

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta						
455278	157831	57465 / 51498	04/04/2024	575,00	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; .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	100,00	CAIXA	5,7500	0,00	575,00
Total do pedido												575,00

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			
						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									
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 374373 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; 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									
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/virtualdoc/public/validar-assinatura/51498 informando o código 374373 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				
455020	157831	57465 / 51498	02/04/2024	1.215,00	O.C. Emitida	MATERIAIS MÉDICOS				
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			
Endereço de cobrança		AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067				Validade da Proposta	06/04/2024			
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										
4	17038	BOCAL DESC. PARA ESPIROMETRIA	BOCAL	SMART	600,00	UNIDADE	1,4800	0,00	888,00	
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	98,00	
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	229,00	
EMBALAGEM INVÓLUCRO PARA ARTIGOS ODONTO MÉDICOS HOSPITALARES E CAIXAS CIRURGICAS; COMPATÍVEIS COM O PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO A VAPOR, ÓXIDO DE ETILENO OU PLASMA DE PERÓXIDO DE HIDROGÊNIO; CONFECCIONADO EM NÃO TECIDO SPUNBONDED-MELTBLOWN-SPUNBONDED (SMS), 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									1.215,00	

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	Vl. Unit.	Desconto	Vl. 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			
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; .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 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.									
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

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 E 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 374373 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; 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	0,00
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



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COORDENADOR DE COMPRAS, em 04/04/2024 às 10:39, 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 18:24, 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 374373 e o código verificador 51498.