10				BLUEPAD	BLUEPAD	100,00	UNIDADE	8.8900	0,00	889,00	
OBSERVAR ANEXO EM CASO DE DUVIDA													
											Total do pedido		889,00

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade pode ser conferida no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtuaidoc/public/validar-assinatura> informando o código 321457 e o código verificador 44247.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
446248	153072	31102314 /44247	14/11/2023	314,00	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS DERMATOLOGIA			
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 KUBITSCHK 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	gerenciacmh1@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 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
MÉDICO / HOSPITALAR									
1		CANETA ELETROCIURGICA BISTURI DESCARTAVEL BP20 BLUEPAD	PLACA ELETROCIURGIA BLUEPAD BIPARTIDA PED.(P20)	DBI	40,00	UNIDADE	7,8500	0,00	
OBSERVAR ANEXO EM CASO DE DUVIDA									
Total do pedido									314,00

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticação pode ser conferida no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtuaidoc/public/validacao-assinatura-a-153072> informando o código 321457 e o código verificador 44247.



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 19/11/2023 às 16:55, 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 20/11/2023 às 11:44, 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 321457 e o código verificador 44247.