

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
454944	157777	57496 / 51553	01/04/2024	27.239,00	O.C. Emitida	MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE			
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 KUBITSCHK 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	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		
						Faturamento Mínimo	1.500,00		
						Validade da Proposta	08/04/2024		
Endereço de cobrança	AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHK DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380								
Endereço de entrega	AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHK DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380								
Observações do Comprador									
POSSE / GO. .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. .FRETE COTAR SOMENTE CIF. .FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE POSSE/ GO. .COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ITENS - 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 E CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - 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	77038	AGULHA DE FISTULA ARTERIO VENOSA 16GX25MM C/ DISP SEGUR - PAR	AGULHA DE FISTULA ARTERIO VENOSA 16GX25MM C/ DISP SEGUR - PA	NIPRO	500,00	PAR	1,4600	0,00	730,00
AGULHA PARA PUNÇÃO ARTERIAL E VENOSA PARA PROCEDIMENTOS DE HEMODIÁLISE AVF 16G SAFETY: AGULHA COM CÂNULA 16G DE PAREDE ULTRAFINA; SILICONIZADA, COM 25MM DE COMPRIMENTO, DOTADA DE BACK EYE; TUBULAÇÃO DE PVC FLEXÍVEL E MACIO COM 300MM DE COMPRIMENTO; DOTADA DE CLAMP DE SEGURANÇA; POSSUI DISPOSITIVO DE SEGURANÇA PARA PERFUROCORANTES; ASA FIXA DE COR VERDE; COM TRAVA DE SEGURANÇA; CONECTOR LUER LOCK COM ROSCA DUPLA; LUER CAP (TAMPA DE PROTEÇÃO ROSQUEADA JUNTO AO LUER LOCK) E PROTETOR (PROTETOR DE CÂNULA); EMBALAGEM INDIVIDUAL (UM PAR); APIROGÊNICA E ESTERIZADA EM GÁS ÓXIDO DE ETILENO; ETIQUETA DE IDENTIFICAÇÃO COM INFORMAÇÕES DE REGISTRO ANVISA, PROCEDÊNCIA E DATA DE VALIDADE.									
5	25982	CONCENTRADO POLIELETROLITICO HEMODIALISE SOL ACIDA 5 LITROS	CONCENTRADO POLIELETROLITICO HEMODIALISE SOL ACIDA 5 LITROS	FARMARIN	700,00	GALÃO	19,0300	0,00	13.320,00
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	700,00	GALÃO	18,8400	0,00	13.188,00
GALÃO 5 LITROS									
Total do pedido									27.239,00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
454943	157777	57496 / 51553	01/04/2024	10.800,00	O.C. Emitida	MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - POSSE					Razão Social	ZA.COM COMERCIO E SOLUCOES EMPRESARIAIS EIRELI		
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - POLICLÍNICA DE POSSE					Nome Fantasia	Z&A.COM SOLUCOES EMPRESARIAIS		
CPF/CNPJ	12.053.184/0002-18					CPF/CNPJ	30.314.811/0001-28		
CEP	73.900-000					CEP	74.465-270		
Endereço	AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHK DE OLIVEIRA - SETOR BUENOS AIRES					Endereço	R MAES, DAS - JD NOVA ESPERANÇA		
Cidade	POSSE					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	0,00		
						Validade da Proposta	31/03/2024		
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. .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. .FRETE COTAR SOMENTE CIF. .FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE POSSE/ GO. .COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ITENS - 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 E CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - 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									
9	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	10.800,00

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticação pode ser conferida no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtuaidoc/public/validar-assinatura> informando o código 372919 e o código verificador 51553.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
454942	157777	57496 / 51553	01/04/2024	1.695,50	O.C. Emitida	MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE			
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 KUBITSCHK 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	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato	MARLENE		
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 9 8128-6045		
Email	comprasmatriz@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	26/04/2024		
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. .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. .FRETE COTAR SOMENTE CIF. .FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE POSSE/ GO. .COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ITENS - 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 E CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - 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									
7	70810	EMB PLAST ESTÉRIL CAPA PARA ULTRASSOM SANFONADA 12 X 130 CM	BDP	BDP	50,00	UNIDADE	9,9900	0,00	499,5000
EMBALAGEM PLÁSTICA ESTÉRIL CAPA P/ ULTRASSOM SANFONADA 12X130CM									
11	70812	PASTILHAS DE SAL PARA ABRANDADORES E DESMINERALIZADORES 25 KG	CISNE	CISNE	4,00	UNIDADE	299,0000	0,00	1.196,0000
Total do pedido									1.695,50

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
454941	157777	57496 / 51553	01/04/2024	9.529,27	O.C. Emitida	MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE				
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 KUBITSCHK 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	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato	TELEVENDAS			
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 3928-8989			
Email	comprasmatrix@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	AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHK DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380									
Endereço de entrega	AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHK DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380									
Observações do Comprador										
POSSE / GO. .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. .FRETE COTAR SOMENTE CIF. .FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE POSSE/ GO. .COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ITENS - SUJEITO A DEVOLUÇÃO; 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; ALMOX@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - 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 702839										
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	VL. Unit.	Desconto	VL. Total	
MÉDICO / HOSPITALAR										
2	60449	CAMPO CIRURGICO SIMPLES SMS 75X75CM	POLARFIX	POLARFIX	50,00	UNIDADE	1,0126	0,00	506,30	
3	5439	CLORETO DE SÓDIO SOL INJ 0,9% 1000ML - FRASCO	EUROFARMA	EUROFARMA	800,00	BOLSA	7,4233	0,00	5.938,64	
BOLSA 1000 ML										
10	25821	KIT CATETER DUPLO ADULTO 11-12 FR COM APROXIMADAMENTE 15 CM HEMODIAL	BIOMED	BIOMED	40,00	UNIDADE	88,5000	0,00	3.540,00	
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									9.529,27	

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
454940	157777	57496 / 51553	01/04/2024	785,00	O.C. Emitida	MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE					
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 KUBITSCHEK 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	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	02/04/2024				
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. .FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. .FRETE COTAR SOMENTE CIF. .FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE POSSE/ GO. .COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ITENS - 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 E CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - 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											
4	31599	COMPRESSA 7,5 X 7,5 CM ESTERIL C/13 FIOS BRANCA (PCT 10UN)			C/900- MARCA AMERICA	- COR BRANCA	1.500,00	PACOTE	0,4650	0,00	697,50
ESTERIL ; COR BRANCA ; DESCARTAVEL ; COMPRESA GAZE ; TECIDO 100% ALGODAO ; ISENTA DE IMPUREZAS ; 8 (OITO) CAMADAS ; 05 (CINCO) DOBRAS ; 13 (TREZE) FIOS/CENTIMETRO QUADRADO.											
8	17655	ESCOVA PARA DEGERMAÇÃO DAS MÃOS COM CLOREXIDINA 2% 22 ML			C/48	VICPFARMA	50,00	UNIDADE	1,7500	0,00	87,50
COM CERDAS MACIAS, CABO PLÁSTICO DESCARTÁVEL EMBALAGEM ALUMIZADA/ BLISTER, REG MS											
Total do pedido										785,00	

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticação deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualid/pub/validar-assinatura-anexo-51553.



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COORDENADOR DE COMPRAS, em 01/04/2024 às 17:24, 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 372919 e o código verificador 51553.