

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
450074	154954	54101/47419	16/01/2024	2.009,83	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS HIGIENE E LIMPEZA					
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor					
Razão Social		INSTITUTO CEM - POSSE				Razão Social		QB COMERCIO LTDA			
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM - POLICLÍNICA DE POSSE									
CPF/CNPJ		12.053.184/0002-18				Nome Fantasia		QUALITY MED HOSPITALAR			
CEP		73.900-000				CPF/CNPJ		40.760.938/0001-24			
Endereço		AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHK DE OLIVEIRA - SETOR BUENOS AIRES				CEP		74.922-305			
Cidade		POSSE				Endereço		RUA X-35, QD 07, LT 17 - JARDIM OLIMPICO			
UF		GO				Cidade		APARECIDA DE GOIANIA			
Insc. Estadual		ISENTO				UF		GO			
Contato		NAOR BORGES				Insc. Estadual		10.825.087-3			
Telefone		(62) 9 9973-7067				Contato		(62) 2020-8888			
Email		naor@institutocem.org.br				Telefone		(62) 2020-8888			
Prazo de Entrega Solicitado		4				Email		comercial@quality.med.br			
Cond. Pagamento Solicitado		A PRAZO				Prazo de Entrega		4 DIA(s)			
Forma de Pagamento		BOLETO BANCÁRIO				Cond. Pagamento		30 Dias			
Endereço de cobrança		AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHK DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380				Nome do Vendedor		GABRIEL LOPES			
Endereço de entrega		AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHK DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380				Tipo de Frete		CIF			
						Faturamento Mínimo		1.000,00			
						Validade da Proposta		12/01/2024			
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											
GABRIEL LOPES // APROVAÇÃO DE PEDIDO APÓS ANÁLISE // OFERTA ENQUANTO DURAR O ESTOQUE // QUALQUER DÚVIDA WHATSAPP (62) 98662-0136											
Item	Código	Descrição			Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR											
18		CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 100ML - FRASCO			EQUIPLEX	EQUIPLEX	155,00	BOLSA	3,6500	0,00	565,25
20	5437	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 500ML - FRASCO			EQUIPLEX	EQUIPLEX	264,00	BOLSA	5,4700	0,00	1.444,08
(CONTRATO)											
Total do pedido											2.009,83

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticação pode ser feita no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-a-autenticidade> informando o código 343161 e o código verificador 47419.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta						
450073	154954	54101/47419	16/01/2024	131,60	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS HIGIENE E LIMPEZA						
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 KUBITSCHKE 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	30 Dias					
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	JULIANA RAMALHO					
						Tipo de Frete	CIF					
						Faturamento Mínimo	1.200,00					
						Validade da Proposta	12/01/2024					
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 666655												
Item	Código	Descrição				Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR												
7	0644	AGULHA HIPODERMICA DESC. S/ DISP DE SEGURANÇA 40 X 1,20MM				SOLIDOR	SOLIDOR	2.000,00	UNIDADE	0,0658	0,00	131,60
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.												
Total do pedido												131,60

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade do documento pode ser verificada no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtuaidoc/public/validar-assinatura> conferida no site: código 343161 e o código verificador 47419.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
450072	154954	54101/47419	16/01/2024	1.300,00	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS HIGIENE E LIMPEZA				
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor				
Razão Social	INSTITUTO CEM - POSSE					Razão Social	GLEIDSON RODRIGUES RANULFO LTDA			
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - POLICLÍNICA DE POSSE					Nome Fantasia	OPÇÃO DIAGNOSTICOS			
CPF/CNPJ	12.053.184/0002-18					CPF/CNPJ	03.738.854/0001-68			
CEP	73.900-000					CEP	74.543-030			
Endereço	AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHKE DE OLIVEIRA - SETOR BUENOS AIRES					Endereço	AL P-2 - SETOR DOS FUNCIONARIOS			
Cidade	POSSE					Cidade	GOIANIA			
UF	GO					UF	GO			
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	104645016			
Contato	NAOR BORGES					Contato	GLEIDSON-62-8417-0474-WHATSSAP (62)3093-5116			
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 3093-5116			
Email	naor@institutocem.org.br					Email	diagnostica.go@hotmail.com			
Prazo de Entrega Solicitado	4					Prazo de Entrega	3 DIA(s)			
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	60 Dias			
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	GLEIDSON RANULFO			
						Tipo de Frete	CIF			
						Faturamento Mínimo	1.000,00			
						Validade da Proposta	27/01/2024			
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										
43	385	LUVA DE PROCEDIMENTO NAO ESTERIL M	CAIXA	MEDIX	100,00	CAIXA	13,0000	0,00	1.300,00	
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/ RAO 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.										
Total do pedido									1.300,00	

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
449739	154954	54101/47419	10/01/2024	5.500,00	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS HIGIENE E LIMPEZA	
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor	
Razão Social	INSTITUTO CEM - POSSE					Razão Social	FERREIRA & LIMA COMERCIO MEDICAMENTOS HOSPITALAR LTDA
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - POLICLÍNICA DE POSSE						
CPF/CNPJ	12.053.184/0002-18						
CEP	73.900-000					Nome Fantasia	MEDICAD
Endereço	AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHKE DE OLIVEIRA - SETOR BUENOS AIRES					CPF/CNPJ	23.909.931/0001-02
Cidade	POSSE					CEP	74.670-010
UF	GO					Endereço	AV SAO FRANCISCO - SANTA GENOVEVA
Insc. Estadual	ISENTO					Cidade	GOIANIA
Contato	NAOR BORGES					UF	GO
Telefone	(62) 9 9973-7067					Insc. Estadual	006.0023 7517
Email	naor@institutocem.org.br					Contato	DAVI
Prazo de Entrega Solicitado	4					Telefone	(62) 9 8328-1055
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Email	davisilva@medicad.com.br
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Prazo de Entrega	4 DIA(s)
Endereço de cobrança	AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHKE DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380					Cond. Pagamento	30 Dias
Endereço de entrega	AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHKE DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380					Nome do Vendedor	DAVI DE SOUZA E SILVA
						Tipo de Frete	CIF
						Faturamento Mínimo	1.000,00
						Validade da Proposta	31/01/2024
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							
DAVI 62993954810							

Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
6		AGULHA HIPODERMICA DESC. C/ DISP DE SEGURANCA 13 X 0,45 MM	AGULHA DESC. 13X4,5 (26GX1/2) 100X1 (MARROM)/MEDIX/8846	MEDIX	2.000,00	UNIDADE	0,0696	0,00	139,20
8	518	ALCOOL LIQUIDO 70% 1000ML	ALCOOL 70% 1000ML/J FERES/17	J FERES	250,00	LITRO	4,7200	0,00	1.180,00
ETILICO ; SOLUCAO A 70% ; APRESENTAR REGISTRO NO MINISTERIO DA SAUDE/ANVISA E LAUDO TECNICO									
16	19686	CATETER INTRAVENOSO PERIFERICO Nº416 DISPOSITIVO SEGURANCA	CATETER SEG. AUT. 16G TIPO 04 CINZA BANDEIRINHA/MEDIX/9690	MEDIX	100,00	UNIDADE	1,3200	0,00	132,00
22	14010	CLOREXIDINA SOLUCAO ALCOOLICA A 0,5% 1000 ML	CHLORCLEAR 0,5% ALCOOLICA 1000ML (CLOREXIDINA)/VIC PHARMA/83	VIC PHARMA	15,00	FRASCO	10,3200	0,00	154,80
40	47085	LANCETA C/ TRAVA SEGURANÇA 26G/I	LANCETA DISP DE SEGURANCA 26G AMARELO (0,45X1,8MM)/MEDIX/959	MEDIX	1.200,00	UNIDADE	0,1200	0,00	144,00
44	386	LUVA DE PROCEDIMENTO NAO ESTERIL P	LUVA PROCED LATEX C/ PÓ TAM P 100X1 /MEDIX/30	MEDIX	200,00	CAIXA	12,5000	0,00	2.500,00
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 CONDICOES NORMAIS DE USO ; ESTERILIZACAO P/ RAO 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									
45	20988	LUVA DE PROCEDIMENTO NAO ESTERIL PP	LUVA PROCED LATEX C/ PO TAM PP 100X1 /MEDIX/17	MEDIX	100,00	CAIXA	12,5000	0,00	1.250,00
CAIXA COM 100UN ; CONFECCIONADA EM LATEX NATURAL, FORMATO ANATÔMICO COM ALTA SENSIBILIDADE TATIL, COM BAINHA OU OUTRO DISPOSITIVO CAPAZ DE ASSEGURAR SEU AJUSTE ADEQUADO, DE USO UNICO, TEXTURA UNIFORME, BOA ELASTICIDADE RESISTENCIA A TRAÇÃO, COMPRIMENTO MINIMO DE 230 MM. LUBRIFICADA COM PO BIOABSORVIVEL, ATOXICO, QUE NAO CAUSE QUALQUER DANO AO ORGANISMO SOB CONDIÇÕES NORMAIS DE USO, AMBIDESTRA. EMBALADA E IDENTIFICADA DE ACORDO COM A NBR 13.392/95 E NR 6 DO MINISTERIO DO TRABALHO. REGISTRO NO MINISTERIO DA SAUDE. C/100 UNIDADES									
Total do pedido									5.500,00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta						
449738	154954	54101/47419	10/01/2024	1.618,00	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS HIGIENE E LIMPEZA						
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor						
Razão Social		INSTITUTO CEM - POSSE				Razão Social		QB COMERCIO LTDA				
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM - POLICLÍNICA DE POSSE										
CPF/CNPJ		12.053.184/0002-18				Nome Fantasia		QUALITY MED HOSPITALAR				
CEP		73.900-000				CPF/CNPJ		40.760.938/0001-24				
Endereço		AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHKE DE OLIVEIRA - SETOR BUENOS AIRES				CEP		74.922-305				
Cidade		POSSE				Endereço		RUA X-35, QD 07, LT 17 - JARDIM OLIMPICO				
UF		GO				Cidade		APARECIDA DE GOIANIA				
Insc. Estadual		ISENTO				UF		GO				
Contato		NAOR BORGES				Insc. Estadual		10.825.087-3				
Telefone		(62) 9 9973-7067				Contato		(62) 2020-8888				
Email		naor@institutocem.org.br				Telefone		(62) 2020-8888				
Prazo de Entrega Solicitado		4				Email		comercial@quality.med.br				
Cond. Pagamento Solicitado		A PRAZO				Prazo de Entrega		4 DIA(s)				
Forma de Pagamento		BOLETO BANCÁRIO				Cond. Pagamento		30 Dias				
Endereço de cobrança		AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHKE DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380				Nome do Vendedor		GABRIEL LOPES				
Endereço de entrega		AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHKE DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380				Tipo de Frete		CIF				
						Faturamento Mínimo		1.000,00				
						Validade da Proposta		12/01/2024				
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												
GABRIEL LOPES // APROVAÇÃO DE PEDIDO APÓS ANÁLISE // OFERTA ENQUANTO DURAR O ESTOQUE // QUALQUER DÚVIDA WHATSAPP (62) 98662-0136												
Item	Código	Descrição				Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR												
19		CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 250ML - FRASCO - CONTRATO				EQUIPLEX	EQUIPLEX	200,00	BOLSA	4,0900	0,00	818,00
37	25821	KIT CATETER DUPLO ADULTO 11-12 FR COM APROXIMADAMENTE 15 CM HEMODIAL				MEDIKA	MEDIKA	10,00	UNIDADE	80,0000	0,00	800,00
KIT DE CATETER DE HEMODIÁLISE; DUPLO LUMEN; DURABILIDADE TEMPORÁRIA; CONTENDO NO MÍNIMO O CATETER DE HEMODIÁLISE EM POLIURETANO COM AGULHA INTRODUTORA, FIO GUIA E DILATADOR; COMPRIMENTO APROXIMADO 15 CM (CONSIDERADO 1 CM PARA MAIS E PARA MENOS).												
Total do pedido												1.618,00

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade do documento pode ser verificada no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtuaidoc/public/verificar-assinatura> conferida no site: código 343161 e o código verificador 47419.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
449737	154954	54101/47419	10/01/2024	2.030,00	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS HIGIENE E LIMPEZA			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - POSSE					Razão Social	INMED HOSPITALAR EIRELI ME		
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - POLICLÍNICA DE POSSE					Nome Fantasia	INMED HOSPITALAR		
CPF/CNPJ	12.053.184/0002-18					CPF/CNPJ	34.551.834/0001-07		
CEP	73.900-000					CEP	75.345-000		
Endereço	AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHKE DE OLIVEIRA - SETOR BUENOS AIRES					Endereço	AV DAS ACACIAS - RESIDENCIAL PAINEIRAS		
Cidade	POSSE					Cidade	ABADIA DE GOIAS		
UF	GO					UF	GO		
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	10.770.766-7		
Contato	NAOR BORGES					Contato	SILVA FERREIRA		
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 9 9551-6023		
Email	naor@institutocem.org.br					Email	inmed.negocios@gmail.com		
Prazo de Entrega Solicitado	4					Prazo de Entrega	4 DIA(s)		
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias		
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	INMED HOSPITALAR		
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	2.000,00		
						Validade da Proposta	31/01/2024		
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	57310	ACIDO PERACETICO 3,5 % - 5L	ALOXI	ALOXI	20,00	LITRO	101,5000	0,00	2.030,00
Total do pedido									2.030,00

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 343161 e o código verificador 47419.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta						
449736	154954	54101/47419	10/01/2024	1.453,50	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS HIGIENE E LIMPEZA						
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor						
Razão Social		INSTITUTO CEM - POSSE				Razão Social		BF DE ANDRADE HOSPITALAR LTDA				
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM - POLICLÍNICA DE POSSE										
CPF/CNPJ		12.053.184/0002-18				Nome Fantasia		BF DE ANDRADE HOSPITALAR				
CEP		73.900-000				CPF/CNPJ		36.979.350/0001-99				
Endereço		AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHK DE OLIVEIRA - SETOR BUENOS AIRES				CEP		74.835-530				
Cidade		POSSE				Endereço		R TAMBUQUI - PARQUE AMAZONIA				
UF		GO				Cidade		GOIANIA				
Insc. Estadual		ISENTO				UF		GO				
Contato		NAOR BORGES				Insc. Estadual		10.792.452-8				
Telefone		(62) 9 9973-7067				Contato		GLAZIELLY FAGUNDES				
Email		naor@institutocem.org.br				Telefone		(62) 3241-1425				
Prazo de Entrega Solicitado		4				Email		.				
Cond. Pagamento Solicitado		A PRAZO				Prazo de Entrega		1 DIA(s)				
Forma de Pagamento		BOLETO BANCÁRIO				Cond. Pagamento		30 Dias				
Endereço de cobrança		AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHK DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380				Nome do Vendedor		GLAZIELLY FAGUNDES - 62 9 9151-4630				
Endereço de entrega		AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHK DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380				Tipo de Frete		CIF				
						Faturamento Mínimo		1.000,00				
						Validade da Proposta		31/01/2024				
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	25263	AGUA DEIONIZADA P/ AUTOCLAVE 5L				1553	REYMER	20,00	GALÃO	11,9900	0,00	239,80
GALAO DE 5000ML												
5	037255	AGULHA HIPODERMICA DESCARTÁVEL SEM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA 25 X 0,80 MM				9836	MEDIX	2.000,00	UNIDADE	0,0599	0,00	119,98
15	37953	CANULA ENDOTRAQUEAL DESC. Nº 9,5 C/ BALAO				1590	SOLIDOR	10,00	UNIDADE	3,8000	0,00	38,00
29	27814	ELETRODO DESC. P/ MONITORIZACAO CARDIACA - GEL SOLIDO				9375	MAXICOR	5.000,00	UNIDADE	0,2100	0,00	1.050,00
51	392	SONDA NASOGASTRICA LONGA ESTERIL EM PVC SILICONIZADO N¼ 10				4851	BIOBASE	10,00	UNIDADE	0,5900	0,00	5,90
Total do pedido												1.453,50

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
449735	154954	54101/47419	10/01/2024	1.226,70	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS HIGIENE E LIMPEZA				
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 KUBITSCHKE 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		10 DIA(s)		
Cond. Pagamento Solicitado		A PRAZO				Cond. Pagamento		30 Dias		
Forma de Pagamento		BOLETO BANCÁRIO				Nome do Vendedor		PATRICIA MEDPLUS HOSPITALAR		
						Tipo de Frete		CIF		
						Faturamento Mínimo		100,00		
						Validade da Proposta		05/02/2024		
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										
47		PAPEL TERMOSENSIVEL PARA ELETROCARDIOGRAFO EDAN SE-601 - PAPEL TERMOSENSIVEL 110 MM X 140 MM. COMPATÍVEL COM ELETROCARDIÓGRAFO DA MARCA: EDAN, MODELO SE-601	TECNOPRINT	TECNOPRINT	30,00	UNIDADE	40,8900	0,00	1.226,70	
Total do pedido										1.226,70

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticação deste documento pode ser conferida no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtuaidoc/public/validar-a-assinatura-anexo> informando o código 343161 e o código verificador 47419.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta						
449734	154954	54101/47419	10/01/2024	13.972,00	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS HIGIENE E LIMPEZA						
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 KUBITSCHKE 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	NAOR BORGES					Contato	VENER					
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 9 9462-2822					
Email	naor@institutocem.org.br					Email	.					
Prazo de Entrega Solicitado	4					Prazo de Entrega	4 DIA(s)					
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias					
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	SEMPRE HOSPITALAR					
						Tipo de Frete	CIF					
						Faturamento Mínimo	1.600,00					
						Validade da Proposta	17/01/2024					
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												
26		CONECTOR PROTETOR RECIRCULADOR (BYPASS)				CONECTOR	GVS BRASIL	200,00	UNIDADE	4,3000	0,00	860,00
27	38105	CONECTOR VALVULADO DE SISTEMA FECHADO.				CONECTOR	MEDCORP	600,00	UNIDADE	20,0000	0,00	12.000,00
48	70812	PASTILHAS DE SAL PARA ABRANDADORES E DESMINERALIZADORES 25 KG				PÁSTILHA	CYSNE	4,00	UNIDADE	278,0000	0,00	1.112,00
Total do pedido												13.972,00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
449733	154954	54101/47419	10/01/2024	100.473,24	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS HIGIENE E LIMPEZA	
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	ITALO MÜLLER
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 9 8141-3544
Email	naor@institutocem.org.br					Email	vendas01@santedistribuidora.com.br
Prazo de Entrega Solicitado	4					Prazo de Entrega	7 DIA(s)
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	MURILO VERZELONI PIRES
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	1.500,00
						Validade da Proposta	19/01/2024
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									
4	47084	AGULHA DE FISTULA ARTERIO VENOSA 16GX1 S/ DISP. SEGURANCA	AGULHA DE FISTULA ARTERIO VENOSA 16GX1 S/ DISP. SEGURANCA	NIPRO	800,00	UNIDADE	1,1900	0,00	952,00
9	369	ATADURA CREPE NAO ESTERIL 10CM 13 FIOS - PCT MINIMO 12 UNDS	ATADURA CREPOM 13 FIOS 10CM X 1,20 MT C/12	BIOTEXTIL	708,00	UNIDADE	0,3110	0,00	220,19
- NO MÍNIMO 1,20 M EM REPOUSO; - TAMANHO APROXIMADO DE 10 CM; - NO MÍNIMO 13 FIOS/CM²; - ELASTICIDADE E RESISTÊNCIA; - BORDAS COM ACABAMENTO NÃO PERMITINDO O DESFIAMENTO; - NÃO ESTÉRIL; - COMPATÍVEL COM PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO; - PACOTE COM NO MÍNIMO 12 UNIDADES; - REGISTRO NA ANVISA.									
10		ATADURA CREPE NÃO ESTERIL 13 FIOS 15 CM X 1,8 M	ATADURA CREPOM 13 FIOS 15CM X 1,80 MT C/12	BIOTEXTIL	504,00	UNIDADE	0,6390	0,00	322,06
23	31599	COMPRESSA 7,5 X 7,5 CM ESTERIL C/13 FIOS BRANCA (PCT 10UN)	COMPRESSA 7,5 X 7,5 CM ESTERIL C/13 FIOS BRANCA C/10	BIOTEXTIL	5.000,00	PACOTE	0,4500	0,00	2.250,00
ESTERIL ; COR BRANCA ; DESCARTAVEL ; COMPRESA GAZE ; TECIDO 100% ALGODAO ; ISENTA DE IMPUREZAS ; 8 (OITO) CAMADAS ; 05 (CINCO) DOBRAS ; 13 (TREZE) FIOS/CENTIMETRO QUADRADO.									
24	25982	CONCENTRADO POLIELETROLITICO HEMODIALISE SOL ACIDA 5 LITROS	CONCENTRADO POLIELETROLITICO HEMODIALISE SOL ACIDA 5 LITROS	FARMARIN	1.000,00	GALÃO	17,7900	0,00	17.790,00
25	25984	CONCENTRADO POLIELETROLITICO HEMODIALISE SOL. BASICA 5 LITROS	CONCENTRADO POLIELETROLITICO HEMODIALISE SOL. BASICA 5 LITRO	FARMARIN	1.000,00	GALÃO	14,4900	0,00	14.490,00
28	47083	DIALISADOR DE ALTO FLUXO 21H C/O REM CAPILAR	DIALISADOR DE ALTO FLUXO 21H C/O REM CAPILAR	NIPRO	1.000,00	UNIDADE	49,9800	0,00	49.980,00
EM POLISSULFONA									
30	233	EQUIPO PARA SOLUÇÃO PARENTERAL MACROGOTAS GRAVIT. COM INJETOR LATERAL	EQUIPO PARA SOLUÇÃO PARENTERAL MACROGOTAS GRAVIT. COM INJETO	TKL	1.500,00	UNIDADE	0,6700	0,00	1.005,00
"EQUIPO MACRO INJ LAT GRAVIT P/ SOL PARENTERAL EQUIPO P/ INFUSÃO GRAVITACIONAL DE SOLUÇÕES PARENTERAIS: PONTA PERFURANTE, PADRÃO ISO									
38	26319	KIT SET LINHAS DE SANGUE ARTERIAL /VENOSO P/ MAQ HEMODIALISE	KIT LINHA DE SANGUE P/HEMODIALISE	NIPRO	1.200,00	KIT	11,2200	0,00	13.464,00
PARA MÁQUINAS DE HEMODIÁLISE CONTENDO LINHA DE SANGUE ARTERIAL COM SEGUIMENTO DE BOMBA COM 280MM DE EXTENSÃO E DIÂMETRO DE 8MM, SENSOR DE PRESSÃO COM CONECTOR LUER, PONTO DE INJEÇÃO, CLAMPS NA EXTENSÃO DA LINHA PRÓXIMA AO CONECTOR LUER; LINHA DE SANGUE VENOSA PARA MÁQUINAS DE HEMODIÁLISE, COM CATA-BOLHA COM 20MM DE DIÂMETRO, SENSOR DE PRESSÃO COM CONECTOR LUER, PONTO DE INJEÇÃO, CLAMPS NA EXTENSÃO DA LINHA PRÓXIMA AO CONECTOR LUER E NA SAÍDA DO CATA-BOLHA; ISOLADOR DE PRESSÃO ARTERIAL E VENOSA PARA MÁQUINA DE HEMODIÁLISE CONSTITUÍDO DE MEMBRANA HIDROFÓBICA E HIDROREPELENTE; EQUIPO DE SORO; ESTÉRIL, ATÓXICO E APIROGÊNICO, REGISTRADO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE.									
Total do pedido									100.473,25

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 343161 e o código verificador 47419.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta						
449732	154954	54101/47419	10/01/2024	3.166,00	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS HIGIENE E LIMPEZA						
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	30 Dias					
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	Marlene Perpetua da Silva					
						Tipo de Frete	CIF					
						Faturamento Mínimo	800,00					
						Validade da Proposta	09/02/2024					
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												
32	7721	ESTOJO DE TESTE PARA ANÁLISE DE TEORES DE CL E PH				AQUALITY	AQUALITY	2,00	UNIDADE	69,0000	0,00	138,0000
PARA ANÁLISE DAS PISCINAS EQUIVALENTE A MARCA GENCO												
39		KIT TESTE DUREZAU				BIO ANÁLISE	BIO ANÁLISE	2,00	UNIDADE	139,0000	0,00	278,0000
KIT TESTE DUREZA CALCICA PARA PISCINA												
49	63794	PROTETOR PARA CATETER EM SMS LAMINADO BRANCO 50G 6,5 X 30 CM				BDP	BDP	1.000,00	UNIDADE	2,7500	0,00	2.750,0000
CONFECCIONADO EM SMS LAMINADO BRANCO 50 G/M2, CORTADO NA MEDIDA DE 6,5 X 30 CM, COSTURADO EM TODA A SUA VOLTA COM LINHA BRANCA 100% POLIESTER, COM UMA ABERTURA CENTRAL DE 5 CM. EMBALADO EM SACO PLÁSTICO, DE POLIETILENO ATÓXICO, MEDINDO 30 X 40 CM X 0,06 MM. SELADO EM SELADORA HERMET. UTILIZADA PARA A PROTEÇÃO (NOS CATETERES DOS PACIENTES).												
Total do pedido												3.166,00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta
449731	154954	54101/47419	10/01/2024	4.496,49	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS HIGIENE E LIMPEZA
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 KUBITSCHKE 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 30 Dias
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor JULIANA RAMALHO
						Tipo de Frete CIF
						Faturamento Mínimo 1.200,00
						Validade da Proposta 12/01/2024
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						
VENDEDORA: JULIANA RAMALHO RAMAL 5170 - EMAIL: LOCALIZADOR03@SUPERMEDICA.COM.BR 62 9669-4917 - SOMENTE WHATSAPP COT 666655						

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 343161 e o código verificador 47419.

Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	VL. Unit.	Desconto	VL. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
11	7143	ATADURA CREPE NAO ESTERIL 20CM 13 FIOS - PCT MINIMO 12 UND	ANAPOLIS	ANAPOLIS	204,00	UNIDADE	0,8417	0,00	171,71
- NO MÍNIMO 1,80 M EM REPOUSO; - TAMANHO APROXIMADO DE 20 CM; - NO MÍNIMO 13 FIOS/CM²; - ELASTICIDADE E RESISTÊNCIA; - BORDAS COM ACABAMENTO NÃO PERMITINDO O DESFIAMENTO; - NÃO ESTÉRIL; - COMPATÍVEL COM PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO; - PACOTE COM NO MÍNIMO 12 UNIDADES; - REGISTRO NA ANVISA.									
12		BARBEADOR DESCARTAVEL 02 LAMINAS	MAXICOR	MAXICOR	600,00	UNIDADE	0,6460	0,00	387,60
13	40087	CAMPO CIRURGICO ESTERIL FENESTRADO 40X40 CM	POLARFIX	POLARFIX	800,00	UNIDADE	1,7900	0,00	1.432,00
14	6627	CANULA ENDOTRAQUEAL DESCARTÁVEL SEM BALÃO Nº 3,0	SOLIDOR	SOLIDOR	10,00	UNIDADE	2,0560	0,00	20,56
TERMOSENSÍVEL, MÁCIO, TRANSPARENTE, PONTA LISA BISELADA, ADAPTADOR UNIV. AO SISTEMA DE VENTILAÇÃO, ARTIFICIAL, EMB. PGC. REG MS									
21	38722	CLOREXIDINA SOL DEGERMANTE 2% FRASCO 100ML	VIC PHARMA	VIC PHARMA	96,00	FRASCO	2,3729	0,00	227,80
31	12888	ESPARADRAPO 100% ALGODAO 10CM X 4,5M	ADPELE	ADPELE	80,00	ROLO	7,7600	0,00	620,80
34	43778	GEL PARA ULTRASSON 1 KG	MULTIGEL	MULTIGEL	40,00	FRASCO	6,7000	0,00	268,00
UNIDADE EM FRASCO DE 1 KG									
35	46506	INDICADOR BIOLOGICO 24 HS	CLEAN-UP	CLEAN-UP	10,00	UNIDADE	2,1580	0,00	21,58
41	42667	LANCETA DESCARTAVEL 28G COM RETRACAO AUTOMATICA	INJEX	INJEX	1.200,00	UNIDADE	0,1082	0,00	129,84
42	220	LENCOL HOSPITALAR DESC. 70CM X 50M	FLEXPEL	FLEXPEL	60,00	ROLO	9,2900	0,00	557,40
100% FIBRAS NATURAIS NAO TRANSGENICAS OU EM MATERIAL RECICLAVEL ; TEXTURA MACIA E RESISTENTE AO ESTADO UMIDO ; NAO ESTERIL ; USO UNICO /DESCARTAVEL ; ROLO EMBALADO INDIVIDUALMENTE ; REGISTRO NA ANVISA ; INDICACAO DE USO: MACA									
46	37420	MASCARA DESC. TRIPLA CAMADA C/ CLIP NASAL C/ ELASTICO	MEDIX	MEDIX	5.000,00	UNIDADE	0,0754	0,00	377,00
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									
50	359	SERINGA DESC 05ML LUER LOCK (ROSCA) S/ AGULHA	SR	SR	2.000,00	UNIDADE	0,1411	0,00	282,20
Total do pedido									4.496,49

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
449730	154954	54101/47419	10/01/2024	15.095,00	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS HIGIENE E LIMPEZA					
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor					
Razão Social	INSTITUTO CEM - POSSE					Razão Social	ELLO DISTRIBUICAO LTDA - EPP				
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - POLICLÍNICA DE POSSE					Nome Fantasia	ELLO DISTRIBUICAO				
CPF/CNPJ	12.053.184/0002-18					CPF/CNPJ	14.115.388/0001-80				
CEP	73.900-000					CEP	74.780-562				
Endereço	AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHKE DE OLIVEIRA - SETOR BUENOS AIRES					Endereço	AV: ANAPOLIS - VILA PEDROSO				
Cidade	POSSE					Cidade	GOIANIA				
UF	GO					UF	GO				
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	10574978248				
Contato	NAOR BORGES					Contato	WILLIAM PERILLO - 98406-6004				
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 4009-2100				
Email	naor@institutocem.org.br					Email	comercial@ellodistribuicao.com.br;compras@ellodistribuicao.com.br;				
Prazo de Entrega Solicitado	4					Prazo de Entrega	2 DIA(s)				
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias				
Nome do Vendedor						Nome do Vendedor	LIGIA LAIS				
Tipo de Frete						Tipo de Frete	CIF				
Faturamento Mínimo						Faturamento Mínimo	600,00				
Validade da Proposta						Validade da Proposta	11/01/2024				
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	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total		
MÉDICO / HOSPITALAR											
7	0644	AGULHA HIPODERMICA DESC. S/ DISP DE SEGURANÇA 40 X 1,20MM	C/100	DESCARPACK	2.000,00	UNIDADE	0,0640	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.											
18		CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 100ML - FRASCO	C/70 FRASCO	EQUIPLEX	210,00	BOLSA	3,6000	0,00	756,00		
20	5437	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 500ML - FRASCO	C/30 FRASCOS	FRESENIUS	270,00	BOLSA	5,3000	0,00	1.431,00		
(CONTRATO)											
33	47086	FILTRO DE FLUIDO DE DIALISE	NIPRO	NIPRO	20,00	UNIDADE	575,0000	0,00	11.500,00		
COMPATIVEL COM O EQUIPAMENTO: DIASAFE PLUS (FRESENIUS)											
43	385	LUVA DE PROCEDIMENTO NAO ESTERIL M	C/100	DESCARPACK	100,00	CAIXA	12,8000	0,00	1.280,00		
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 CONDICoes NORMAIS DE USO ; ESTERILIZACAO P/ RAO 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.											
Total do pedido									15.095,00		

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
449729	154954	54101/47419	10/01/2024	297,50	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS HIGIENE E LIMPEZA			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - POSSE					Razão Social	INOVACAO SERVICOS E COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA		
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - POLICLÍNICA DE POSSE					Nome Fantasia	VANGUARDA		
CPF/CNPJ	12.053.184/0002-18					CPF/CNPJ	00.302.007/0001-68		
CEP	73.900-000					CEP	74.150-080		
Endereço	AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHKE DE OLIVEIRA - SETOR BUENOS AIRES					Endereço	R 26 Q.H13 LT.15/16 - SETOR MARISTA		
Cidade	POSSE					Cidade	GOIANIA		
UF	GO					UF	GO		
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	102710007		
Contato	NAOR BORGES					Contato	GISELE CARVALHO		
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 3293-1414		
Email	naor@institutocem.org.br					Email	gisele.comercial@vanguardia.net.br; atendimento02@vanguardia.net.br; atendimento03@vanguardia.net.br; atendimento01@vanguardia.net.br		
Prazo de Entrega Solicitado	4					Prazo de Entrega	3 DIA(s)		
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias		
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	GISELE CARVALHO DOS SANTOS		
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	100,00		
						Validade da Proposta	15/01/2024		
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									
36		INTEGRADOR QUIMICO CLASSE 5 SES	1013392	CISA	250,00	UNIDADE	1,1900	0,00	297,50
Total do pedido									297,50

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
449728	154954	54101/47419	10/01/2024	11.549,00	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS HIGIENE E LIMPEZA				
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		30 Dias		
Nome do Vendedor						Nome do Vendedor		ALESSANDRA COSTA TEXEIRA		
Tipo de Frete						Tipo de Frete		CIF		
Faturamento Mínimo						Faturamento Mínimo		500,00		
Validade da Proposta						Validade da Proposta		11/01/2024		
Forma de Pagamento		BOLETO BANCÁRIO								
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										
2	38054	ADESIVO STOPER POS-COLETA BANDAGEM	MEDIX	MEDIX	3.000,00	UNIDADE	0,0230	0,00	69,0000	
17	5439	CLORETO DE SÓDIO SOL INJ 0,9% 1000ML - FRASCO	JP	JP	1.200,00	BOLSA	7,9000	0,00	9.480,0000	
BOLSA 1000 ML										
52	457	TIRA TESTE P/ DETERMINACAO GLICOSE NO SANGUE	ON CALL PLUS	ON CALL PLUS	5.000,00	UNIDADE	0,4000	0,00	2.000,0000	
TEMPO DE RESULTADO NAO ACIMA DE 40 SEG ; C/ ELETRODO QUE ANULE A INTERFERENCIA DE MEDICAMENTOS E SUBSTANCIAS ENDOGENAS ; QUE POSSIBILITE RECEBER A SEGUNDA GOTA DE SANGUE ; C/ FAIXA DE HEMACEAS DE 20 A 70% ; QUE POSSIBILITE EXAMES EM NEONATOS. **** A CADA 1.000 DE TIRAS, FAVOR ENVIAR UM APARELHO EM BONIFICAÇÃO										
Total do pedido									11.549,00	

Este documento foi assinado digitalmente. Autenticidade das informações pode ser verificada no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/put/47419. conferida no site: código 343161 e o código verificador 47419.



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COORDENADOR DE COMPRAS, em 16/01/2024 às 14:33, 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 17/01/2024 às 09:24, 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 343161 e o código verificador 47419.