

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
455962	157871	57500/51554	16/04/2024	838,90	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS COLONOSCOPIA CARRINHO EMERG.					
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor					
Razão Social	INSTITUTO CEM - POSSE					Razão Social	MEDPLUS HOSPITALAR COMERCIO E SERVIÇOS EIRELI				
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - POLICLÍNICA DE POSSE					Nome Fantasia	MEDPLUS HOSPITALAR				
CPF/CNPJ	12.053.184/0002-18					CPF/CNPJ	34.075.280/0001-19				
CEP	73.900-000					CEP	74.917-196				
Endereço	AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHKE DE OLIVEIRA - SETOR BUENOS AIRES					Endereço	AV ZOROASTRO ARTIAGA - VILA CRUZEIRO DO SUL				
Cidade	POSSE					Cidade	APARECIDA DE GOIANIA				
UF	GO					UF	GO				
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	107705800				
Contato	NAOR BORGES					Contato	998508626				
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 3519-9974				
Email	naor@institutocem.org.br					Email	comercial01@medplushospitalar.com.br				
Prazo de Entrega Solicitado	4					Prazo de Entrega	2 DIA(s)				
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias				
Nome do Vendedor						Nome do Vendedor	PATRICIA MEDPLUS HOSPITALAR				
Tipo de Frete						Tipo de Frete	CIF				
Faturamento Mínimo						Faturamento Mínimo	100,00				
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Validade da Proposta	25/04/2024				
Endereço de cobrança	AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHKE DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380										
Endereço de entrega	AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHKE DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380										
Observações do Comprador											
POSSE / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE - 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; CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - SES / GO. COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA/ EQUIPAMENTO.											
Observações do Fornecedor											
Item	Código	Descrição			Referência	Marca	Qtde	UM	VI. Unit.	Desconto	VI. Total
MÉDICO / HOSPITALAR											
4	39205	BRACADEIRA COM MANGUITO ADULTO NAO REMOVIVEL 1 VIA			MASTER MEDIKAL	MASTER MEDIKAL	10,00	UNIDADE	83,8900	0,00	838,90
Total do pedido											838,90

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
455301	157871	57500/51554	04/04/2024	1.012,20	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS COLONOSCOPIA CARRINHO EMERG.			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM - POSSE					Razão Social	INMED HOSPITALAR EIRELI ME		
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - POLICLÍNICA DE POSSE					Nome Fantasia	INMED HOSPITALAR		
CPF/CNPJ	12.053.184/0002-18					CPF/CNPJ	34.551.834/0001-07		
CEP	73.900-000					CEP	75.345-000		
Endereço	AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHKE DE OLIVEIRA - SETOR BUENOS AIRES					Endereço	AV DAS ACACIAS - RESIDENCIAL PAINEIRAS		
Cidade	POSSE					Cidade	ABADIA DE GOIAS		
UF	GO					UF	GO		
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	10.770.766-7		
Contato	NAOR BORGES					Contato	SILVA FERREIRA		
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 9 9551-6023		
Email	naor@institutocem.org.br					Email	inmed.negocios@gmail.com		
Prazo de Entrega Solicitado	4					Prazo de Entrega	10 DIA(s)		
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias		
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	ROZA (62) 99424-3973		
Endereço de cobrança	AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHKE DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380					Tipo de Frete	CIF		
Endereço de entrega	AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHKE DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380					Faturamento Mínimo	1.000,00		
						Validade da Proposta	30/04/2024		
Observações do Comprador									
POSSE / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE - 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; CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - SES / GO. COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA/ EQUIPAMENTO.									
Observações do Fornecedor									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
1	57310	ACIDO PERACETICO 3,5 % - 5L	ALOX	ALOX	10,00	GALÃO	101,2200	0,00	1.012,20
Total do pedido									1.012,20

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade das informações pode ser verificada no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtuaidoc/public/validar-assinatura> conferida no site: código 380091 e o código verificador 51554.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
455300	157871	57500/51554	04/04/2024	992,90	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS COLONOSCOPIA CARRINHO EMERG.				
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor				
Razão Social	INSTITUTO CEM - POSSE					Razão Social	GOYAZ SERVICE COMÉRCIO E LOGÍSTICA LTDA			
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - POLICLÍNICA DE POSSE					Nome Fantasia	GOYAZ SERVICE HOSPITALAR			
CPF/CNPJ	12.053.184/0002-18					CPF/CNPJ	07.928.753/0001-00			
CEP	73.900-000					CEP	75.368-155			
Endereço	AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHKE DE OLIVEIRA - SETOR BUENOS AIRES					Endereço	RUA SILVIO CALDAS QD. 13 LT. 17 - RESIDENCIAL LIMOEIRO			
Cidade	POSSE					Cidade	GOIANIRA			
UF	GO					UF	GO			
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	104331356			
Contato	NAOR BORGES					Contato	ANA CAROLINA			
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 3433-7715			
Email	naor@institutocem.org.br					Email	.			
Prazo de Entrega Solicitado	4					Prazo de Entrega	1 DIA(s)			
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias			
Forma de Pagamento	BOLETO BANCÁRIO					Nome do Vendedor	ANA CAROLINA RODRIGUES DA SILVA			
						Tipo de Frete	CIF			
						Faturamento Mínimo	500,00			
						Validade da Proposta	19/04/2024			
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. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE - 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; CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - SES / GO. COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA/ EQUIPAMENTO.										
Observações do Fornecedor										
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total	
MÉDICO / HOSPITALAR										
6	5433	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 100ML - BOLSA	EQUIPLEX	EQUIPLEX	210,00	SISTEMA FECHADO	3,6900	0,00	774,90	
SISTEMA FECHADO 100ML										
11	382	LUVA CIRURGICA ESTERIL Nº 7,0	TARGA	TARGA	200,00	PAR	1,0900	0,00	218,00	
CONFECCIONADA EM LATEX NATURAL ; FORMATO ANATOMICO COM ALTA SENSIBILIDADE TATIL ; COM BAINHA OU OUTRO DISPOSITIVO CAPAS DE ASSEGURAR SEU AJUSTE ADEQUADO ; DE USO UNICO ; TEXTURA UNIFORME ; BOA ELASTICIDADE ; RESISTENCIA A TRACAO ; COMPRIMENTO MINIMO DE 265MM ; LUBRIFICADA C/ PO BIOABSORVIVEL ; ATOXICO QUE NAO CAUSE QUALQUER DANO AO ORGANISMO SOB CONDICOOES NORMAIS DE USO ; ESTERILIZACAO P/ RAO GAMA OU OXIDO DE ETILENO ; EMBALADA E IDENTIFICADA DE ACORDO COM A NBR 13.391/95 E NR 6 DO MINISTERIO DO TRABALHO ; REGISTRO NO MINISTERIO DA SAUDE										
Total do pedido										992,90

Este documento foi assinado digitalmente por: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/pu... conferida no site: código 380091 e o código verificador 51554.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta						
455299	157871	57500/51554	04/04/2024	8.437,00	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS COLONOSCOPIA CARRINHO EMERG.						
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor						
Razão Social	INSTITUTO CEM - POSSE					Razão Social	SEMPRE HOSPITALAR LTDA					
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - POLICLÍNICA DE POSSE					Nome Fantasia	SEMPRE					
CPF/CNPJ	12.053.184/0002-18					CPF/CNPJ	37.751.411/0001-29					
CEP	73.900-000					CEP	74.255-140					
Endereço	AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHKE DE OLIVEIRA - SETOR BUENOS AIRES					Endereço	R C-0159 - JARDIM AMÉRICA					
Cidade	POSSE					Cidade	GOIANIA					
UF	GO					UF	GO					
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	10799854-8					
Contato	NAOR BORGES					Contato	VENER					
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 9 9462-2822					
Email	naor@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	SEMPRE HOSPITALAR					
						Tipo de Frete	CIF					
						Faturamento Mínimo	1.200,00					
						Validade da Proposta	06/04/2024					
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. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE - 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; CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - SES / GO. COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA/ EQUIPAMENTO.												
Observações do Fornecedor												
Item	Código	Descrição				Referência	Marca	Qtde	UM	VL. Unit.	Desconto	VL. Total
MÉDICO / HOSPITALAR												
7	52283	DESINFETANTE HOSPITALAR DE ALTO NIVEL ORTOFTALALDEIDO 0,55				DESINFETANTE	GODERT	15,00	GALÃO	89,0000	0,00	1.335,00
GALÃO COM 5 LITROS												
8	61697	ESCOVA DESC DUPLA P/ LIMPEZA DE ENDOSCOPIOS 2,3MM X 230CM - CERDAS EM POLIPROPILENO				ESCOVA	ALTON	200,00	UNIDADE	19,9500	0,00	3.990,00
12	46601	PINÇA BIOPSIA OVAL SEM ESPICULA GASTRO DESCARTÁVEL 2,4 MM X 180 CM				PINCA	VEDAKANG	80,00	UNIDADE	38,9000	0,00	3.112,00
CADASTRADO EM CLASSE E SUBCLASSE ERRADAS, UTILIZAR: 64974												
Total do pedido												8.437,00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
455298	157871	57500/51554	04/04/2024	1.035,00	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS COLONOSCOPIA CARRINHO EMERG.					
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 KUBITSCHKE 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	NAOR BORGES					Contato	MARLENE				
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 9 8128-6045				
Email	naor@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	1.000,00				
						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. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE - 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; CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - SES / GO. COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA/ EQUIPAMENTO.											
Observações do Fornecedor											
Item	Código	Descrição			Referência	Marca	Qtde	UM	VI. Unit.	Desconto	VI. Total
MÉDICO / HOSPITALAR											
4	39205	BRACADEIRA COM MANGUITO ADULTO NAO REMOVIVEL 1 VIA			ELETROMEDICINA	ELETROMEDICINA	15,00	UNIDADE	69,0000	0,00	1.035,00
Total do pedido											1.035,00

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
455297	157871	57500/51554	04/04/2024	5.836,75	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS COLONOSCOPIA CARRINHO EMERG.				
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 KUBITSCHKE 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	NAOR BORGES					Contato	TELEVENDAS			
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 3928-8989			
Email	naor@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 BUBITSCHKE DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380									
Endereço de entrega	AVENIDA JUSCELINO BUBITSCHKE DE OLIVEIRA 73.900-000 SETOR BUENOS AIRES POSSE/GO (62) 3181-0380									
Observações do Comprador										
POSSE / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE - 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; CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - SES / GO. COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA/ EQUIPAMENTO.										
Observações do Fornecedor										
VENDEDORA: JULIANA RAMALHO RAMAL 5170 - EMAIL: LOCALIZADOR03@SUPERMEDICA.COM.BR 62 9669-4917 - SOMENTE WHATSAPP COT 702855										
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total	
MÉDICO / HOSPITALAR										
3	7143	ATADURA CREPE NAO ESTERIL 20CM 13 FIOS - PCT MINIMO 12 UND	ANAPOLIS	ANAPOLIS	24,00	UNIDADE	0,8417	0,00	201,80	
PCT C/ 12 UN - NO MÍNIMO 1,80 M EM REPOUSO;- TAMANHO APROXIMADO DE 20 CM;- NO MÍNIMO 13 FIOS/CM²;- ELASTICIDADE E RESISTÊNCIA;- BORDAS COM ACABAMENTO NÃO PERMITINDO O DESFIAMENTO;- NÃO ESTÉRIL;- COMPATÍVEL COM PROCESSO DE ESTERILIZAÇÃO;- PACOTE COM NO MÍNIMO 12 UNIDADES. REGISTRO NA ANVISA.										
5	456	CANULA ENDOTRAQUEAL DESC. C/ BALAO N¼ 6,0	MEDIX	MEDIX	25,00	UNIDADE	3,1900	0,00	797,50	
9	44224	LENCOL DESCARTAVEL C/ ELASTICO	FLEXPELL	FLEXPELL	700,00	PACOTE	7,9300	0,00	5.554,00	
LENCOL DESC. COM ELASTICO BRANCO FRAMATURA LEVE 2X0,9 PACOTE COM 10										
10	220	LENCOL HOSPITALAR DESC. 70CM X 50M	FLEXPELL	FLEXPELL	20,00	ROLO	9,2900	0,00	185,80	
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										
Total do pedido									5.836,75	

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
455296	157871	57500/51554	04/04/2024	540,00	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS COLONOSCOPIA CARRINHO EMERG.				
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor				
Razão Social	INSTITUTO CEM - POSSE					Razão Social	MAEVE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA			
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM - POLICLÍNICA DE POSSE					Nome Fantasia	MAEVE HOSPITALAR			
CPF/CNPJ	12.053.184/0002-18					CPF/CNPJ	09.034.672/0001-92			
CEP	73.900-000					CEP	74.985-144			
Endereço	AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHKE DE OLIVEIRA - SETOR BUENOS AIRES					Endereço	RUA 13 - POLO EMPRESARIAL DE GOIÁS - ETAPA IV			
Cidade	POSSE					Cidade	APARECIDA DE GOIANIA			
UF	GO					UF	GO			
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	10.416.812-9			
Contato	NAOR BORGES					Contato	62 35651038			
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 3565-1033			
Email	naor@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 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. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE - 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; CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - SES / GO. COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA/ EQUIPAMENTO.										
Observações do Fornecedor										
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	VI. Unit.	Desconto	VI. Total	
MÉDICO / HOSPITALAR										
2	518	ALCOOL LIQUIDO 70% 1000ML	J FERES	J FERES	108,00	LITRO	5,0000	0,00	540,00	
ETILICO ; SOLUCAO A 70% ; APRESENTAR REGISTRO NO MINISTERIO DA SAUDE/ANVISA E LAUDO TECNICO										
Total do pedido									540,00	

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser verificada no site: <https://cem.vozdigital.com.br/virtuaidoc/public/validar-assinatura> conferido no site: código 380091 e o código verificador 51554.



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COORDENADOR DE COMPRAS, em 16/04/2024 às 12:03, 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 17/04/2024 às 12:30, 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 380091 e o código verificador 51554.