Nro Pedido	Nro Gerencia	al Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
455236	157831	57465 /	03/04/2024	517,50	O.C. Emitida	MATERIAIS MÉDICOS	3
<u> </u>		51498	<u> </u>			G 11 7 1 1 1 1 1	<b>.</b>
Condições de	Negocio do Co	mprador				Condições de Negócio de	o Fornecedor
Razão Social	IN	STITUTO CEM -	FORMOSA			Razão Social	MAEVE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA
Nome Fantas	sia INS	TITUTO 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	AV	ENIDA OESTE	- JARDIM OI	LIVEIRA		Endereço	RUA 13 - POLO EMPRESARIAL DE GOIÁS - ETAPA IV
Cidade	FORMOSA					Cidade	APARECIDA DE GOIANIA
UF	GO	)				UF	GO
Insc. Estadua	al IS	ENTO				Insc. Estadual	10.416.812-9
Contato	En	ivaldo Campos Ro	odrigues			Contato	62 35651038
Telefone	(62	2) 9 9973-7067				Telefone	(62) 3565-1033
Email	co	mprasmatriz@inst	itutocem.org.l	or		Email	
Prazo de Ent	rega 4					Prazo de Entrega	2 DIA(s)
Solicitado						Cond. Pagamento	30 Dias
Cond. Pagan Solicitado	iento A	PRAZO				Nome do Vendedor	ALESSANDRA COSTA TEXEIRA
Forma de Pa	gamento BC	LETO BANCÁR	IO			Tipo de Frete	CIF
	<b>8</b>					Faturamento Mínimo	500,00
Endereço de cobrança					RA FORMOSA	Validade da Proposta	02/04/2024
Endereço de		ENIDA OESTE 7 0 (62) 9 9973-706		RDIM OLIVEI	RA FORMOSA		

# Observações do Fornecedor

Obse	rvações de	Fornecedor	Observações do Fornecedor													
									ser cor o codiç							
								-	de 190							
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	VI. Togal							
MÉI	OICO / HO	SPITALAR						_	ento							
5	38807	CAIXA P/ DESCARTE DE MATERIAL PERFUROCORTANTE 20 LITROS	DESCARBOX	DESCARBOX	90,00	CAIXA	5,7500	0,00	51⊊5							
Total do pedido																

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste d https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-al

Nro Pedido	Nro Gerencia	l Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
455235	157831	57465 /	03/04/2024	465,00	O.C. Emitida	MATERIAIS MÉDICOS	3
C11-21-1	N ( .t. d. C.	51498				Conditional No. (ch. 1	Europe
Condições de	Negocio do Co	mprador				Condições de Negócio de	o Fornecedor
Razão Social	IN	STITUTO CEM -	FORMOSA			Razão Social	PAPELARIA TRIBUTARIA LTDA
Nome Fantas	sia INS	TITUTO 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	AV	ENIDA OESTE	JARDIM OL	LIVEIRA		Endereço	AV.PERIMETRAL NORTE - VILA JOAO VAZ
Cidade	FORMOSA					Cidade	GOIANIA
UF	GC	)				UF	GO
Insc. Estadua	al ISI	ISENTO				Insc. Estadual	10.179.419-3
Contato	En	valdo Campos Ro	odrigues			Contato	MARCOS BARBOSA
Telefone	(62	9 9973-7067				Telefone	(62) 3235-8200
Email	cor	nprasmatriz@inst	itutocem.org.l	or		Email	marcospapelariatributaria06@gmail.com
Prazo de Ent	rega 4					Prazo de Entrega	2 DIA(s)
Solicitado						Cond. Pagamento	30 Dias
Cond. Pagan Solicitado	nento Al	PRAZO				Nome do Vendedor	MARCOS
Forma de Pa	gamento BC	LETO BANCÁR	Ю			Tipo de Frete	CIF
	8					Faturamento Mínimo	400,00
Endereço de cobrança	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMO /GO (62) 9 9973-7067				RA FORMOSA	Validade da Proposta	04/04/2024
Endereço de		ENIDA OESTE 7 0 (62) 9 9973-706		RDIM OLIVEI	RA FORMOSA		

Total do pedido

# Observações do Fornecedor

Observa	ções do Forn	ecedor					Observações do Fornecedor													
									ser cor o códiç											
									ndo ndo											
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total											
MÉDIC	O / HOSPITA	ALAR							ente											
1	39039	ALCOOL GEL 70% 1000 ML	UND	CRUZEIRO	60,00	FRASCO	7,7500	0,00	0 46\(\bar{\bar{\bar{\bar{\bar{\bar{\bar{											
FRASCO									le de											

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade destra https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinature

Nro Pedido	Nro Gerencia	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
455021	157831	57465 /	02/04/2024	830,50	O.C. Emitida	MATERIAIS MÉDICOS	
C11-21-1	V ( .)	51498	ļ			C. d. Z. d. N. d. d.	Elmander
Condições de	Negócio do Co	nprador				Condições de Negócio de	o Fornecedor
Razão Social		TITUTO CEM -				Razão Social	SYMEX PRODUTOS MEDICOS HOSPITALARES LTDA
Nome Fantas	ia INS	ΓΙΤUΤΟ CEM -	FORMOSA			Nome Fantasia	SYMEX HOSPITALAR
CPF/CNPJ	12.0	053.184/0008-03					
CEP	73.8	305-201				CPF/CNPJ	45.212.514/0001-49
Endereço	AV	ENIDA OESTE	- JARDIM OL	IVEIRA		CEP	74.275-220
Cidade	FO	RMOSA				Endereço	R C-0184 - JARDIM AMERICA
UF	GO					Cidade	GOIANIA
Insc. Estadua		NTO				UF	GO
Contato	-	valdo Campos Ro	deignos			Insc. Estadual	108947033
		•	diffues			Contato	VINICIUS FERREIRA
Telefone	` '	9 9973-7067				Telefone	(62) 4106-1571
Email	con	prasmatriz@inst	itutocem.org.l	or		Email	vendas@symex.com.br
Prazo de Ent	rega 4						1 DIA(s)
Solicitado						Prazo de Entrega	
Cond. Pagan Solicitado	nento A P	RAZO				Cond. Pagamento	28 Dias
						Nome do Vendedor	VINICIUS FERREIRA
Forma de Pa	gamento BO	LETO BANCÁR	10			Tipo de Frete	CIF
						Faturamento Mínimo	500,00
Endereço de cobrança		ENIDA OESTE 7 (62) 9 9973-706		RDIM OLIVEI	RA FORMOSA	Validade da Proposta	05/04/2024
Endereço de		ENIDA OESTE 7 (62) 9 9973-706		RDIM OLIVEI	RA FORMOSA		

# Observações do Fornecedor

Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	VI. Total		
MÉD	MEDICO / 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	11\&\		
22	78485	SONOCHECK TESTE PARA LAVADORA ULTRASSÔNICA	CX/30	AMCOR	30,00	UNIDADE	23,7500	0,00	71 <u>2</u> 5 <u>2</u>		
Total do pedido											

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade des https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatur

de ser confe ndo o código

Nro Pedido	Nro Gerencia	l Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
455020	157831	57465 / 51498	02/04/2024	1.215,00	O.C. Emitida	MATERIAIS MÉDICOS	S
Condições de l	Negócio do Co					Condições de Negócio de	o Fornecedor
Razão Social	IN	STITUTO CEM -	FORMOSA			Razão Social	SEMPRE HOSPITALAR
Nome Fantas	ia INS	TITUTO CEM -	FORMOSA				LTDA
CPF/CNP.I	12.	053.184/0008-03				Nome Fantasia	SEMPRE
CEP	73.	805-201				CPF/CNPJ	37.751.411/0001-29
Endereco	eço AVENIDA OES		- IARDIM OI	IVEIRA		СЕР	74.255-140
Cidade	FORMOSA		vi indini oz	. ,		Endereço	R C-0159 - JARDIM AMÉRICA
UF	nde FORMOSA GO					Cidade	GOIANIA
Insc. Estadua		ENTO				UF	GO
Contato	-	ivaldo Campos Ro	drigues			Insc. Estadual	10799854-8
Telefone		) 9 9973-7067	diffues			Contato	VENER
Email	`	nprasmatriz@inst	itutocom ora l	ar.		Telefone	(62) 9 9462-2822
Prazo de Ent		nprasmau iz @ mst	itutoceiii.org.t	л		Email	
Solicitado	rega 4					Prazo de Entrega	4 DIA(s)
Cond. Pagam	ento Al	PRAZO				Cond. Pagamento	30 Dias
Solicitado						Nome do Vendedor	VENER ROQUE
Forma de Pa	gamento BC	LETO BANCÁR	Ю			Tipo de Frete	CIF
						Faturamento Mínimo	1.200,00
Endereço de cobrança		ENIDA OESTE 7 0 (62) 9 9973-706		RDIM OLIVEI	RA FORMOSA	Validade da Proposta	06/04/2024
Endereço de		ENIDA OESTE 7 0 (62) 9 9973-706		RDIM OLIVEI	RA FORMOSA		

	/GO (02) 9 9973-7007											
Observações d	o 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;  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.  TOBSERVAÇÕES do Fornecedor												
Observações u	o rorneceuor							de ser co				
Item Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total €				
MÉDICO / HO	OSPITALAR		<b>J</b> .	•	,			ento nform				
4 17038 BOCAL DESC. PARA ESPIROMETRIA BOCAL SMART 600,00 UNIDADE 1,4800 0,00 88 5 0 0												
REF. SPIRETTE, COMPATÍVEK C/ APARELHO DE ESPIROMETRIA NDD EASYONE 2001. REG. ANVISA.												
13 59780 KIT CITOPATOLOGICO (PAPANICOLAU) ESTÉRIL TAMANHO M KIT PAPA KOLPLAST 20,00 KIT 4,9000 0,00 9800												
KIT CONTENDO ESPÁTULA, ESPECULO, ESCOVINHA, 2 LUVAS E LÂMINA PARA MICROSCOPIA												
19 01126 MANTA TECIDO NÃO TECIDO SMS MIN. 60 G/M2 100 X 100 CM MANTA LUDAN 100,00 FOLHA 2,2900 0,00 22909												
EMBALAGEM INVÓLUCRO PARA ARTIGOS ODONTO MÉDICOS HOSPITALARES E CAIXAS CIRURGICAS; COMPATÍVEIS COM O PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO A												

COM FILAMENTOS 100% POLIPROPILENO, TERMOLIGADO, HIDRO/ HEMORREPELENTE, ATÓXICO, NÃO INFLAMÁVEL; RESISTENTE AO RASGO E A TRAÇÃO, OFECENDO BARREIRA MICRFOBIANA; PRODUTO DE USO ÚNICO; GRAMATURA MÍNIMA DE 60 G/M2 PESADO.

Total do pedido

Nro Pedido	Nro Gerencia	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta		
455019	157831	57465 / 51498	02/04/2024	5.790,00	O.C. Emitida	MATERIAIS MÉDICO	os .	
Condições de l	Negócio do Co	1				Condições de Negócio o	do Fornecedor	
Razão Social	INS	TITUTO CEM -	FORMOSA			Razão Social	HOSPMED COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES	
Nome Fantas	ia INS	ΓΙΤUΤΟ CEM - I	FORMOSA				LTDA	
CPF/CNP.J	12.0	053.184/0008-03				Nome Fantasia	HOSPMED	
CEP	73.805-201					CPF/CNPJ	37.821.276/0001-40	
Endereço		ENIDA OESTE -	. IARDIM OI	IVEIRA		CEP	74.303-030	
Cidade		RMOSA	JARDIN OL	A V LIKA		Endereço	AV C-0018 - SETOR SUDOESTE	
UF	GO					Cidade	GOIANIA	
Insc. Estadua		NTO				UF	GO	
	-	valdo Campos Ro	. 4			Insc. Estadual	108012930	
Contato		•	ourigues			Contato	MARLENE	
Telefone	` '	9 9973-7067				Telefone	(62) 9 8128-6045	
Email		prasmatriz@inst	itutocem.org.b	or		Email	hospmed.compras01@gmail.com	
Prazo de Entr Solicitado	rega 4					Prazo de Entrega	5 DIA(s)	
Cond. Pagam	nento A P	RAZO				Cond. Pagamento	30 Dias	
Solicitado						Nome do Vendedor	Marlene Perpetua da Silva	
Forma de Pa	gamento BO	LETO BANCÁR	IO			Tipo de Frete	CIF	
						Faturamento	1.000,00	
Endereço de cobrança		ENIDA OESTE 7 (62) 9 9973-706		RDIM OLIVEI	RA FORMOSA	Mínimo		
Endereço de	entrega AVI	ENIDA OESTE 7 (62) 9 9973-706	3.805-201 JA	RDIM OLIVEI	RA FORMOSA	Validade da Proposta	26/04/2024	

# Observações do Fornecedor

Observ	Observações do Fornecedor												
									ser cor				
		7			1		1		ode ando				
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	VI. Tota				
MÉDICO / HOSPITALAR													
6	70057	CLIP NASAL PARA ESPIROMETRIA	MEDIEXPRESS	MEDIEXPRESS	200,00	UNIDADE	5,5000	0,00	1.10 50				
21	50776	PINÇA MENKEN/KOGAN 27CM	RHOSSE	RHOSSE	7,00	UNIDADE	670,0000	0,00	4.69600				
Total do pedido													

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade des් සි de කි. කි. b https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinaturagalකි)වෝ

Nro Pedido	Nro Gerencia	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
455018	157831	57465 /	02/04/2024	2.949,26	O.C. Emitida	MATERIAIS MÉDICOS	S
		51498				G 11 7 1 1 1 1 1	n ,
Condições de l	Negocio do Co	mprador				Condições de Negócio de	o Fornecedor
Razão Social Nome Fantas		TITUTO CEM - TITUTO CEM -				Razão Social	SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI
		)53.184/0008-03	FORMOSA			Nome Fantasia	SUPERMEDICA HOSPITALAR
CPF/CNPJ						CPF/CNPJ	06.065.614/0001-38
CEP		805-201		W.END.		CEP	74.255-140
Endereço		ENIDA OESTE	- JARDIM OL	LIVEIRA		Endereco	RUA C-159 - JARDIM AMERICA
Cidade		RMOSA				Cidade	GOIANIA
UF	GC					UF	GO
Insc. Estadua	-	NTO				Insc. Estadual	106039750
Contato	En	valdo Campos Ro	odrigues			Contato	TELEVENDAS
Telefone	(62	9 9973-7067					
Email	cor	nprasmatriz@inst	itutocem.org.l	or		Telefone	(62) 3928-8989
Prazo de Ent	rega 4					Email	vendas12@supermedica.com.br
Solicitado	Ü					Prazo de Entrega	2 DIA(s)
Cond. Pagam	nento A I	RAZO				Cond. Pagamento	30 Dias
Solicitado		,				Nome do Vendedor	JULIANA RAMALHO
Forma de Pa	gamento BC	LETO BANCÁR	IO			Tipo de Frete	CIF
						Faturamento Mínimo	1.200,00
Endereço de cobrança		ENIDA OESTE 7 (62) 9 9973-706		RDIM OLIVEI	RA FORMOSA	Validade da Proposta	03/04/2024
Endereço de		ENIDA OESTE 7 (62) 9 9973-706		RDIM OLIVEI	RA FORMOSA		

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 RETE CIP:
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.
SUBJECTOR OF SINCE OF SINC

Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto		
MÉD	ICO / HC	OSPITALAR							doc	
3	37251	ATADURA CREPE NÃO ESTÉRIL 13 FIOS 15 CM X 1,8 M	ANAPOLIS	ANAPOLIS	48,00	UNIDADE	0,7142	0,00	(// (-	
COM			deg							
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	4328b	
COM	NO MIN	IIMO 11 FIOS ; (GAZE HIDROFILA)							cida as	
9	37947	ESPECULO VAGINAL DESCARTAVEL ESTERIL - TAMANHO G	CRAL	CRAL	30,00	UNIDADE	1,5900	0,00	4₹,78	
10	37948	ESPECULO VAGINAL DESCARTAVEL ESTERIL - TAMANHO M	CRAL	CRAL	30,00	UNIDADE	1,4900	0,00	4\frac{7\frac{1}{27}}{4\frac{1}{27}}\frac{1}{27}	
11	37950	ESPECULO VAGINAL DESCARTAVEL ESTERIL - TAMANHO P	CRAL	CRAL	30,00	UNIDADE	1,2700	0,00	10 (5	
12	58273	INDICADOR BIOLOGICO PARA VAPOR 24H	CLEAN-UP	CLEANP-UP	300,00	UNIDADE	2,4890	0,00	748.78	
14	42667	LANCETA DESCARTAVEL 28G COM RETRACAO AUTOMATICA	WILTEX	WILTEX	2.000,00	UNIDADE	0,1148	0,00		
15	58245	LENCOL DESCARTAVEL EM TNT BRANCO COM ELASTICO 200 X 90CM	FLEXPELL	FLEXPELL	880,00	UNIDADE	0,7930	0,00	69至8季	
				FLEXPELL		ROLO	10,1400	- ,	60849	
	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	64614	

Total do pedido 2.94% april 2.

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	Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor				
Razão Social INSTITUTO CEM - FORMOSA						Razão Social	ELLO DISTRIBUICAO LTDA - EPP				
Nome Fantas	sia INST	TTUTO CEM - 1	FORMOSA			Nome Fantasia	ELLO DISTRIBUICAO				
CPF/CNPJ	12.0	53.184/0008-03				CPF/CNPJ	14.115.388/0001-80				
СЕР	73.8	05-201				СЕР	74.780-562				
Endereço	AVI	ENIDA OESTE -	JARDIM OL	IVEIRA		Endereço	AV: ANAPOLIS - VILA PEDROSO				
Cidade	FOR	FORMOSA			Cidade	GOIANIA					
UF	GO			UF	GO						
Insc. Estadu	al ISE	OTV				Insc. Estadual	10574978248				
Contato	Eniv	aldo Campos Ro	odrigues			Contato	WILLIAM PERILLO - 98406-6004				
Telefone	(62)	9 9973-7067				Telefone	(62) 4009-2100				
Email		prasmatriz@inst	itutocem.org.l	or		Email	comercial@ellodistribuicao.com.br;compras@ellodistribuicao.com.br;				
Prazo de Ent Solicitado	trega 4					Prazo de Entrega	2 DIA(s)				
Cond. Pagan	nento A PI	RAZO				Cond. Pagamento	30 Dias				
Solicitado		,				Nome do Vendedor	LIGIA LAIS				
Forma de Pa	gamento BOL	ETO BANCÂR	IO			Tipo de Frete	CIF				
Endereço de	AVE	NIDA OESTE 7	3.805-201 JA	RDIM OLIVEI	RA FORMOSA	Faturamento Mínimo	500,00				
cobrança	/GO	(62) 9 9973-706	7			Validade da	02/04/2024				
Endereço de		NIDA OESTE 7 (62) 9 9973-706′		RDIM OLIVEI	RA FORMOSA	Proposta					

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

.ENCAMINHAR CÓPIA DA NOTA FISCAL + BOLETO + XML PARA OS E-MAILS: DEVOLUÇÃO:

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.

.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

Observ	Observações do Fornecedor												
									ser o				
									de ndo				
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total				
MÉDIC	CO / HOSPI	TALAR				,			ente				
18	386	LUVA DE PROCEDIMENTO NAO ESTERIL P	C/100	GLODMED	100,00	CAIXA	16,0000	0,00	1.60€,0€				

CAIXA COM 100 UN - CONFECCIONADA EM LATEX NATURAL ; FORMATO ANATOMICO COM ALTA SENSIBILIDADE TATIL ; COM BAINHA OU OUTRO DISPOSITIVὧ 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 DE 230MM; LUBRIFICADA C/ PO BIOABSORVIVEL; ATOXICO QUE NAO CAUSE QUALQUER DANO AO ORGANISMO SOB CONDICOES NORMAIS DE USO;

ESTERILIZAÇÃO P/ RAIO 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

1.60 08 Este documento foi assinado digitalmente. A autentic https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar

373608 e o código verificador 51498.

site:

Nro Pedido	Nro Gerenci	al Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
455016	157831	57465 / 51498	02/04/2024	565,00	O.C. Emitida	MATERIAIS MÉDICOS	S			
Condições de	Nacésia da C	1								
Condições de	Negocio do C	omprador				Condições de Negócio do Fornecedor				
Razão Social		STITUTO CEM -				Razão Social	CIENTIFICA MEDICA HOSPITALAR LTDA			
Nome Fantas	sia IN	STITUTO CEM -	FORMOSA			Nome Fantasia	CIENTIFICA HOSPITALAR			
CPF/CNPJ	12	.053.184/0008-03								
CEP	73	.805-201				CPF/CNPJ	07.847.837/0001-10			
Endereco	A	VENIDA OESTE	- JARDIM OI	IVEIRA		CEP	74.911-360			
Cidade		ORMOSA				Endereço	AV ANAPOLIS - VILA BRASILIA			
UF	G					Cidade	APARECIDA DE GOIANIA			
Insc. Estadua		ENTO				UF	GO			
Contato		nivaldo Campos Ro	Arianec			Insc. Estadual	10.399.060-7			
Telefone		nvaido Campos Re 2) 9 9973-7067	diffues			Contato	LUANA			
	`	<i>'</i>				Telefone	(62) 3088-9700			
Email		mprasmatriz@inst	nutocem.org.t	OT .		Email	gerenciacmh1@gmail.com			
Prazo de Ent Solicitado	rega 4					Prazo de Entrega	2 DIA(s)			
Cond. Pagan	nento A	PRAZO				Cond. Pagamento	30 Dias			
Solicitado						Nome do Vendedor	CAROL CUNHA			
Forma de Pagamento		OLETO BANCÁR	IO			Tipo de Frete	CIF			
						Faturamento Mínimo	200,00			
Endereço de cobrança		VENIDA OESTE 7 O (62) 9 9973-706		RDIM OLIVEI	RA FORMOSA	Validade da Proposta	06/04/2024			
Endereço de		YENIDA OESTE 7 O (62) 9 9973-706		RDIM OLIVEI	RA FORMOSA					

# Observações do Fornecedor

								$\overline{}$	9 0			
Observações do Fornecedor												
									er con			
1									ser			
									de ndo			
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total			
MÉDI	CO/HO	SPITALAR							VI. Total			
17	20336	LUVA CIRURGICA ESTÉRIL ISENTA DE LATEX Nº 8.0	PAR	MUCAMBO	50,00	PAR	10,0000	0,00	50€0			
PAR -	ESPERIA	.L							doc			
23	402	TOUCA CIRURGICA DESCARTAVEL BRANCA C/ ELASTICO	CX/100	ANADONA	1.000,00	UNIDADE	0,0650	0,00	6\$.00			
CONF	ECCION/	ADA EM TECIDO NAO TECIDO (TNT), GRAMATURA 10, COM ELASTICO	) ESPECIAL N	IO PERIMETRO	, BOM AC/	ABAMENTO,	TAMANHC	UNICO	des			
Total do pedido												

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-ass

Nro Pedido	Nro Gerenci	al 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 C	100000				Condições de Negócio do Fornecedor					
,	0	•				1 1					
Razão Social	IN	STITUTO CEM -	FORMOSA			Razão Social	MAEVE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA				
Nome Fantas	sia IN	STITUTO CEM -	FORMOSA			Nome Fantasia	MAEVE HOSPITALAR				
CPF/CNPJ	12	.053.184/0008-03				CPF/CNPJ	09.034.672/0001-92				
CEP	73	.805-201				СЕР	74.985-144				
Endereço	A	VENIDA OESTE	- JARDIM OI	IVEIRA		Endereço	RUA 13 - POLO EMPRESARIAL DE GOIÁS - ETAPA IV				
Cidade	FC	ORMOSA				Cidade	APARECIDA DE GOIANIA				
UF	G	)				UF	GO				
Insc. Estadua	al IS	ENTO				Insc. Estadual	10.416.812-9				
Contato	Eı	ivaldo Campos Ro	odrigues			Contato	62 35651038				
Telefone	(6	2) 9 9973-7067				Telefone	(62) 3565-1033				
Email	co	mprasmatriz@inst	itutocem.org.l	or		Email .					
Prazo de Ent	trega 4					Prazo de Entrega	2 DIA(s)				
Solicitado						Cond. Pagamento	30 Dias				
Cond. Pagan Solicitado	nento A	PRAZO				Nome do Vendedor	ALESSANDRA COSTA TEXEIRA				
Forma de Pa	gamento B	OLETO BANCÁR	IO			Tipo de Frete	CIF				
Forma de l'agamento						Faturamento Mínimo	500,00				
Endereço de cobrança		ZENIDA OESTE 7 D (62) 9 9973-706		RDIM OLIVEI	RA FORMOSA	Validade da Proposta	02/04/2024				
Endereço de entrega		TENIDA OESTE 7 O (62) 9 9973-706		RDIM OLIVEI	RA FORMOSA						

# Observações do Fornecedor

Observações do Fornecedor											
									de ser con do o códig		
Ite	n Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	<del></del>		
MÉ	MÉDICO / HOSPITALAR										
1	39039	ALCOOL GEL 70% 1000 ML	J. FERES	J.FERES	60,00	FRASCO	5,0000				
FR.	FRASCO										
5	38807	CAIXA P/ DESCARTE DE MATERIAL PERFUROCORTANTE 20 LITROS	DESCARBOX	DESCARBOX	40,00	CAIXA	5,7500	0,00	230000 530000		
	Total do pedido										

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assim



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.