

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
454939	157775	57492 / 51523	01/04/2024	585,20	O.C. Emitida	MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social		INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS				Razão Social		INMED HOSPITALAR EIRELI ME	
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM - QUIRINÓPOLIS				Nome Fantasia		INMED HOSPITALAR	
CPF/CNPJ		12.053.184/0005-60				CPF/CNPJ		34.551.834/0001-07	
CEP		75.860-000				CEP		75.345-000	
Endereço		RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS				Endereço		AV DAS ACACIAS - RESIDENCIAL PAINEIRAS	
Cidade		QUIRINOPOLIS				Cidade		ABADIA DE GOIAS	
UF		GO				UF		GO	
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		10.770.766-7	
Contato		Enivaldo Campos Rodrigues				Contato		SILVA FERREIRA	
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone		(62) 9 9551-6023	
Email		comprasmatriz@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		ROZA 99424-3973	
						Tipo de Frete		CIF	
						Faturamento Mínimo		500,00	
						Validade da Proposta		31/03/2024	
Endereço de cobrança		RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966							
Endereço de entrega		RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966							
Observações do Comprador									
QUIRINÓPOLIS / GO. .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. . FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60. INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE QUIRINÓPOLIS; . COTAR SOMENTE O SOLICITADO. . NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ÍTENS - 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 + BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; .ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML NO E-MAIL: ALMOXARIFADO@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 01/2021 - 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	57310	ACIDO PERACETICO 3,5 % - 5L	ALOX	ALOX	8,00	LITRO	73,1500	0,00	585,20
GL C/ 5L									
Total do pedido									585,20

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtuaidoc/public/validar-assinatura/anexo23. Informando o código 372902 e o código verificador 51523.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
454938	157775	57492 / 51523	01/04/2024	275,00	O.C. Emitida	MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS					Razão Social SEMPRE HOSPITALAR LTDA			
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - QUIRINÓPOLIS					Nome Fantasia SEMPRE			
CPF/CNPJ	12.053.184/0005-60					CPF/CNPJ 37.751.411/0001-29			
CEP	75.860-000					CEP 74.255-140			
Endereço	RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS					Endereço R C-0159 - JARDIM AMÉRICA			
Cidade	QUIRINOPOLIS					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 06/04/2024			
Endereço de cobrança	RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966								
Endereço de entrega	RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966								
Observações do Comprador									
QUIRINÓPOLIS / GO. .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. . FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60. INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE QUIRINÓPOLIS; . COTAR SOMENTE O SOLICITADO. . NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ÍTENS - 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 + BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; .ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML NO E-MAIL: ALMOXARIFADO@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 01/2021 - 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									
12	47552	HIPOCLORITO DE SÓDIO 5% 5L	HIPOCLORITO	START	5,00	UNIDADE	55,0000	0,00	275,00
HIPOCLORITO DE SÓDIO 5%									
Total do pedido									275,00

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 372902 e o código verificador 51523.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta						
454937	157775	57492 / 51523	01/04/2024	14.478,00	O.C. Emitida	MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE						
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor						
Razão Social	INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS					Razão Social	SANTÉ MÉDICA HOSPITALAR LTDA					
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - QUIRINÓPOLIS					Nome Fantasia	SANTÉ MÉDICA HOSPITALAR LTDA					
CPF/CNPJ	12.053.184/0005-60					CPF/CNPJ	16.699.864/0001-83					
CEP	75.860-000					CEP	74.366-115					
Endereço	RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS					Endereço	AV. LORENZO ESQUINA COM RPS-5 - RESIDENCIAL PORTO SEGURO					
Cidade	QUIRINOPOLIS					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	RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966					Faturamento Mínimo	1.500,00					
Endereço de entrega	RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966					Validade da Proposta	08/04/2024					
Observações do Comprador												
QUIRINÓPOLIS / GO. .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. . FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60. INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE QUIRINÓPOLIS; . COTAR SOMENTE O SOLICITADO. . NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ÍTENS - 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 + BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; .ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML NO E-MAIL: ALMOXARIFADO@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 01/2021 - 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												
7	38859	COMPRESSA CAMPO OPERATORIO S/FIO RADIOPACO 45 X 50 CM PCT COM 50UN			COMPRESSA CAMPO OPERATORIO S/FIO RADIOPACO 45 X 50 CM PCT CO		BIOTEXTIL	10,00	PACOTE	45.0000	0,00	458,00
COMPRESSA CAMPO OPERAT. S/FIO RADIOPACO 45CMX50CM - COMPRESSA CAMPO OPERATORIO 45 X 50 CM, COR BRANCA, S/FIO RADIOPACO 100% ALGODAO, (QUATRO) CAMADAS, COM BAINHA EM OVERLOCK, AUSENCIA DE AMIDO E ALVEJANTE OPTICO, NAO ESTERIL. EMBAL. PCTE C/50 UN, REG. MS.												
8	48258	CONCENT POLIELETR P/ HEMODIALISE SOLUCAO ACIDA C/ GLICOSE 5L			CONCENT POLIELETR P/ HEMODIALISE SOLUCAO ACIDA C/ GLICOSE 5L		FARMARIN	350,00	GALÃO	21,2400	0,00	7.438,00
GALÃO C/5L - CONCENTRADO POLIELETROLITICO PARA HEMODIALISE SOLUCAO ACIDA F3 K2.0 CA3.5 COM GLICOSE - 5L												
9	25984	CONCENTRADO POLIELETROLITICO HEMODIALISE SOL. BASICA 5 LITROS			CONCENTRADO POLIELETROLITICO HEMODIALISE SOL. BASICA 5 LITRO		FARMARIN	350,00	GALÃO	18,8400	0,00	6.594,00
GALÃO 5 LITROS												
Total do pedido											14.478,00	

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
454936	157775	57492 / 51523	01/04/2024	9.173,14	O.C. Emitida	MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS					Razão Social	ZA.COM COMERCIO E SOLUCOES EMPRESARIAIS EIRELI		
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - QUIRINÓPOLIS					Nome Fantasia	Z&A.COM SOLUCOES EMPRESARIAIS		
CPF/CNPJ	12.053.184/0005-60					CPF/CNPJ	30.314.811/0001-28		
CEP	75.860-000					CEP	74.465-270		
Endereço	RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS					Endereço	R MAES, DAS - JD NOVA ESPERANÇA		
Cidade	QUIRINOPOLIS					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 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	RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966								
Endereço de entrega	RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966								
Observações do Comprador									
QUIRINÓPOLIS / GO. .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. . FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60. INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE QUIRINÓPOLIS; . COTAR SOMENTE O SOLICITADO. . NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ÍTENS - 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 + BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; .ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML NO E-MAIL: ALMOXARIFADO@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 01/2021 - 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									
2	25986	AGULHA DE FISTULA ARTERIO VENOSA 16GX1 C/ DISP. SEGURANCA	16GX1	- DIÂMETRO: 1,60 MM X 25 MM."	437,00	UNIDADE	1,2200	0,00	533,54
AGULHA DE FISTULA ARTERIOVENOSA 16G X 1 PROTECAO ; COM DISPOSITIVO DE SEGURANCA (NR-32) ; DIAMETRO: 1,60MM X 25MM									
11	47086	FILTRO DE FLUIDO DE DIALISE	DIASAFE PLUS	FRESENIUS	8,00	UNIDADE	1.080,0000	0,00	8.640,00
DIASAFE PLUS - FRESENIUS - COMPATIVEL COM O EQUIPAMENTO: DIASAFE PLUS (FRESENIUS)									
Total do pedido									9.173,54

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
454935	157775	57492 / 51523	01/04/2024	167,50	O.C. Emitida	MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS					Razão Social	INNOVA SURGICAL PRODUTOS HOSPITALRES LTDA		
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - QUIRINÓPOLIS					Nome Fantasia	INNOVA SURGICAL		
CPF/CNPJ	12.053.184/0005-60					CPF/CNPJ	21.605.893/0001-79		
CEP	75.860-000					CEP	74.371-440		
Endereço	RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS					Endereço	AVENIDA SÃO LUIZ - SETOR MOINHO DOS VENTOS		
Cidade	QUIRINOPOLIS					Cidade	GOIANIA		
UF	GO					UF	GO		
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	106194372		
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato	LORRAYNE		
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 3637-4882		
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email	.		
Prazo de Entrega Solicitado	4					Prazo de Entrega	1 DIA(s)		
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias		
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	DEBORA P ASSUNCAO		
						Tipo de Frete	CIF		
						Faturamento Mínimo	100,00		
						Validade da Proposta	31/03/2024		
Endereço de cobrança	RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966								
Endereço de entrega	RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966								
Observações do Comprador									
QUIRINÓPOLIS / GO. .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. . FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60. INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE QUIRINÓPOLIS; . COTAR SOMENTE O SOLICITADO. . NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ÍTENS - 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 + BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; .ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML NO E-MAIL: ALMOXARIFADO@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 01/2021 - 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									
3	58501	CAMPO CIRURGICO SMS AZUL 40G 40X40CM	INNOVATEX	INNOVATEX	50,00	UNIDADE	3,3500	0,00	167,50
SMS 100% POLIPROPILENO, ATÓXICO, HIPOALERGÊNICO, NÃO INFLAMÁVEL ESTÉRIL									
Total do pedido									167,50

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
454934	157775	57492 / 51523	01/04/2024	1.231,24	O.C. Emitida	MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE				
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor				
Razão Social		INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS				Razão Social		SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI		
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM - QUIRINÓPOLIS				Nome Fantasia		SUPERMEDICA HOSPITALAR		
CPF/CNPJ		12.053.184/0005-60				CPF/CNPJ		06.065.614/0001-38		
CEP		75.860-000				CEP		74.255-140		
Endereço		RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS				Endereço		RUA C-159 - JARDIM AMERICA		
Cidade		QUIRINOPOLIS				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		03/04/2024		
Endereço de cobrança		RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966								
Endereço de entrega		RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966								
Observações do Comprador										
QUIRINÓPOLIS / GO. .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. . FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60. INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE QUIRINÓPOLIS; . COTAR SOMENTE O SOLICITADO. . NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ÍTENS - 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 + BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; .ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML NO E-MAIL: ALMOXARIFADO@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 01/2021 - 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 702940										
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total	
MÉDICO / HOSPITALAR										
5	514	CLOREXIDINA SOL DEGERMANTE 2% 1000 ML	VIC PHARMA	VIC PHARMA	4,00	LITRO	15,7800	0,00	63,1200	
FRASCO SEM DISPENSADOR										
6	51893	CLOREXIDINA SOLUÇÃO ALCOOLICA A 2% 1000 ML	VIC PHARMA	VIC PHARMA	4,00	LITRO	16,9400	0,00	67,7600	
LITRO										
13	39552	LANCETAS PICADORA DE SANGUE ESTERIL	WILTWX	WILTEX	700,00	UNIDADE	0,1148	0,00	80,3360	
14	51879	TRANSDUTOR DE PRESSAO ARTERIAL E VENOSA HEMODIALISE TP4I	DORA	DORA	2.000,00	UNIDADE	0,5100	0,00	1.020,00	
UTILIZADO NOS SEGMENTOS DE PRESSAO DAS LINHAS ARTERIAL E VENOSA, PERMITE O CONTROLE DA PRESSAO ATRAVES DA PASSAGEM DO AR E PREVINE A PASSAGEM DO SANGUE DAS LINHAS PARA MAQUINA DE HEMODIALISE. MATERIAL: CLORETO DE POLIVINILA, MEMBRANA DE ACRILICO EM SUPORTE DE NYLON; FILTRO BACTERIOLOGICO HIDROFOBICO 0,2MICRA; ESTERIL: GAS OXIDO DE ETILENO; EMBALADO INDIVIDUALMENTE EM GRAU CIRURGICO;										
Total do pedido										1.231,24

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade do documento pode ser conferida no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtual-cdc/publicar-assinatura> informando o código 372902 e o código verificador 51523.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
454933	157775	57492 / 51523	01/04/2024	23.400,00	O.C. Emitida	MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE					
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor					
Razão Social		INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS				Razão Social		ELLO DISTRIBUICAO LTDA - EPP			
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM - QUIRINÓPOLIS				Nome Fantasia		ELLO DISTRIBUICAO			
CPF/CNPJ		12.053.184/0005-60				CPF/CNPJ		14.115.388/0001-80			
CEP		75.860-000				CEP		74.780-562			
Endereço		RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS				Endereço		AV: ANAPOLIS - VILA PEDROSO			
Cidade		QUIRINOPOLIS				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			
Endereço de cobrança		RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966				Validade da Proposta		02/04/2024			
Endereço de entrega		RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966									
Observações do Comprador											
QUIRINÓPOLIS / GO. .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. . FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60. INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE QUIRINÓPOLIS; . COTAR SOMENTE O SOLICITADO. . NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ÍTENS - 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 + BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS; .ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML NO E-MAIL: ALMOXARIFADO@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 01/2021 - 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											
4	40891	CLORETO DE SODIO SOL. INJ. 0,9% 100 ML	C/80 FRASCO	FRESENIUS- FRASCO	160,00	BOLSA	3,8000	0,00	608,00		
BOLSA 100 ML											
10	47083	DIALISADOR DE ALTO FLUXO 21H C/O REM CAPILAR	UNIDADE	NIPRO	440,00	UNIDADE	51,8000	0,00	22.792,00		
EM POLISSULFONA											
									Total do pedido	23.408,00	

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 372902 e o código verificador 51523.



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COORDENADOR DE COMPRAS, em 01/04/2024 às 17:10, 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 15:33, 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 372902 e o código verificador 51523.