

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
446898	153188	3110232 /44163	24/11/2023	996,00	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS HIGIENE E LIMPEZA					
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		15/11/2023			
Observações do Comprador						Este documento pode ser conferida no site: www.tauanet.com.br informando o código 323738 e o código verificador 44163.					
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											
20	518	ALCOOL LIQUIDO 70% 1000ML	VIC	VIC	200,00	LITRO	4,9800	0,00	996,00		
ETILICO ; SOLUCAO A 70% ; APRESENTAR REGISTRO NO MINISTERIO DA SAUDE/ANVISA E LAUDO TECNICO											
Total do pedido									996,00		

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
446505	153188	3110232 /44163	17/11/2023	960,00	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS HIGIENE E LIMPEZA				
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor				
Razão Social		INSTITUTO CEM - FORMOSA				Razão Social	BF DE ANDRADE HOSPITALAR LTDA			
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM - FORMOSA								
CPF/CNPJ		12.053.184/0008-03								
CEP		73.805-201								
Endereço		AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA				Nome Fantasia	BF DE ANDRADE HOSPITALAR			
Cidade		FORMOSA				CPF/CNPJ	36.979.350/0001-99			
UF		GO				CEP	74.835-530			
Insc. Estadual		ISENTO				Endereço	R TAMBUQUI - PARQUE AMAZONIA			
Contato		NAOR BORGES				Cidade	GOIANIA			
Telefone		(62) 9 9973-7067				UF	GO			
Email		naor@institutocem.org.br				Insc. Estadual	10.792.452-8			
Prazo de Entrega Solicitado		4				Contato	GLAZIELLY FAGUNDES			
Cond. Pagamento Solicitado		A PRAZO				Telefone	(62) 3241-1425			
Forma de Pagamento		BOLETO BANCÁRIO				Email	vendas3@bfdeandradehospitalar.com.br			
Endereço de cobrança		AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067				Prazo de Entrega	1 DIA(s)			
Endereço de entrega		AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067				Cond. Pagamento	60 Dias			
						Nome do Vendedor	B F DE ANDRADE - PROTECTION INDUSTRIACOMERCIO E DISTRIBUICAO			
						Tipo de Frete	CIF			
						Faturamento Mínimo	800,00			
						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	VI. Unit.	Desconto	VI. Total	
MÉDICO / HOSPITALAR										
20	518	ALCOOL LIQUIDO 70% 1000ML	9973	VICPHARMA	200,00	LITRO	4,8000	0,00	960,00	
ETILICO ; SOLUCAO A 70% ; APRESENTAR REGISTRO NO MINISTERIO DA SAUDE/ANVISA E LAUDO TECNICO										
Total do pedido									960,00	

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta						
446504	153188	3110232 /44163	17/11/2023	10.931,50	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS HIGIENE E LIMPEZA						
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		08/12/2023				
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
LIMPEZA E HIGIENIZAÇÃO												
4		ESPONJA DUPLA FACE DE COZINHA LAVA LOUÇA ESPONJA MULTIUSO				BETTANIM	BETTANIM	60,00	UNIDADE	0,4500	0,00	25,00
7		LUVAS NITRILICAS TAMANHO M COR VERDE COM FORRO				VOLK	VOLK	50,00	PAR	9,9900	6.450,50	499,50
8		PAPEL HIGIÊNICO ROLÃO INSTITUCIONAL 100% CELULOSE 300 M X 10 CM				PARIS	PARIS	400,00	ROLO	6,9900	1.200,00	2.796,00
11		REFIL PARA DISPENSER ALCOOL EM GEL 70° ANTISSEPTICO 800ML COM BICO DOSADOR				FLORA BELLA	FLORA BELLA	120,00	UNIDADE	13,9000	0,00	1.668,00
12		REFIL PARA DISPENSER SABONETE LIQUIDO COM BICO DOSADOR ANTISSEPTICO HISPITALAR 800ML UN 60 4 DESIFETANTE HOSPITALAR CONCETRADO MIR				PREMISSE	PREMISSE	40,00	UNIDADE	26,9000	0,00	1.076,00
13		RODO INDUSTRIAL PARA LIMPEZA PESADA ALUMINIO DE 60 CM				FANTASTICA	FANTASTICA	10,00	UNIDADE	89,0000	100,00	890,00
14		SABAO DE BARRA NEUTRO 200G				MINUANO	MINUANO	20,00	BARRA	25,9000	0,00	518,00
MÉDICO / HOSPITALAR												
22		DETERGENTE HOSPITALAR COM PERÓXIDO DE HIDROGÊNIO GALÃO DE 5 LTS SUGESTÃO: RENKO KLYO-SP				KENKO	KENKO	20,00	GALÃO	158,0000	0,00	3.160,00
FERRAGISTAS												
2		REMOVEDOR DE PICHE E COLA 500ML				VONIXX	VONIXX	3,00	UNIDADE	99,0000	0,00	297,00
Total do pedido												10.931,50

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta						
446503	153188	3110232 /44163	17/11/2023	11.794,60	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS HIGIENE E LIMPEZA						
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor						
Razão Social		INSTITUTO CEM - FORMOSA				Razão Social		R2 COMERCIO E SERVIÇOS EIRELI				
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM - FORMOSA				Nome Fantasia		R2 COMERCIO E SERVIÇOS				
CPF/CNPJ		12.053.184/0008-03				CPF/CNPJ		35.053.417/0001-05				
CEP		73.805-201				CEP		74.275-180				
Endereço		AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA				Endereço		R. C-179 - JD. AMERICA				
Cidade		FORMOSA				Cidade		GOIANIA				
UF		GO				UF		GO				
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		107763133				
Contato		NAOR BORGES				Contato		MARCOS EDUARDO				
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone		(62) 3988-0015				
Email		naor@institutocem.org.br				Email		.r2comerciogo@gmail.com				
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		MARCOS EDUARDO				
						Tipo de Frete		CIF				
Endereço de cobrança		AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067				Faturamento Mínimo		1.500,00				
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
EMBALAGENS / DESCARTÁVEIS												
1	328	COPO DESCARTAVEL TRANSPARENTE 200ML - PCT C/100				COPOBEL	COPOBEL	150,00	PACOTE	5,2000	0,00	780,00
COPO DESCARTAVEL CRISTAL, ATOXICO EM POLIPROPILENO (PP) ; CADA PACOTE COM 100 ; COPOS DEVERA TER PESO MINIMO DE 16G												
LIMPEZA E HIGIENIZAÇÃO												
9		PAPEL TOALHA INTERFOLHADO SOFT BRANCO 20X23 CM - PACOTE COM 1000 FOLHAS MILI				ALVEFLOR	ALVEFLOR	300,00	PACOTE	12,8000	0,00	3.840,00
10		PERFEX AZUL PANO MULTIUSO 28X40CM - ROLO 240M (600 PANOS)				INOVEN	INOVEN	10,00	ROLO	57,0000	0,00	570,00
15		SACO ALVEJADO 50X70 BRANCO				ATIVA	ATIVA	100,00	UNIDADE	4,9000	0,00	490,00
16		SACO DE LIXO (LARANJA) 200 LITROS FARDO C/ 100 UNIDADE				BRASLIXO	BRASLIXO	10,00	UNIDADE	61,0000	0,00	610,00
17		SACO DE LIXO PRETO 100L - FARDO COM 100 UNIDADES				BRASLIXO	BRASLIXO	100,00	FARDO	23,7000	0,00	2.370,00
18		SACO DE LIXO (PRETO) 200 LITROS FARDO C/ 100 UNIDADE				BRASLIXO	BRASLIXO	20,00	FARDO	42,0000	0,00	840,00
19		SACO DE LIXO PRETO 40 LITROS - SACO DE LIXO FARDO DE 100 UNIDADES 40 LITROS				BRASLIXO	BRASLIXO	150,00	FARDO	12,9000	0,00	1.935,00
HIG. PESSOAL /COSMÉT./ PERFUM.												
3		AROMATIZADOR SPRAY - BOM AR				KELLDRIN	KELLDRIN	40,00	UNIDADE	8,9900	0,00	359,60
Total do pedido												11.794,60

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
446502	153188	3110232 /44163	17/11/2023	310,08	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS HIGIENE E LIMPEZA					
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			
CPF/CNPJ		12.053.184/0008-03				CPF/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		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			
Endereço de cobrança		AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067				Faturamento Mínimo		1.200,00			
Endereço de entrega		AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067				Validade da Proposta		17/11/2023			
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											
VENDEDORA: JULIANA RAMALHO RAMAL 5170 - EMAIL: LOCALIZADOR03@SUPERMEDICA.COM.BR 62 9669-4917 - SOMENTE WHATSAPP COT 641574											
Item	Código	Descrição			Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR											
23		HIPOCLORITO DE SÓDIO 1% CLORO 5 LITROS			PROLINK	PROLINK	24,00	GALÃO	12,9200	0,00	310,08
GALÃO DE 5 LITROS											
Total do pedido											310,08

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
446501	153188	3110232 /44163	17/11/2023	890,00	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS HIGIENE E LIMPEZA				
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	600,00			
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										
25		ETIQUETA 5X9 CM AUTOADESIVA LIMPEZA DE LIXEIRA	COLACRIL	COLACRIL	1.000,00	UNIDADE	0,8900	0,00	890,00	
Total do pedido									890,00	

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
446500	153188	3110232 /44163	17/11/2023	4.054,00	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS HIGIENE E LIMPEZA					
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			
CPF/CNPJ		12.053.184/0008-03				CPF/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		NAOR BORGES				Contato		MARCOS			
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone		(62) 3088-5468			
Email		naor@institutocem.org.br				Email		nlph@hotmail.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		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		800,00			
						Validade da Proposta		14/11/2023			
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	VI. Unit.	Desconto	VI. Total
MÉDICO / HOSPITALAR											
21		DESIFETANTE HOSPITALAR GALÃO DE 5 LTS			GL	OLEAK	20,00	GALÃO	202,7000	0,00	4.054,00
REF MIRAX BG											
Total do pedido											4.054,00

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade do documento pode ser conferida no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtuaidoc/public/validar-assinatura> informando o código 323738 e o código verificador 44163



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 24/11/2023 às 10:18, 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 24/11/2023 às 18:38, 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 323738 e o código verificador 44163.