

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
454916	157763	57454 / 51492	01/04/2024	18.200,00	O.C. Emitida	MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE					
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor					
Razão Social		INSTITUTO CEM - FORMOSA				Razão Social	SEMPRE HOSPITALAR LTDA				
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM - FORMOSA				Nome Fantasia	SEMPRE				
CPF/CNPJ		12.053.184/0008-03				CPF/CNPJ	37.751.411/0001-29				
CEP		73.805-201				CEP	74.255-140				
Endereço		AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA				Endereço	R C-0159 - JARDIM AMÉRICA				
Cidade		FORMOSA				Cidade	GOIANIA				
UF		GO				UF	GO				
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual	10799854-8				
Contato		Enivaldo Campos Rodrigues				Contato	VENER				
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone	(62) 9 9462-2822				
Email		comprasmatriz@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	VENER ROQUE				
						Tipo de Frete	CIF				
						Faturamento Mínimo	1.200,00				
						Validade da Proposta	05/04/2024				
Endereço de cobrança		AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067									
Endereço de entrega		AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067									
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; ALMOXARIFADO@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR .ENVIAR JUNTOS DO PRODUTO A ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL + BOLETO – SUJEIRO A DEVOLUÇÃO; GESTÃO Nº 03/2022 /2022 – SES / GO. .COMPRAS A VISTA DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO. .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. .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE											
Observações do Fornecedor											
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total		
MÉDICO / HOSPITALAR											
1	25985	AGULHA DE FISTULA ARTERIOVENOSA 15GX1 COM DISP. SEGURANÇA	AGULHA	DORA	200,00	UNIDADE	3,5200	0,00	704,00		
AGULHA DE FISTULA ARTERIOVENOSA 15G X 1 PROTEÇÃO; COM DISPOSITIVO DE SEGURANÇA (NR-32); DIÂMETRO 1,70 MM X 25MM.											
7	62593	DIALISADOR POLIETERSULFONA 20H ALTO FLUXO 2,0M2	DIALISADOR	DORA	360,00	UNIDADE	48,6000	0,00	17.496,00		
Total do pedido									18.200,00		

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
454915	157763	57454 / 51492	01/04/2024	10.300,40	O.C. Emitida	MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Razão Social SANTÉ MÉDICA HOSPITALAR LTDA			
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Nome Fantasia SANTÉ MÉDICA HOSPITALAR LTDA			
CPF/CNPJ	12.053.184/0008-03					CPF/CNPJ 16.699.864/0001-83			
CEP	73.805-201					CEP 74.366-115			
Endereço	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA					Endereço AV. LORENZO ESQUINA COM RPS-5 - RESIDENCIAL PORTO SEGURO			
Cidade	FORMOSA					Cidade GOIANIA			
UF	GO					UF GO			
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual 000000000			
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato ITALO MÜLLER			
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone (62) 9 8141-3544			
Email	comprasmatriz@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 ITALO MÜLLER			
						Tipo de Frete CIF			
Endereço de cobrança	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					Faturamento Mínimo 1.500,00			
Endereço de entrega	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					Validade da Proposta 08/04/2024			
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; .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE GESTÃO Nº 03/2022 /2022 – SES / GO. .COMPRAS A VISTA DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO. .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
MÉDICO / HOSPITALAR									
5	25982	CONCENTRADO POLIELETROLITICO HEMODIALISE SOL ACIDA 5 LITROS	CONCENTRADO POLIELETROLITICO HEMODIALISE SOL ACIDA 5 LITROS	FARMARIN	200,00	GALÃO	19,0300	0,00	3.806,00
GALÃO 5 LITROS. PARA SER UTILIZADO EM MÁQUINA DE HEMODIÁLISE DA MARCA B. BRAUN. MODELO DIALOG									
6	25984	CONCENTRADO POLIELETROLITICO HEMODIALISE SOL. BASICA 5 LITROS	CONCENTRADO POLIELETROLITICO HEMODIALISE SOL. BASICA 5 LITRO	FARMARIN	200,00	GALÃO	18,8400	0,00	3.768,00
GALÃO 5 LITROS									
9	26319	KIT SET LINHAS DE SANGUE ARTERIAL /VENOSO P/ MAQ HEMODIALISE	KIT SET LINHAS DE SANGUE ARTERIAL /VENOSO P/ MAQ HEMODIALISE	NIPRO	240,00	KIT	11,3600	0,00	2.726,40
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									10.300,40

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
454914	157763	57454 / 51492	01/04/2024	12.020,00	O.C. Emitida	MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE				
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor				
Razão Social		INSTITUTO CEM - FORMOSA				Razão Social	ZA.COM COMERCIO E SOLUCOES EMPRESARIAIS EIRELI			
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM - FORMOSA				Nome Fantasia	Z&A.COM SOLUCOES EMPRESARIAIS			
CPF/CNPJ		12.053.184/0008-03				CPF/CNPJ	30.314.811/0001-28			
CEP		73.805-201				CEP	74.465-270			
Endereço		AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA				Endereço	R MAES, DAS - JD NOVA ESPERANÇA			
Cidade		FORMOSA				Cidade	GOIANIA			
UF		GO				UF	GO			
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual	10800323-0			
Contato		Enivaldo Campos Rodrigues				Contato	MARCOS OU SUZANA			
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone	(62) 9 9155-0179			
Email		comprasmatriz@institutocem.org.br				Email	z.com28.12@gmail.com			
Prazo de Entrega Solicitado		4				Prazo de Entrega	15 DIA(s)			
Cond. Pagamento Solicitado		A PRAZO				Cond. Pagamento	30/60/90 Dias			
Forma de Pagamento		BOLETO BANCÁRIO				Nome do Vendedor	MARCOS CAMARGO			
						Tipo de Frete	CIF			
						Faturamento Mínimo	100,00			
						Validade da Proposta	31/03/2024			
Endereço de cobrança		AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067								
Endereço de entrega		AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067								
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; .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE GESTÃO Nº 03/2022 /2022 – SES / GO. .COMPRAS A VISTA DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO. .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	Vi. Unit.	Desconto	Vi. Total	
MÉDICO / HOSPITALAR										
2	25986	AGULHA DE FISTULA ARTERIO VENOSA 16GX1 C/ DISP. SEGURANCA	16G X	- DIÂMETRO: 1,60 MM X 25 MM."	1.000,00	UNIDADE	1,2200	0,00	1.220,00	
AGULHA DE FISTULA ARTERIOVENOSA 16G X 1 PROTECAO ; COM DISPOSITIVO DE SEGURANCA (NR-32) ; DIAMETRO: 1,60MM X 25MM										
8	47086	FILTRO DE FLUIDO DE DIALISE	DIASAFE PLUS	FRESENIUS	10,00	UNIDADE	1.080,0000	0,00	10.800,00	
DIASAFE PLUS - FRESENIUS - COMPATIVEL COM O EQUIPAMENTO: DIASAFE PLUS (FRESENIUS)										
									Total do pedido	12.020,00

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticação pode ser conferida no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-arquivo> informando o código 372887 e o código verificador 51492.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
454913	157763	57454 / 51492	01/04/2024	3.880,72	O.C. Emitida	MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Razão Social SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI			
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Nome Fantasia SUPERMEDICA HOSPITALAR			
CPF/CNPJ	12.053.184/0008-03					CPF/CNPJ 06.065.614/0001-38			
CEP	73.805-201					CEP 74.255-140			
Endereço	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA					Endereço RUA C-159 - JARDIM AMERICA			
Cidade	FORMOSA					Cidade GOIANIA			
UF	GO					UF GO			
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual 106039750			
Contato	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			
Endereço de cobrança	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					Faturamento Mínimo 1.200,00			
Endereço de entrega	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					Validade da Proposta 03/04/2024			
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; ALMOXARIFADO@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR .ENVIAR JUNTOS DO PRODUTO A ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL + BOLETO – SUJEIRO A DEVOLUÇÃO; GESTÃO Nº 03/2022 /2022 – SES / GO. .COMPRAS A VISTA DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO. .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. .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE									
Observações do Fornecedor									
VENDEDORA: JULIANA RAMALHO RAMAL 5170 - EMAIL: LOCALIZADOR03@SUPERMEDICA.COM.BR 62 9669-4917 - SOMENTE WHATSAPP COT 702889									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
3	25803	ALCOOL SWAB 70%. ENVELOPE	MEDIX	MEDIX	5.000,00	ENVELOPE	0,0329	0,00	164,50
MINI GAZE EMBEBIDO COM ÁLCOOL PARA ASSEPSIA. EMBALADO INDIVIDUALEM TNE EM ENVELOPE TERMOSSELADO, LACRADO, EM POLÍMERO PLÁSTICO									
4	33777	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 1000ML - BOLSA	EUROFARMA	EUROFARMA	510,00	BOLSA	7,2867	0,00	3.718,11
BOLSA 1000ML									
Total do pedido									3.880,72

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticação pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-51492 Informando o código 372887 e o código verificador 51492



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COORDENADOR DE COMPRAS, em 01/04/2024 às 16:50, 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 02/04/2024 às 15:34, 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 372887 e o código verificador 51492.