

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
455236	157831	57465 / 51498	03/04/2024	517,50	O.C. Emitida	MATERIAIS MÉDICOS			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Razão Social MAEVE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA			
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Nome Fantasia MAEVE HOSPITALAR			
CPF/CNPJ	12.053.184/0008-03					CPF/CNPJ 09.034.672/0001-92			
CEP	73.805-201					CEP 74.985-144			
Endereço	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA					Endereço RUA 13 - POLO EMPRESARIAL DE GOIÁS - ETAPA IV			
Cidade	FORMOSA					Cidade APARECIDA DE GOIANIA			
UF	GO					UF GO			
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual 10.416.812-9			
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato 62 35651038			
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone (62) 3565-1033			
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email .			
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 ALESSANDRA COSTA TEXEIRA			
						Tipo de Frete CIF			
						Faturamento Mínimo 500,00			
Endereço de cobrança	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					Validade da Proposta 02/04/2024			
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	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
5	38807	CAIXA P/ DESCARTE DE MATERIAL PERFUROCORTANTE 20 LITROS	DESCARBOX	DESCARBOX	90,00	CAIXA	5,7500	0,00	517,50
Total do pedido									517,50

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtuaidoc/public/validar-assinatura-a-51498 informando o código 373608 e o código verificador 51498

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
455235	157831	57465 / 51498	03/04/2024	465,00	O.C. Emitida	MATERIAIS MÉDICOS			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social		INSTITUTO CEM - FORMOSA				Razão Social		PAPELARIA TRIBUTARIA LTDA	
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM - FORMOSA				Nome Fantasia		TBT MAIS	
CPF/CNPJ		12.053.184/0008-03				CPF/CNPJ		00.905.760/0003-00	
CEP		73.805-201				CEP		74.445-190	
Endereço		AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA				Endereço		AV.PERIMETRAL NORTE - VILA JOAO VAZ	
Cidade		FORMOSA				Cidade		GOIANIA	
UF		GO				UF		GO	
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		10.179.419-3	
Contato		Enivaldo Campos Rodrigues				Contato		MARCOS BARBOSA	
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone		(62) 3235-8200	
Email		comprasmatriz@institutocem.org.br				Email		marcospapelariatributaria06@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		MARCOS	
Endereço de cobrança		AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067				Tipo de Frete		CIF	
Endereço de entrega		AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067				Faturamento Mínimo		400,00	
						Validade da Proposta		04/04/2024	
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	VI. Unit.	Desconto	VI. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
1	39039	ALCOOL GEL 70% 1000 ML	UND	CRUZEIRO	60,00	FRASCO	7,7500	0,00	465,00
FRASCO									
Total do pedido									465,00

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtuaidoc/public/validar-assinatura> informando o código 373608 e o código verificador 51498.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
455021	157831	57465 / 51498	02/04/2024	830,50	O.C. Emitida	MATERIAIS MÉDICOS			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Razão Social SYMEX PRODUTOS MEDICOS HOSPITALARES LTDA			
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Nome Fantasia SYMEX HOSPITALAR			
CPF/CNPJ	12.053.184/0008-03					CPF/CNPJ 45.212.514/0001-49			
CEP	73.805-201					CEP 74.275-220			
Endereço	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA					Endereço R C-0184 - JARDIM AMERICA			
Cidade	FORMOSA					Cidade GOIANIA			
UF	GO					UF GO			
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual 108947033			
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato VINICIUS FERREIRA			
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone (62) 4106-1571			
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email vendas@symex.com.br			
Prazo de Entrega Solicitado	4					Prazo de Entrega 1 DIA(s)			
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento 28 Dias			
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor VINICIUS FERREIRA			
						Tipo de Frete CIF			
Endereço de cobrança	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					Faturamento Mínimo 500,00			
Endereço de entrega	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					Validade da Proposta 05/04/2024			
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									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
8	72644	ENVELOPE P/ ESTERILIZACAO AUTO SELANTE 30 X 40 CM CX C/ 100	PCT/100	CIPAMED	100,00	ENVELOPE	1,1800	0,00	118,00
22	78485	SONOCHECK TESTE PARA LAVADORA ULTRASSÔNICA	CX/30	AMCOR	30,00	UNIDADE	23,7500	0,00	712,50
Total do pedido									830,50

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
455019	157831	57465 / 51498	02/04/2024	5.790,00	O.C. Emitida	MATERIAIS MÉDICOS			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Razão Social	HOSPMED COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA		
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Nome Fantasia	HOSPMED		
CPF/CNPJ	12.053.184/0008-03					CPF/CNPJ	37.821.276/0001-40		
CEP	73.805-201					CEP	74.303-030		
Endereço	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA					Endereço	AV C-0018 - SETOR SUDOESTE		
Cidade	FORMOSA					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		
Endereço de cobrança	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					Faturamento Mínimo	1.000,00		
Endereço de entrega	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					Validade da Proposta	26/04/2024		
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; .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	Vi. Unit.	Desconto	Vi. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
6	70057	CLIP NASAL PARA ESPIROMETRIA	MEDIEXPRESS	MEDIEXPRESS	200,00	UNIDADE	5,5000	0,00	1.100,00
21	50776	PINÇA MENKEN/KOGAN 27CM	RHOSSE	RHOSSE	7,00	UNIDADE	670,0000	0,00	4.690,00
Total do pedido									5.790,00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
455018	157831	57465 / 51498	02/04/2024	2.949,26	O.C. Emitida	MATERIAIS MÉDICOS					
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				
						Faturamento Mínimo	1.200,00				
						Validade da Proposta	03/04/2024				
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; .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; GESTÃO N° 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 702919											
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	VL. Unit.	Desconto	VL. Total		
MÉDICO / HOSPITALAR											
3	37251	ATADURA CREPE NÃO ESTÉRIL 13 FIOS 15 CM X 1,8 M	ANAPOLIS	ANAPOLIS	48,00	UNIDADE	0,7142	0,00	34,2816		
COMPOSIÇÃO 90% ALGODÃO, 7% ELÁSTICO E 3% POLIÉSTER											
7	375	COMPRESSA GAZE ESTERIL 11F 7,5 X 7,5CM PCT C/ 10 UNID	POLARFIX	POLARFIX	1.000,00	PACOTE	0,4378	0,00	437,80		
COM NO MINIMO 11 FIOS ; (GAZE HIDROFILO)											
9	37947	ESPECULO VAGINAL DESCARTAVEL ESTERIL - TAMANHO G	CRAL	CRAL	30,00	UNIDADE	1,5900	0,00	477,00		
10	37948	ESPECULO VAGINAL DESCARTAVEL ESTERIL - TAMANHO M	CRAL	CRAL	30,00	UNIDADE	1,4900	0,00	447,00		
11	37950	ESPECULO VAGINAL DESCARTAVEL ESTERIL - TAMANHO P	CRAL	CRAL	30,00	UNIDADE	1,2700	0,00	381,00		
12	58273	INDICADOR BIOLOGICO PARA VAPOR 24H	CLEAN-UP	CLEANP-UP	300,00	UNIDADE	2,4890	0,00	746,70		
14	42667	LANCETA DESCARTAVEL 28G COM RETRACAO AUTOMATICA	WILTEX	WILTEX	2.000,00	UNIDADE	0,1148	0,00	229,60		
15	58245	LENCOL DESCARTAVEL EM TNT BRANCO COM ELASTICO 200 X 90CM	FLEXPELL	FLEXPELL	880,00	UNIDADE	0,7930	0,00	697,64		
16	220	LENCOL HOSPITALAR DESC. 70CM X 50M	FLEXPELL	FLEXPELL	60,00	ROLO	10,1400	0,00	608,40		
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											
24	34352	TUBO PORTA LÂMINAS P/ 03 LÂMINAS	FIRSTLAB	FIRSTLAB	200,00	UNIDADE	0,3207	0,00	64,14		
Total do pedido									2.949,26		

Este documento pode ser conferido no site: <https://cem.vozdiferencial.com.br/assnet/assnet.asp?doc=373608> e o código verificador 51498

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
455017	157831	57465 / 51498	02/04/2024	1.600,00	O.C. Emitida	MATERIAIS MÉDICOS			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Razão Social ELLO DISTRIBUICAO LTDA - EPP			
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Nome Fantasia ELLO DISTRIBUICAO			
CPF/CNPJ	12.053.184/0008-03					CPF/CNPJ 14.115.388/0001-80			
CEP	73.805-201					CEP 74.780-562			
Endereço	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA					Endereço AV: ANAPOLIS - VILA PEDROSO			
Cidade	FORMOSA					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			
Endereço de cobrança	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					Faturamento Mínimo 500,00			
Endereço de entrega	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					Validade da Proposta 02/04/2024			
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; .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									
18	386	LUVA DE PROCEDIMENTO NAO ESTERIL P	C/100	GLODMED	100,00	CAIXA	16,0000	0,00	1.600,00
CAIXA COM 100 UN - CONFECCIONADA EM LATEX NATURAL ; FORMATO ANATOMICO COM ALTA SENSIBILIDADE TATIL ; COM BAINHA OU OUTRO DISPOSITIVO CAPAZ 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									1.600,00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
455016	157831	57465 / 51498	02/04/2024	565,00	O.C. Emitida	MATERIAIS MÉDICOS			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Razão Social	CIENTIFICA MEDICA HOSPITALAR LTDA		
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - FORMOSA					Nome Fantasia	CIENTIFICA HOSPITALAR		
CPF/CNPJ	12.053.184/0008-03					CPF/CNPJ	07.847.837/0001-10		
CEP	73.805-201					CEP	74.911-360		
Endereço	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA					Endereço	AV ANAPOLIS - VILA BRASILIA		
Cidade	FORMOSA					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		
Endereço de cobrança	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					Faturamento Mínimo	200,00		
Endereço de entrega	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					Validade da Proposta	06/04/2024		
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									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
17	20336	LUVA CIRURGICA ESTÉRIL ISENTA DE LATEX Nº 8.0	PAR	MUCAMBO	50,00	PAR	10,0000	0,00	500,00
PAR - ESPERIAL.									
23	402	TOUCA CIRURGICA DESCARTAVEL BRANCA C/ ELASTICO	CX/100	ANADONA	1.000,00	UNIDADE	0,0650	0,00	65,00
CONFECCIONADA EM TECIDO NAO TECIDO (TNT), GRAMATURA 10, COM ELASTICO ESPECIAL NO PERIMETRO, BOM ACABAMENTO, TAMANHO UNICO									
Total do pedido									565,00

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade pode ser conferida no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura> informando o código 373608 e o código verificador 51498.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
455015	157831	57465 / 51498	02/04/2024	530,00	O.C. Emitida	MATERIAIS MÉDICOS			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social			INSTITUTO CEM - FORMOSA			Razão Social	MAEVE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA		
Nome Fantasia			INSTITUTO CEM - FORMOSA			Nome Fantasia	MAEVE HOSPITALAR		
CPF/CNPJ			12.053.184/0008-03			CPF/CNPJ	09.034.672/0001-92		
CEP			73.805-201			CEP	74.985-144		
Endereço			AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA			Endereço	RUA 13 - POLO EMPRESARIAL DE GOIÁS - ETAPA IV		
Cidade			FORMOSA			Cidade	APARECIDA DE GOIANIA		
UF			GO			UF	GO		
Insc. Estadual			ISENTO			Insc. Estadual	10.416.812-9		
Contato			Enivaldo Campos Rodrigues			Contato	62 35651038		
Telefone			(62) 9 9973-7067			Telefone	(62) 3565-1033		
Email			comprasmatriz@institutocem.org.br			Email	.		
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	ALESSANDRA COSTA TEXEIRA		
						Tipo de Frete	CIF		
						Faturamento Mínimo	500,00		
						Validade da Proposta	02/04/2024		
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; .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; .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	39039	ALCOOL GEL 70% 1000 ML	J. FERES	J.FERES	60,00	FRASCO	5,0000	0,00	300,00
FRASCO									
5	38807	CAIXA P/ DESCARTE DE MATERIAL PERFUROCORTANTE 20 LITROS	DESCARBOX	DESCARBOX	40,00	CAIXA	5,7500	0,00	230,00
Total do pedido									530,00

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura informando o código 373608 e o código verificador 51498



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COORDENADOR DE COMPRAS, em 03/04/2024 às 11:31, 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 04/04/2024 às 18:30, 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 373608 e o código verificador 51498.