

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
447049	148317	39301 / 36545	28/11/2023	704,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MATERIAS MÉDICOS			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO CEM - FORMOSA					<b>Razão Social</b>	H M BORGES		
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO CEM - FORMOSA					<b>Nome Fantasia</b>	VITALMED PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES		
<b>CPF/CNPJ</b>	12.053.184/0008-03					<b>CPF/CNPJ</b>	14.631.657/0001-61		
<b>CEP</b>	73.805-201					<b>CEP</b>	74.463-848		
<b>Endereço</b>	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA					<b>Endereço</b>	RUA MIGUEL ABDALA ESQ. C/IB 12 - JD BONANZA		
<b>Cidade</b>	FORMOSA					<b>Cidade</b>	GOIANIA		
<b>UF</b>	GO					<b>UF</b>	GO		
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO					<b>Insc. Estadual</b>	105179647		
<b>Contato</b>	Enivaldo Campos Rodrigues					<b>Contato</b>	HARLEY BORGES 62 993565635		
<b>Telefone</b>	(62) 9 9973-7067					<b>Telefone</b>	(62) 3581-0361		
<b>Email</b>	comprasmatriz@institutocem.org.br					<b>Email</b>	vitalmedgo@gmail.com		
<b>Prazo de Entrega Solicitado</b>	4					<b>Prazo de Entrega</b>	2 DIA(s)		
<b>Cond. Pagamento Solicitado</b>	A PRAZO					<b>Cond. Pagamento</b>	30 Dias		
<b>Forma de Pagamento</b>	BOLETO BANCÁRIO					<b>Nome do Vendedor</b>	HARLEY BORGES		
<b>Endereço de cobrança</b>	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					<b>Tipo de Frete</b>	CIF		
<b>Endereço de entrega</b>	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					<b>Faturamento Mínimo</b>	700,00		
						<b>Validade da Proposta</b>	29/07/2023		
Observações do Comprador									
<p>FORMOSA / GO  .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ.  .AQUISIÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO.  .FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0008-03 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE ORMOSA/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;  GESTÃO N° 03/2022 /2022 – SES / GO. .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE  .COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA / EQUIPAMENTOS;  .ENDEREÇO PARA ENTREGA: POLICLÍNICA DA CIDADE DE FORMOSA/GO - ENDEREÇO: AV. OESTE, QUADRAS 4, 5 E 9, S/N, JARDIM OLIVEIRA, FORMOSA/GO. CEP.: 73805-201.</p>									
Observações do Fornecedor									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>									
3	726	ALMOTOLIA 250ML PLASTICA TRANSPARENTE	J PROLAB	J PROLAB	88,00	UNIDADE	8,0000	0,00	704,00
BICO RETO									
<b>Total do pedido</b>									<b>704,00</b>

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
436632	148317	39301 / 36545	10/07/2023	1.172,40	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MATERIAS MÉDICOS			
<b>Condições de Negócio do Comprador</b>						<b>Condições de Negócio do Fornecedor</b>			
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO CEM - FORMOSA					<b>Razão Social</b>	COUTINHO E FERNANDES PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES LTDA		
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO CEM - FORMOSA					<b>Nome Fantasia</b>	GRANMEDICA DISTRIBUIDORA DE PRODUTOS PARA SAUDE		
<b>CPF/CNPJ</b>	12.053.184/0008-03					<b>CPF/CNPJ</b>	37.531.583/0001-97		
<b>CEP</b>	73.805-201					<b>CEP</b>	74.954-410		
<b>Endereço</b>	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA					<b>Endereço</b>	AV MAJOR MANOEL AUGUSTO SILVA BRANDAO - PARQUE VEIGA JARDIM		
<b>Cidade</b>	FORMOSA					<b>Cidade</b>	APARECIDA DE GOIANIA		
<b>UF</b>	GO					<b>UF</b>	GO		
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO					<b>Insc. Estadual</b>	10.798.415-6		
<b>Contato</b>	Enivaldo Campos Rodrigues					<b>Contato</b>	LEONARDO GESTOR DE NEGÓCIOS		
<b>Telefone</b>	(62) 9 9973-7067					<b>Telefone</b>	(62) 3574-3048		
<b>Email</b>	comprasmatriz@institutocem.org.br					<b>Email</b>	granmedica.negocios@gmail.com		
<b>Prazo de Entrega Solicitado</b>	4					<b>Prazo de Entrega</b>	10 DIA(s)		
<b>Cond. Pagamento Solicitado</b>	A PRAZO					<b>Cond. Pagamento</b>	30 Dias		
<b>Forma de Pagamento</b>	BOLETO BANCÁRIO					<b>Nome do Vendedor</b>	MARCELO MARTINS - GESTOR NEGÓCIOS ESPECÍFICOS		
<b>Endereço de cobrança</b>	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					<b>Tipo de Frete</b>	CIF		
<b>Endereço de entrega</b>	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					<b>Faturamento Mínimo</b>	1.000,00		
						<b>Validade da Proposta</b>	31/07/2023		
<b>Observações do Comprador</b>									
<p>FORMOSA / GO</p> <p>.FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ.</p> <p>.AQUISIÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO.</p> <p>.FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0008-03 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE ORMOSA/GO.</p> <p>.COTAR SOMENTE FRETE CIF;</p> <p>.FAVOR ATENTAR AO DESCRITIVO DO PRODUTO, SEM ALTERAR QUANTIDADE NEM NOMES - SUJEITO A DEVOLUÇÃO;</p> <p>.ENCAMINHAR CÓPIA DA NOTA FISCAL + BOLETO + XML PARA OS E-MAILS: ALMOXARIFADO@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR</p> <p>.ENVIAR JUNTOS DO PRODUTO A ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL + BOLETO – SUJEIRO A DEVOLUÇÃO;</p> <p>.ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE GESTÃO Nº 03/2022 /2022 – SES / GO.</p> <p>.COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA / EQUIPAMENTOS;</p> <p>.ENDEREÇO PARA ENTREGA: POLICLÍNICA DA CIDADE DE FORMOSA/GO - ENDEREÇO: AV. OESTE, QUADRAS 4, 5 E 9, S/N, JARDIM OLIVEIRA, FORMOSA/GO. CEP.: 73805-201.</p>									
<b>Observações do Fornecedor</b>									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	VI. Unit.	Desconto	VI. Total
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>									
20	39677	PURISTERIL 3,5% 340 GALAO DE 5L	ALOXI	ALOXI	12,00	GALÃO	97,7000	0,00	1.172,40
GL C/ 5 L									
<b>Total do pedido</b>									<b>1.172,40</b>

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
436631	148317	39301 / 36545	10/07/2023	198,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MATERIAS MÉDICOS			
<b>Condições de Negócio do Comprador</b>						<b>Condições de Negócio do Fornecedor</b>			
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO CEM - FORMOSA					<b>Razão Social</b>	ZA.COM COMERCIO E SOLUCOES EMPRESARIAIS EIRELI		
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO CEM - FORMOSA					<b>Nome Fantasia</b>	Z&A.COM SOLUCOES EMPRESARIAIS		
<b>CPF/CNPJ</b>	12.053.184/0008-03					<b>CPF/CNPJ</b>	30.314.811/0001-28		
<b>CEP</b>	73.805-201					<b>CEP</b>	74.465-270		
<b>Endereço</b>	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA					<b>Endereço</b>	R MAES, DAS - JD NOVA ESPERANÇA		
<b>Cidade</b>	FORMOSA					<b>Cidade</b>	GOIANIA		
<b>UF</b>	GO					<b>UF</b>	GO		
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO					<b>Insc. Estadual</b>	10800323-0		
<b>Contato</b>	Enivaldo Campos Rodrigues					<b>Contato</b>	MARCOS OU SUZANA		
<b>Telefone</b>	(62) 9 9973-7067					<b>Telefone</b>	(62) 9 9155-0179		
<b>Email</b>	comprasmatriz@institutocem.org.br					<b>Email</b>	z.com28.12@gmail.com		
<b>Prazo de Entrega Solicitado</b>	4					<b>Prazo de Entrega</b>	10 DIA(s)		
<b>Cond. Pagamento Solicitado</b>	A PRAZO					<b>Cond. Pagamento</b>	30 Dias		
<b>Forma de Pagamento</b>	BOLETO BANCÁRIO					<b>Nome do Vendedor</b>	MARCOS CAMARGO		
<b>Endereço de cobrança</b>	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					<b>Tipo de Frete</b>	CIF		
<b>Endereço de entrega</b>	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					<b>Faturamento Mínimo</b>	0,00		
<b>Observações do Comprador</b>						<b>Validade da Proposta</b>	31/07/2023		
<p>FORMOSA / GO  .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ.  .AQUISIÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO.  .FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0008-03 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE ORMOSA/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 N° 03/2022 /2022 – SES / GO.  .COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA /  EQUIPAMENTOS; .ENDEREÇO PARA ENTREGA: POLICLÍNICA DA CIDADE DE FORMOSA/GO -  ENDEREÇO: AV. OESTE, QUADRAS 4, 5 E 9, S/N, JARDIM OLIVEIRA, FORMOSA/GO. CEP.: 73805-201.</p>									
<b>Observações do Fornecedor</b>									
<b>Item</b>	<b>Código</b>	<b>Descrição</b>	<b>Referência</b>	<b>Marca</b>	<b>Qtde</b>	<b>UM</b>	<b>VI. Unit.</b>	<b>Desconto</b>	<b>VI. Total</b>
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>									
3	726	ALMOTOLIA 250ML PLASTICA TRANSPARENTE	250ML	PROLAB	20,00	UNIDADE	9,9000	0,00	198,00
BICO RETO									
<b>Total do pedido</b>									<b>198,00</b>

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura/36545

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
436630	148317	39301 / 36545	10/07/2023	1.385,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MATERIAS MÉDICOS			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO CEM - FORMOSA					<b>Razão Social</b>	HOSPMED COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA		
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO CEM - FORMOSA					<b>Nome Fantasia</b>	HOSPMED		
<b>CPF/CNPJ</b>	12.053.184/0008-03					<b>CPF/CNPJ</b>	37.821.276/0001-40		
<b>CEP</b>	73.805-201					<b>CEP</b>	74.303-030		
<b>Endereço</b>	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA					<b>Endereço</b>	AV C-0018 - SETOR SUDOESTE		
<b>Cidade</b>	FORMOSA					<b>Cidade</b>	GOIANIA		
<b>UF</b>	GO					<b>UF</b>	GO		
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO					<b>Insc. Estadual</b>	108012930		
<b>Contato</b>	Enivaldo Campos Rodrigues					<b>Contato</b>	MARLENE		
<b>Telefone</b>	(62) 9 9973-7067					<b>Telefone</b>	(62) 9 8128-6045		
<b>Email</b>	comprasmatriz@institutocem.org.br					<b>Email</b>	hospmmed.compras01@gmail.com		
<b>Prazo de Entrega Solicitado</b>	4					<b>Prazo de Entrega</b>	5 DIA(s)		
<b>Cond. Pagamento Solicitado</b>	A PRAZO					<b>Cond. Pagamento</b>	30 Dias		
<b>Forma de Pagamento</b>	BOLETO BANCÁRIO					<b>Nome do Vendedor</b>	MARLENE PERPETUA DA SILVA SILV		
<b>Endereço de cobrança</b>	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					<b>Tipo de Frete</b>	CIF		
<b>Endereço de entrega</b>	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					<b>Faturamento Mínimo</b>	800,00		
						<b>Validade da Proposta</b>	11/08/2023		
Observações do Comprador									
<p>FORMOSA / GO  .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ.  .AQUISIÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO.  .FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0008-03 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE ORMOSA/GO.  .COTAR SOMENTE FRETE CIF;  .FAVOR ATENTAR AO DESCRITIVO DO PRODUTO, SEM ALTERAR QUANTIDADE NEM NOMES - SUJEITO A DEVOLUÇÃO;  ALMOXARIFADO@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR  .ENVIAR JUNTOS DO PRODUTO A ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL + BOLETO – SUJEIRO A DEVOLUÇÃO;  GESTÃO N° 03/2022 /2022 – SES / GO.  .COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA / EQUIPAMENTOS;  ENDEREÇO: AV. OESTE, QUADRAS 4, 5 E 9, S/N, JARDIM OLIVEIRA, FORMOSA/GO. CEP.: 73805-201.</p>									
Observações do Fornecedor									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	VI. Unit.	Desconto	VI. Total
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>									
1	64042	AGULHA DESC. PARA ACUMPUTURA 0,25 X 25 MM	UNIQUE	UNIQUE	1.000,00	UNIDADE	0,7900	0,00	790,00
18	59402	PONTO SEMENTE AURICULAR EM FITA ADESIVA MICROPOROSA	C1 TERAPÊUTICA	C1 TERAPÊUTICA	50,00	CAIXA	11,9000	0,00	595,00
CAIXA C/ 70 UNIDADES									
<b>Total do pedido</b>									<b>1.385,00</b>

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura?id\_documento=36545 e o código verificador 36545

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
436629	148317	39301 / 36545	10/07/2023	504,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MATERIAS MÉDICOS			
<b>Condições de Negócio do Comprador</b>						<b>Condições de Negócio do Fornecedor</b>			
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO CEM - FORMOSA					<b>Razão Social</b>	DMI MATERIAL MEDICO HOSPITALAR LTDA		
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO CEM - FORMOSA					<b>Nome Fantasia</b>	DMI		
<b>CPF/CNPJ</b>	12.053.184/0008-03					<b>CPF/CNPJ</b>	37.109.097/0004-28		
<b>CEP</b>	73.805-201					<b>CEP</b>	74.530-010		
<b>Endereço</b>	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA					<b>Endereço</b>	AV CASTELO BRANCO - ST. COIMBRA		
<b>Cidade</b>	FORMOSA					<b>Cidade</b>	GOIANIA		
<b>UF</b>	GO					<b>UF</b>	GO		
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO					<b>Insc. Estadual</b>	106157892		
<b>Contato</b>	Enivaldo Campos Rodrigues					<b>Contato</b>	KENNEDY		
<b>Telefone</b>	(62) 9 9973-7067					<b>Telefone</b>	(62) 3541-3334		
<b>Email</b>	comprasmatriz@institutocem.org.br					<b>Email</b>	kennedy.dmi@gmail.com		
<b>Prazo de Entrega Solicitado</b>	4					<b>Prazo de Entrega</b>	2 DIA(s)		
<b>Cond. Pagamento Solicitado</b>	A PRAZO					<b>Cond. Pagamento</b>	30 Dias		
<b>Forma de Pagamento</b>	BOLETO BANCÁRIO					<b>Nome do Vendedor</b>	KENNEDY		
<b>Endereço de cobrança</b>	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					<b>Tipo de Frete</b>	CIF		
<b>Endereço de entrega</b>	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					<b>Faturamento Mínimo</b>	500,00		
						<b>Validade da Proposta</b>	15/07/2023		
<b>Observações do Comprador</b>									
<p>FORMOSA / GO  .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ.  .AQUISIÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO.  .FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0008-03 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE ORMOSA/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;  GESTÃO N° 03/2022 /2022 – SES / GO. .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE  .COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA / EQUIPAMENTOS;  .ENDEREÇO PARA ENTREGA: POLICLÍNICA DA CIDADE DE FORMOSA/GO - ENDEREÇO: AV. OESTE, QUADRAS 4, 5 E 9, S/N, JARDIM OLIVEIRA, FORMOSA/GO. CEP.: 73805-201.</p>									
<b>Observações do Fornecedor</b>									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>									
8		GEL PARA ULTRASSONOGRAFIA GALAO COM 5 L	1	MULTIGEL	20,00	GALÃO	25,2000	0,00	504,00
GEL PARA ULTRASSONOGRAFIA GALÃO COM 5 LITROS									
<b>Total do pedido</b>									<b>504,00</b>

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura/36545

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
436628	148317	39301 / 36545	10/07/2023	1.201,44	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MATERIAS MÉDICOS			
<b>Condições de Negócio do Comprador</b>						<b>Condições de Negócio do Fornecedor</b>			
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO CEM - FORMOSA					<b>Razão Social</b>	SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI		
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO CEM - FORMOSA					<b>Nome Fantasia</b>	SUPERMEDICA HOSPITALAR		
<b>CPF/CNPJ</b>	12.053.184/0008-03					<b>CPF/CNPJ</b>	06.065.614/0001-38		
<b>CEP</b>	73.805-201					<b>CEP</b>	74.255-140		
<b>Endereço</b>	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA					<b>Endereço</b>	RUA C-159 - JARDIM AMERICA		
<b>Cidade</b>	FORMOSA					<b>Cidade</b>	GOIANIA		
<b>UF</b>	GO					<b>UF</b>	GO		
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO					<b>Insc. Estadual</b>	106039750		
<b>Contato</b>	Enivaldo Campos Rodrigues					<b>Contato</b>	TELEVENDAS		
<b>Telefone</b>	(62) 9 9973-7067					<b>Telefone</b>	(62) 3928-8989		
<b>Email</b>	comprasmatriz@institutocem.org.br					<b>Email</b>	vendas12@supermedica.com.br		
<b>Prazo de Entrega Solicitado</b>	4					<b>Prazo de Entrega</b>	2 DIA(s)		
<b>Cond. Pagamento Solicitado</b>	A PRAZO					<b>Cond. Pagamento</b>	30 Dias		
<b>Forma de Pagamento</b>	BOLETO BANCÁRIO					<b>Nome do Vendedor</b>	JULIANA RAMALHO		
<b>Endereço de cobrança</b>	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					<b>Tipo de Frete</b>	CIF		
<b>Endereço de entrega</b>	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					<b>Faturamento Mínimo</b>	1.200,00		
						<b>Validade da Proposta</b>	11/07/2023		
<b>Observações do Comprador</b>									
<p>FORMOSA / GO</p> <p>.FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ.</p> <p>.AQUISIÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO.</p> <p>.FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0008-03 - INSTITUTO CEM – POLICLÍNICA DE ORMOSA/GO.</p> <p>.COTAR SOMENTE FRETE CIF;</p> <p>.FAVOR ATENTAR AO DESCRITIVO DO PRODUTO, SEM ALTERAR QUANTIDADE NEM NOMES - SUJEITO A DEVOLUÇÃO;</p> <p>.ENCAMINHAR CÓPIA DA NOTA FISCAL + BOLETO + XML PARA OS E-MAILS: ALMOXARIFADO@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR</p> <p>.ENVIAR JUNTOS DO PRODUTO A ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL + BOLETO – SUJEIRO A DEVOLUÇÃO;</p> <p>.GESTÃO N° 03/2022 /2022 – SES / GO. .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE</p> <p>.COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA / EQUIPAMENTOS; .ENDEREÇO PARA ENTREGA: POLICLÍNICA DA CIDADE DE FORMOSA/GO - ENDEREÇO: AV. OESTE, QUADRAS 4, 5 E 9, S/N, JARDIM OLIVEIRA, FORMOSA/GO. CEP.: 73805-201.</p>									
<b>Observações do Fornecedor</b>									
<p>VENDEDORA: JULIANA RAMALHO</p> <p>RAMAL 5170 - EMAIL: LOCALIZADOR03@SUPERMEDICA.COM.BR</p> <p>62 9669-4917 - SOMENTE WHATSAPP</p> <p>COT 590629</p>									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>									
4	40241	CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO N. 22 (SEM DISPOSITIVO)	DESCARPACK	DESCARPACK	300,00	UNIDADE	0,5900	0,00	177,00
ATOXICO, APIROGENICO, ESTERIL, EMBALADO INDIVIDUALMENTE. COM RG. MS									
7	1105	CURATIVO POS COLETA	DESKARPLAS	DESKARPLAS	3.000,00	UNIDADE	0,0300	0,00	90,00
10		KIT CITOPATOLOGICO (PAPANICOLAU) ESTERIL TAMANHO M - KIT CONTENDO ESPÁTULA, ESPECULO, ESCOVINHA, 2 LUVAS E LAMINA PARA MICROSCOPIA	KOLPLAST	KOLPLAST	100,00	KIT	3,6000	0,00	360,00
12	58245	LENCOL DESCARTAVEL EM TNT BRANCO COM ELASTICO 200 X 90CM	HNDESC	HNDESC	300,00	UNIDADE	0,9900	0,00	297,00
16	40328	MASCARA RESPIRATORIA N95	ECOMAX	ECOMAX	200,00	UNIDADE	1,0300	0,00	206,00
19		PRESERVATIVO LATEX NÃO LUBRIFICADO	MADEITEX	MADEITEX	144,00	UNIDADE	0,2600	0,00	37,44
COM RESERVATÓRIO, LADOS PARALELOS EMBALADOS INDIVIDUALMENTE COM REGISTRO M.S.									
21	359	SERINGA DESC 05ML LUER LOCK (ROSCA) S/ AGULHA	DESCARPACK	DESCARPACK	200,00	UNIDADE	0,1700	0,00	34,00
SERINGA DESC. 05 ML S/AG.C/Disp.SEG.BICO LUER LOCK - SERINGA DESCARTÁVEL DE 05 ML, S/ AGULHA EM POLIPROPILENO CRISTAL, ESCALA DE 1 ML, EMBOLO SILICONIZADO, BICO LUER LOCK, ROSCA DUPLA C/ANEL DE RETENÇÃO EMB PGC FACE TRANSPARENTE, ESTERILIZADA EM OXIDO DE ETILENO REG									
<b>Total do pedido</b>									<b>1.201,44</b>

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
436627	148317	39301 / 36545	10/07/2023	2.422,06	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MATERIAS MÉDICOS	
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor	
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO CEM - FORMOSA					<b>Razão Social</b>	ELLO DISTRIBUICAO LTDA - EPP
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO CEM - FORMOSA					<b>Nome Fantasia</b>	ELLO DISTRIBUICAO
<b>CPF/CNPJ</b>	12.053.184/0008-03					<b>CPF/CNPJ</b>	14.115.388/0001-80
<b>CEP</b>	73.805-201					<b>CEP</b>	74.780-562
<b>Endereço</b>	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA					<b>Endereço</b>	AV: ANAPOLIS - VILA PEDROSO
<b>Cidade</b>	FORMOSA					<b>Cidade</b>	GOIANIA
<b>UF</b>	GO					<b>UF</b>	GO
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO					<b>Insc. Estadual</b>	10574978248
<b>Contato</b>	Enivaldo Campos Rodrigues					<b>Contato</b>	WILLIAM PERILLO - 98406-6004
<b>Telefone</b>	(62) 9 9973-7067					<b>Telefone</b>	(62) 4009-2100
<b>Email</b>	comprasmatrix@institutocem.org.br					<b>Email</b>	comercial@elodistribuicao.com.br;compras@elodistribuicao.com.br;
<b>Prazo de Entrega Solicitado</b>	4					<b>Prazo de Entrega</b>	2 DIA(s)
<b>Cond. Pagamento Solicitado</b>	A PRAZO					<b>Cond. Pagamento</b>	30 Dias
<b>Forma de Pagamento</b>	BOLETO BANCÁRIO					<b>Nome do Vendedor</b>	LIGIA LAIS
<b>Endereço de cobrança</b>	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					<b>Tipo de Frete</b>	CIF
<b>Endereço de entrega</b>	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					<b>Faturamento Mínimo</b>	600,00
						<b>Validade da Proposta</b>	11/07/2023

**Observações do Comprador**

FORMOSA / GO  
.FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ.  
.AQUISIÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO.  
.FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0008-03 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE ORMOSA/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;  
GESTÃO N° 03/2022 /2022 – SES / GO. .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE  
.COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA / EQUIPAMENTOS; .ENDEREÇO PARA ENTREGA: POLICLÍNICA DA CIDADE DE FORMOSA/GO - ENDEREÇO: AV. OESTE, QUADRAS 4, 5 E 9, S/N, JARDIM OLIVEIRA, FORMOSA/GO. CEP.: 73805-201.

**Observações do Fornecedor**

Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>									
2		AGULHA HIPODERMICA DESC. S/ DISP DE SEGURANÇA 40 X 1,20 MM - COM 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.	CX100	DESCARPACK	720,00	UNIDADE	0,0680	0,00	46,176
6	375	COMPRESSA GAZE ESTERIL 11F 7,5 X 7,5CM PCT C/ 10 UNID	C/900	AMERICA	900,00	PACOTE	0,4050	0,00	364,50
COM NO MINIMO 11 FIOS ; (GAZE HIDROFILO)									
11	42667	LANCETA DESCARTAVEL 28G COM RETRACAO AUTOMATICA	C/100	DESCARPACK	1.200,00	UNIDADE	0,1280	0,00	153,60
13	220	LENCOL HOSPITALAR DESC. 70CM X 50M	C/10-REICLAVEL	FLEXPPELL	50,00	ROLO	9,3000	0,00	465,00
100% FIBRAS NATURAIS NAO TRANSGENICAS OU EM MATERIAL RECICLAVEL ; TEXTURA MACIA E RESISTENTE AO ESTADO UMIDO ; NAO ESTERIL ; USO UNICO /DESCARTAVEL ; ROLO EMBALADA INDIVIDUALMENTE ; REGISTRO NA ANVISA ; INDICACAO DE USO: MACA									
15	385	LUVA DE PROCEDIMENTO NAO ESTERIL M	C/100	INOVEN	100,00	CAIXA	12,0000	0,00	1.200,00
CONFECCIONADA EM LATEX NATURAL ; FORMATO ANATOMICO COM ALTA SENSIBILIDADE TATIL ; COM BAINHA OU OUTRO DISPOSITIVO CAPAS DE ASSEGURAR SEU AJUSTE ADEQUADO ; DE USO UNICO ; TEXTURA UNIFORME ; BOA ELASTICIDADE ; RESISTENCIA A TRACAO ; COMPRIMENTO MINIMO DE 230MM ; LUBRIFICADA C/ PO BIOABSORVIVEL ; ATOXICO QUE NAO CAUSE QUALQUER DANO AO ORGANISMO SOB CONDICOOES NORMAIS DE USO ; ESTERILIZACAO P/ RAI0 GAMA OU OXIDO DE ETILENO ; EMBALADA E IDENTIFICADA DE ACORDO COM A NBR 13.392/95 E NR 6 DO MINISTERIO DO TRABALHO ; REGISTRO NO MINISTERIO DA SAUDE.									
22	360	SERINGA DESC 20ML LUER LOCK (ROSCA) S/ AGULHA	C/500	SR	500,00	UNIDADE	0,3800	0,00	190,00
EM POLIPROPILENO CRISTAL, ESCALA DE 1 ML. EMBOLO SILICONIZADO, ROSCA DUPLA C/ANEL DE RETENÇÃO EMB. PGC FACE TRANSPARENTE, ESTERILIZADA EM OXIDO DE ETILENO. LUER LOCK (ROSCA).									
<b>Total do pedido</b>									<b>2.422,06</b>

Este documento pode ser conferido no site: https://www.tce.go.gov.br/portal/verificacao/verificador/36545

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
436626	148317	39301 / 36545	10/07/2023	613,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MATERIAS MÉDICOS			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO CEM - FORMOSA					<b>Razão Social</b>	CIENTIFICA MEDICA HOSPITALAR LTDA		
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO CEM - FORMOSA					<b>Nome Fantasia</b>	CIENTIFICA HOSPITALAR		
<b>CPF/CNPJ</b>	12.053.184/0008-03					<b>CPF/CNPJ</b>	07.847.837/0001-10		
<b>CEP</b>	73.805-201					<b>CEP</b>	74.911-360		
<b>Endereço</b>	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA					<b>Endereço</b>	AV ANAPOLIS - VILA BRASILIA		
<b>Cidade</b>	FORMOSA					<b>Cidade</b>	APARECIDA DE GOIANIA		
<b>UF</b>	GO					<b>UF</b>	GO		
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO					<b>Insc. Estadual</b>	10.399.060-7		
<b>Contato</b>	Enivaldo Campos Rodrigues					<b>Contato</b>	LUANA		
<b>Telefone</b>	(62) 9 9973-7067					<b>Telefone</b>	(62) 3088-9700		
<b>Email</b>	comprasmatriz@institutocem.org.br					<b>Email</b>	gerenciadmh1@gmail.com		
<b>Prazo de Entrega Solicitado</b>	4					<b>Prazo de Entrega</b>	1 DIA(s)		
<b>Cond. Pagamento Solicitado</b>	A PRAZO					<b>Cond. Pagamento</b>	30 Dias		
<b>Forma de Pagamento</b>	BOLETO BANCÁRIO					<b>Nome do Vendedor</b>	CAROLINA		
<b>Endereço de cobrança</b>	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					<b>Tipo de Frete</b>	CIF		
<b>Endereço de entrega</b>	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					<b>Faturamento Mínimo</b>	200,00		
						<b>Validade da Proposta</b>	08/07/2023		
Observações do Comprador									
<p>FORMOSA / GO</p> <p>.FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ.</p> <p>.AQUISIÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO.</p> <p>.FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0008-03 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE ORMOSA/GO.</p> <p>.COTAR SOMENTE FRETE CIF;</p> <p>.FAVOR ATENTAR AO DESCRITIVO DO PRODUTO, SEM ALTERAR QUANTIDADE NEM NOMES - SUJEITO A DEVOLUÇÃO;</p> <p>.ENCAMINHAR CÓPIA DA NOTA FISCAL + BOLETO + XML PARA OS E-MAILS: ALMOXARIFADO@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR</p> <p>.ENVIAR JUNTOS DO PRODUTO A ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL + BOLETO – SUJEIRO A DEVOLUÇÃO;</p> <p>.GESTÃO N° 03/2022 /2022 – SES / GO. .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE</p> <p>.COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA / EQUIPAMENTOS; .ENDEREÇO PARA ENTREGA: POLICLÍNICA DA CIDADE DE FORMOSA/GO - ENDEREÇO: AV. OESTE, QUADRAS 4, 5 E 9, S/N, JARDIM OLIVEIRA, FORMOSA/GO. CEP.: 73805-201.</p>									
Observações do Fornecedor									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>									
9		KIT CITOPATOLOGICO (PAPANICOLAU) ESTERIL TAMANHO G - KIT CONTENDO ESPÁTULA, ESPECULO, ESCOVINHA, 2 LUVAS E LAMINA PARA MICROSCOPIA	KIT PAPANICOLAU N/E ESP+ESC+ESPAT. +2LUVAS+LAM.(G)	VAGISPEC	50,00	KIT	3,3000	0,00	165,00
14	382	LUVA CIRURGICA ESTERIL N° 7,0	PAR	LEMGRUBER	400,00	PAR	1,1200	0,00	448,00
<p>CONFECCIONADA EM LATEX NATURAL ; FORMATO ANATOMICO COM ALTA SENSIBILIDADE TATIL ; COM BAINHA OU OUTRO DISPOSITIVO CAPAS DE ASSEGURAR SEU AJUSTE ADEQUADO ; DE USO UNICO ; TEXTURA UNIFORME ; BOA ELASTICIDADE ; RESISTENCIA A TRACAO ; COMPRIMENTO MINIMO DE 265MM ; LUBRIFICADA C/ PO BIOABSORVIVEL ; ATOXICO QUE NAO CAUSE QUALQUER DANO AO ORGANISMO SOB CONDICOES NORMAIS DE USO ; ESTERILIZACAO P/ RAO GAMA OU OXIDO DE ETILENO ; EMBALADA E IDENTIFICADA DE ACORDO COM A NBR 13.391/95 E NR 6 DO MINISTERIO DO TRABALHO ; REGISTRO NO MINISTERIO DA SAUDE</p>									
<b>Total do pedido</b>									<b>613,00</b>



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 28/11/2023 às 13:07, 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 29/11/2023 às 10:04, 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 324516 e o código verificador 36545.