

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
452947	156681	56228 / 49985	01/03/2024	725,00	O.C. Emitida	MATERIAIS HOSPITALARES					
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor					
Razão Social	INSTITUTO CEM - GOIANESIA					Razão Social	DMI MATERIAL MEDICO HOSPITALAR LTDA				
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FILIAL GOIANÉSIA					Nome Fantasia	DMI				
CPF/CNPJ	12.053.184/0003-07					CPF/CNPJ	37.109.097/0004-28				
CEP	76.383-637					CEP	74.530-010				
Endereço	AV. ULISSES GUIMARÃES, ESQUINA COM AV. CONTORNO, S/N, - ESPERANÇA					Endereço	AV CASTELO BRANCO - ST. COIMBRA				
Cidade	GOIANESIA					Cidade	GOIANIA				
UF	GO					UF	GO				
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	106157892				
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato	KENNEDY				
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 3541-3334				
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email	kennedy.dmi@gmail.com				
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	DILAMAR				
						Tipo de Frete	CIF				
						Faturamento Mínimo	700,00				
						Validade da Proposta	12/03/2024				
Endereço de cobrança	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734										
Endereço de entrega	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734										
Observações do Comprador											
GOIANÉSIA / GO. .FRETE COTAR SOMENTE CIF. .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. .FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0003-07 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE GOIANÉSIA. .COTAR SOMENTE O SOLICITADO, FAVOR NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE. .NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE - SUJEITO A DEVOLUÇÃO. .COTAR O FRETE SOMENTE CIF. .NÃO DESCONTAR NOSSOS TÍTULOS EM FACTORING, NÃO PAGAMOS JUROS. .ENVIAR JUNTO A MERCADORIA CÓPIA DA ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL E DO BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOR JUNTAS; .ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML+ORDEM DE COMPRA NOS E-MAILS: ALMOXARIFADO@POLICLINICAGOIANESIA.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAGOIANESIA.ORG.BR .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 65/2020 - SES / GO. .COMPRAS A VISTA DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO.											
Observações do Fornecedor											
Item	Código	Descrição			Referência	Marca	Qtde	UM	VI. Unit.	Desconto	VI. Total
MÉDICO / HOSPITALAR											
3	39002	CUBA PARA ASSEPSIA 8 CM 150 ML			140ML	FORTINOX	7,00	UNIDADE	25,0000	0,00	175,0000
4	22531	CUBA RIM EM INOX APROX 26 X 12 X 06 CM 750ML			1	FORTINOX	10,00	UNIDADE	55,0000	0,00	550,0000
DIMENSÕES APROXIMADAS DE 25X12X06CM; CAPACIDADE APROXIMADA DE 700 A 750 ML; FABRICADA EM AÇÃO INOXIDÁVEL.											
Total do pedido											725,00

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar.aspx?tr=asp&id=452947&id_documento=359087 e o código verificador 49985.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
452946	156681	56228 / 49985	01/03/2024	261,65	O.C. Emitida	MATERIAIS HOSPITALARES				
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor				
Razão Social	INSTITUTO CEM - GOIANESIA					Razão Social	SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI			
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FILIAL GOIANÉSIA					Nome Fantasia	SUPERMEDICA HOSPITALAR			
CPF/CNPJ	12.053.184/0003-07					CPF/CNPJ	06.065.614/0001-38			
CEP	76.383-637					CEP	74.255-140			
Endereço	AV. ULISSES GUIMARÃES, ESQUINA COM AV. CONTORNO, S/N, - ESPERANÇA					Endereço	RUA C-159 - JARDIM AMERICA			
Cidade	GOIANESIA					Cidade	GOIANIA			
UF	GO					UF	GO			
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	106039750			
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato	TELEVENDAS			
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 3928-8989			
Email	comprasmatriz@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	01/03/2024			
Endereço de cobrança	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734									
Endereço de entrega	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734									
Observações do Comprador										
GOIANÉSIA / GO. .FRETE COTAR SOMENTE CIF. .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. .FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0003-07 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE GOIANÉSIA. .COTAR SOMENTE O SOLICITADO, FAVOR NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE. .NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE - SUJEITO A DEVOLUÇÃO. .COTAR O FRETE SOMENTE CIF. .NÃO DESCONTAR NOSSOS TÍTULOS EM FACTORING, NÃO PAGAMOS JUROS. .ENVIAR JUNTO A MERCADORIA CÓPIA DA ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL E DO BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOR JUNTAS; .ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML+ORDEM DE COMPRA NOS E-MAILS: ALMOXARIFADO@POLICLINICAGOIANESIA.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAGOIANESIA.ORG.BR .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 65/2020 - SES / GO. .COMPRAS A VISTA DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO.										
Observações do Fornecedor										
VENDEDORA: JULIANA RAMALHO RAMAL 5170 - EMAIL: LOCALIZADOR03@SUPERMEDICA.COM.BR 62 9669-4917 - SOMENTE WHATSAPP COT 688837										
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total	
MÉDICO / HOSPITALAR										
2	38853	COLETOR UNIVERSAL ESTERIL 80ML	FIRSTLAB	FIRSTLAB	100,00	UNIDADE	0,2925	0,00	29,25	
5	38003	LANCETA DESCARTÁVEL C/ RETRAÇÃO AUTOMÁTICA DISP. SEG.	DESCARPACK	DESCARPACK	2.000,00	UNIDADE	0,1162	0,00	232,40	
Total do pedido									261,65	

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtuaidoc/public> a-anexo informando o código 359087 e o código verificador 49985.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
452945	156681	56228 / 49985	01/03/2024	1.200,00	O.C. Emitida	MATERIAIS HOSPITALARES			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - GOIANESIA					Razão Social ELLO DISTRIBUICAO LTDA - EPP			
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FILIAL GOIANÉSIA					Nome Fantasia ELLO DISTRIBUICAO			
CPF/CNPJ	12.053.184/0003-07					CPF/CNPJ 14.115.388/0001-80			
CEP	76.383-637					CEP 74.780-562			
Endereço	AV. ULISSES GUIMARÃES, ESQUINA COM AV. CONTORNO, S/N, - ESPERANÇA					Endereço AV: ANAPOLIS - VILA PEDROSO			
Cidade	GOIANESIA					Cidade GOIANIA			
UF	GO					UF GO			
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual 10574978248			
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato WILLIAM PERILLO - 98406-6004			
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone (62) 4009-2100			
Email	comprasmatriz@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			
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor LIGIA LAIS			
						Tipo de Frete CIF			
						Faturamento Mínimo 500,00			
						Validade da Proposta 28/02/2027			
Endereço de cobrança	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734								
Endereço de entrega	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734								
Observações do Comprador									
GOIANÉSIA / GO. .FRETE COTAR SOMENTE CIF. .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. .FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0003-07 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE GOIANÉSIA. .COTAR SOMENTE O SOLICITADO, FAVOR NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE. .NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE - SUJEITO A DEVOLUÇÃO. .COTAR O FRETE SOMENTE CIF. .NÃO DESCONTAR NOSSOS TÍTULOS EM FACTORING, NÃO PAGAMOS JUROS. .ENVIAR JUNTO A MERCADORIA CÓPIA DA ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL E DO BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOR JUNTAS; .ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML+ORDEM DE COMPRA NOS E-MAILS: ALMOXARIFADO@POLICLINICAGOIANESIA.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAGOIANESIA.ORG.BR .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 65/2020 - SES / GO. .COMPRAS A VISTA DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO.									
Observações do Fornecedor									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
1	50564	AVENTAL DESC TNT BRANCO S/ MANGA 20GR	PCT 10	ANADONA	1.000,00	UNIDADE	1,2000	0,00	1.200,00
Total do pedido									1.200,00

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura> informando o código 359087 e o código verificador 49985.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
452944	156681	56228 / 49985	01/03/2024	516,00	O.C. Emitida	MATERIAIS HOSPITALARES					
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor					
Razão Social	INSTITUTO CEM - GOIANESIA					Razão Social	CIENTIFICA MEDICA HOSPITALAR LTDA				
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FILIAL GOIANÉSIA					Nome Fantasia	CIENTIFICA HOSPITALAR				
CPF/CNPJ	12.053.184/0003-07					CPF/CNPJ	07.847.837/0001-10				
CEP	76.383-637					CEP	74.911-360				
Endereço	AV. ULISSES GUIMARÃES, ESQUINA COM AV. CONTORNO, S/N, - ESPERANÇA					Endereço	AV ANAPOLIS - VILA BRASILIA				
Cidade	GOIANESIA					Cidade	APARECIDA DE GOIANIA				
UF	GO					UF	GO				
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	10.399.060-7				
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato	LUANA				
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 3088-9700				
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email	gerenciacmh1@gmail.com				
Prazo de Entrega Solicitado	4					Prazo de Entrega	2 DIA(s)				
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias				
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	CAROL CUNHA				
						Tipo de Frete	CIF				
						Faturamento Mínimo	200,00				
						Validade da Proposta	29/02/2024				
Endereço de cobrança	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734										
Endereço de entrega	AVENIDA ULISSES GUIMARÃES ESQ. COM A CONTORNO 76.383-637 JARDIM ESPERANÇA GOIANESIA/GO (62) 3353-2734										
Observações do Comprador											
GOIANÉSIA / GO. .FRETE COTAR SOMENTE CIF. .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. .FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0003-07 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE GOIANÉSIA. .COTAR SOMENTE O SOLICITADO, FAVOR NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE. .NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE - SUJEITO A DEVOLUÇÃO. .COTAR O FRETE SOMENTE CIF. .NÃO DESCONTAR NOSSOS TÍTULOS EM FACTORING, NÃO PAGAMOS JUROS. .ENVIAR JUNTO A MERCADORIA CÓPIA DA ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL E DO BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOR JUNTAS; .ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML+ORDEM DE COMPRA NOS E-MAILS: ALMOXARIFADO@POLICLINICAGOIANESIA.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAGOIANESIA.ORG.BR .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 65/2020 - SES / GO. .COMPRAS A VISTA DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO.											
Observações do Fornecedor											
Item	Código	Descrição			Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR											
6	7000	LUVA CIRURGICA ESTERIL Nº4 8,5			CX/50	DESCARPACK	100,00	PAR	1,1600	0,00	116,00
EM LATEX, FORMATO ANATÔMICO, ALTA SENSIBILIDADE TATIL, BAINHA OU OUTRO DISPOSITIVO P/ ASSEGURAR O AJUSTE ADEQUADO, DE USO ÚNICO, TEXTURA UNIFORME, BOA ELASTICIDADE, RESISTÊNCIA A TRAÇÃO, COMPRIMENTO MÍNIMO DE 265 MM. LUBRIFICADA C/ PO BIOABSORVÍVEL, ATÓXICO, QUE NÃO CAUSE QUALQUER DANO AO ORGANISMO SOB CONDIÇÕES NORMAIS DE USO. ESTERILIZAÇÃO P/ RAO GAMA OU ÓXIDO DE ETILENO. EMBALADA E IDENTIFICADA DE ACORDO C/ NBR 13.391/95 E NR 6 DO MINISTÉRIO DO TRABALHO. REGISTRO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE.											
7	457	TIRA TESTE P/ DETERMINACAO GLICOSE NO SANGUE			CX/50	ON CALL	1.000,00	UNIDADE	0,4000	0,00	400,00
ON CALL OLUS - COM 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										516,00	

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualizacao/verificacao.php?id_documento=452944 e o código verificador 49985.



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COORDENADOR DE COMPRAS, em 01/03/2024 às 11:29, 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 02/03/2024 às 12:08, 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 359087 e o código verificador 49985.