

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
457476	158752	58601 / 52993	09/05/2024	8.431,60	O.C. Emitida	MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE			
<b>Condições de Negócio do Comprador</b>						<b>Condições de Negócio do Fornecedor</b>			
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO CEM - FORMOSA					<b>Razão Social</b>	SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI		
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO CEM - FORMOSA					<b>Nome Fantasia</b>	SUPERMEDICA HOSPITALAR		
<b>CPF/CNPJ</b>	12.053.184/0008-03					<b>CPF/CNPJ</b>	06.065.614/0001-38		
<b>CEP</b>	73.805-201					<b>CEP</b>	74.255-140		
<b>Endereço</b>	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA					<b>Endereço</b>	RUA C-159 - JARDIM AMERICA		
<b>Cidade</b>	FORMOSA					<b>Cidade</b>	GOIANIA		
<b>UF</b>	GO					<b>UF</b>	GO		
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO					<b>Insc. Estadual</b>	106039750		
<b>Contato</b>	Enivaldo Campos Rodrigues					<b>Contato</b>	TELEVENDAS		
<b>Telefone</b>	(62) 9 9973-7067					<b>Telefone</b>	(62) 3928-8989		
<b>Email</b>	comprasmatriz@institutocem.org.br					<b>Email</b>	vendas12@supermedica.com.br		
<b>Prazo de Entrega Solicitado</b>	8					<b>Prazo de Entrega</b>	2 DIA(s)		
<b>Cond. Pagamento Solicitado</b>	A PRAZO					<b>Cond. Pagamento</b>	30 Dias		
<b>Forma de Pagamento</b>	BOLETO BANCÁRIO					<b>Nome do Vendedor</b>	JULIANA RAMALHO		
<b>Endereço de cobrança</b>	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					<b>Tipo de Frete</b>	CIF		
<b>Endereço de entrega</b>	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					<b>Faturamento Mínimo</b>	1.200,00		
						<b>Validade da Proposta</b>	03/05/2024		
<b>Observações do Comprador</b>									
<p>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 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.</p>									
<b>Observações do Fornecedor</b>									
<p>VENDEDORA: JULIANA RAMALHO  RAMAL 5170 - EMAIL: LOCALIZADOR03@SUPERMEDICA.COM.BR  62 9669-4917 - SOMENTE WHATSAPP  COT 714806</p>									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vi. Unit.	Desconto	Vi. Total
7	38724	CURATIVO CATETER TRANSPARENTE COM CLOREXIDINA 2% 8,5 X 11,5 CM	3M	3M	100,00	UNIDADE	84,3160	0,00	8.431,60
<b>Total do pedido</b>									<b>8.431,60</b>

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura.html informando o código 389120 e o código verificador 53017

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
456900	158752	58601 / 52993	03/05/2024	10.290,00	O.C. Emitida	MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE	
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor	
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO CEM - FORMOSA					<b>Razão Social</b>	SEMPRE HOSPITALAR LTDA
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO CEM - FORMOSA					<b>Nome Fantasia</b>	SEMPRE
<b>CPF/CNPJ</b>	12.053.184/0008-03					<b>CPF/CNPJ</b>	37.751.411/0001-29
<b>CEP</b>	73.805-201					<b>CEP</b>	74.255-140
<b>Endereço</b>	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA					<b>Endereço</b>	R C-0159 - JARDIM AMÉRICA
<b>Cidade</b>	FORMOSA					<b>Cidade</b>	GOIANIA
<b>UF</b>	GO					<b>UF</b>	GO
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO					<b>Insc. Estadual</b>	10799854-8
<b>Contato</b>	Enivaldo Campos Rodrigues					<b>Contato</b>	VENER
<b>Telefone</b>	(62) 9 9973-7067					<b>Telefone</b>	(62) 9 9462-2822
<b>Email</b>	comprasmatriz@institutocem.org.br					<b>Email</b>	.
<b>Prazo de Entrega Solicitado</b>	8					<b>Prazo de Entrega</b>	4 DIA(s)
<b>Cond. Pagamento Solicitado</b>	A PRAZO					<b>Cond. Pagamento</b>	30 Dias
<b>Forma de Pagamento</b>	BOLETO BANCÁRIO					<b>Nome do Vendedor</b>	VENER RQQUE
<b>Endereço de cobrança</b>	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					<b>Tipo de Frete</b>	CIF
<b>Endereço de entrega</b>	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					<b>Faturamento Mínimo</b>	1.200,00
						<b>Validade da Proposta</b>	09/05/2024

**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. .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE  
.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
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>									
6	38105	CONECTOR VALVULADO DE SISTEMA FECHADO.	CONECTOR	WELT	500,00	UNIDADE	20,5800	0,00	10.290,00
<b>Total do pedido</b>									<b>10.290,00</b>

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
456899	158752	58601 / 52993	03/05/2024	48.190,80	O.C. Emitida	MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE			
<b>Condições de Negócio do Comprador</b>						<b>Condições de Negócio do Fornecedor</b>			
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO CEM - FORMOSA					<b>Razão Social</b>	SANTÉ MÉDICA HOSPITALAR LTDA		
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO CEM - FORMOSA					<b>Nome Fantasia</b>	SANTÉ MÉDICA HOSPITALAR LTDA		
<b>CPF/CNPJ</b>	12.053.184/0008-03					<b>CPF/CNPJ</b>	16.699.864/0001-83		
<b>CEP</b>	73.805-201					<b>CEP</b>	74.366-115		
<b>Endereço</b>	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA					<b>Endereço</b>	AV. LORENZO ESQUINA COM RPS-5 - RESIDENCIAL PORTO SEGURO		
<b>Cidade</b>	FORMOSA					<b>Cidade</b>	GOIANIA		
<b>UF</b>	GO					<b>UF</b>	GO		
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO					<b>Insc. Estadual</b>	000000000		
<b>Contato</b>	Enivaldo Campos Rodrigues					<b>Contato</b>	ITALO MÜLLER		
<b>Telefone</b>	(62) 9 9973-7067					<b>Telefone</b>	(62) 9 8141-3544		
<b>Email</b>	comprasmatriz@institutocem.org.br					<b>Email</b>	vendas01@santedistribuidora.com.br		
<b>Prazo de Entrega Solicitado</b>	8					<b>Prazo de Entrega</b>	7 DIA(s)		
<b>Cond. Pagamento Solicitado</b>	A PRAZO					<b>Cond. Pagamento</b>	30 Dias		
<b>Forma de Pagamento</b>	BOLETO BANCÁRIO					<b>Nome do Vendedor</b>	ITALO		
<b>Endereço de cobrança</b>	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					<b>Tipo de Frete</b>	CIF		
<b>Endereço de entrega</b>	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					<b>Faturamento Mínimo</b>	1.500,00		
						<b>Validade da Proposta</b>	09/05/2024		
<b>Observações do Comprador</b>									
<p>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. .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE  .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.</p>									
<b>Observações do Fornecedor</b>									
<b>Item</b>	<b>Código</b>	<b>Descrição</b>	<b>Referência</b>	<b>Marca</b>	<b>Qtde</b>	<b>UM</b>	<b>VL. Unit.</b>	<b>Desconto</b>	<b>VL. Total</b>
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>									
1	25986	AGULHA DE FISTULA ARTERIO VENOSA 16GX1 C/ DISP. SEGURANCA	AGULHA DE FISTULA ARTERIO VENOSA 16GX1 C/ DISP. SEGURANCA	NIPRO	2.000,00	UNIDADE	1,4300	0,00	2.860,00
AGULHA DE FISTULA ARTERIOVENOSA 16G X 1 PROTECAO : COM DISPOSITIVO DE SEGURANCA (NR-32) ; DIAMETRO: 1,60MM X 25MM									
4	25982	CONCENTRADO POLIELETROLITICO HEMODIALISE SOL ACIDA 5 LITROS	CONCENTRADO POLIELETROLITICO HEMODIALISE SOL ACIDA 5 LITROS	FARMARIN	200,00	GALÃO	19,0300	0,00	3.806,00
GALÃO 5 LITROS; PARA SER UTILIZADO EM MÁQUINA DE HEMODIÁLISE DA MARCA B.BRAUN, MODELO DIALOG.									
5	25984	CONCENTRADO POLIELETROLITICO HEMODIALISE SOL. BASICA 5 LITROS	CONCENTRADO POLIELETROLITICO HEMODIALISE SOL. BASICA 5 LITRO	FARMARIN	600,00	GALÃO	18,8400	0,00	11.304,00
GALÃO DE 5 LITROS									
8	62593	DIALISADOR POLIETERSULFONA 20H ALTO FLUXO 2,0M2	DIALISADOR POLIETERSULFONA 20H ALTO FLUXO	DORA	480,00	UNIDADE	45,9200	0,00	22.041,60
11	26319	KIT SET LINHAS DE SANGUE ARTERIAL /VENOSO P/ MAQ HEMODIALISE	KIT SET LINHAS DE SANGUE ARTERIAL /VENOSO P/ MAQ HEMODIALISE	NIPRO	720,00	KIT	11,3600	0,00	8.179,20
PARA MÁQUINAS DE HEMODIÁLISE CONTENDO LINHA DE SANGUE ARTERIAL COM SEGUIMENTO DE BOMBA COM 280MM DE EXTENSÃO E DIÂMETRO DE 8MM; SENSOR DE PRESSÃO COM CONECTOR LUER, PONTO DE INJEÇÃO, CLAMPS NA EXTENSÃO DA LINHA PRÓXIMA AO CONECTOR LUER; LINHA DE SANGUE VENOSO PARA MÁQUINAS DE HEMODIÁLISE, COM CATA-BOLHA COM 20MM DE DIÂMETRO, SENSOR DE PRESSÃO COM CONECTOR LUER, PONTO DE INJEÇÃO, CLAMPS NA EXTENSÃO DA LINHA PRÓXIMA AO CONECTOR LUER E NA SAÍDA DO CATA-BOLHA; ISOLADOR DE PRESSÃO ARTERIAL E VENOSA PARA MÁQUINA DE HEMODIÁLISE CONSTITUÍDO DE MEMBRANA HIDROFÓBICA E HIDROREPELENTE; EQUIPO DE SORO; ESTÉRIL, ATÓXICO E APIROGÊNICO, REGISTRADO NO MINISTÉRIO DA SAÚDE.									
<b>Total do pedido</b>									<b>48.190,80</b>

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vdportal.com.br/virtuallib/assina-assegura-assegura.html. O código verificador é 53017 e o código de segurança é 389120.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
456898	158752	58601 / 52993	03/05/2024	11.800,00	O.C. Emitida	MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE			
<b>Condições de Negócio do Comprador</b>						<b>Condições de Negócio do Fornecedor</b>			
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO CEM - FORMOSA					<b>Razão Social</b>	ZA.COM COMERCIO E SOLUCOES EMPRESARIAIS EIRELI		
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO CEM - FORMOSA					<b>Nome Fantasia</b>	Z&.COM SOLUCOES EMPRESARIAIS		
<b>CPF/CNPJ</b>	12.053.184/0008-03					<b>CPF/CNPJ</b>	30.314.811/0001-28		
<b>CEP</b>	73.805-201					<b>CEP</b>	74.465-270		
<b>Endereço</b>	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA					<b>Endereço</b>	R MAES, DAS - JD NOVA ESPERANÇA		
<b>Cidade</b>	FORMOSA					<b>Cidade</b>	GOIANIA		
<b>UF</b>	GO					<b>UF</b>	GO		
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO					<b>Insc. Estadual</b>	10800323-0		
<b>Contato</b>	Enivaldo Campos Rodrigues					<b>Contato</b>	MARCOS OU SUZANA		
<b>Telefone</b>	(62) 9 9973-7067					<b>Telefone</b>	(62) 9 9155-0179		
<b>Email</b>	comprasmatriz@institutocem.org.br					<b>Email</b>	z.com28.12@gmail.com		
<b>Prazo de Entrega Solicitado</b>	8					<b>Prazo de Entrega</b>	15 DIA(s)		
<b>Cond. Pagamento Solicitado</b>	A PRAZO					<b>Cond. Pagamento</b>	30 Dias		
<b>Forma de Pagamento</b>	BOLETO BANCÁRIO					<b>Nome do Vendedor</b>	MARCOS CAMARGO		
<b>Endereço de cobrança</b>	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					<b>Tipo de Frete</b>	CIF		
<b>Endereço de entrega</b>	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					<b>Faturamento Mínimo</b>	100,00		
						<b>Validade da Proposta</b>	31/05/2024		
<b>Observações do Comprador</b>									
<p>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. .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE  .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.</p>									
<b>Observações do Fornecedor</b>									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>									
10	47086	FILTRO DE FLUIDO DE DIALISE	DIASAFE PLUS	FRESENIUS	10,00	UNIDADE	1.180,0000	0,00	11.800,00
COMPATIVEL COM O EQUIPAMENTO: DIASAFE PLUS (FRESENIUS)									
<b>Total do pedido</b>									<b>11.800,00</b>

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
456897	158752	58601 / 52993	03/05/2024	6.500,00	O.C. Emitida	MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE	
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor	
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO CEM - FORMOSA					<b>Razão Social</b>	HOSPMED COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO CEM - FORMOSA					<b>Nome Fantasia</b>	HOSPMED
<b>CPF/CNPJ</b>	12.053.184/0008-03					<b>CPF/CNPJ</b>	37.821.276/0001-40
<b>CEP</b>	73.805-201					<b>CEP</b>	74.303-030
<b>Endereço</b>	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA					<b>Endereço</b>	AV C-0018 - SETOR SUDOESTE
<b>Cidade</b>	FORMOSA					<b>Cidade</b>	GOIANIA
<b>UF</b>	GO					<b>UF</b>	GO
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO					<b>Insc. Estadual</b>	108012930
<b>Contato</b>	Enivaldo Campos Rodrigues					<b>Contato</b>	MARLENE
<b>Telefone</b>	(62) 9 9973-7067					<b>Telefone</b>	(62) 9 8128-6045
<b>Email</b>	comprasmatriz@institutocem.org.br					<b>Email</b>	hospmmed.compras01@gmail.com
<b>Prazo de Entrega Solicitado</b>	8					<b>Prazo de Entrega</b>	5 DIA(s)
<b>Cond. Pagamento Solicitado</b>	A PRAZO					<b>Cond. Pagamento</b>	30 Dias
<b>Forma de Pagamento</b>	BOLETO BANCÁRIO					<b>Nome do Vendedor</b>	Marlene Perpetua da Silva
<b>Endereço de cobrança</b>	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					<b>Tipo de Frete</b>	CIF
<b>Endereço de entrega</b>	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					<b>Faturamento Mínimo</b>	1.000,00
						<b>Validade da Proposta</b>	28/06/2024

**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. .ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE  
.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
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>									
7	38724	CURATIVO CATETER TRANSPARENTE COM CLOREXIDINA 2% 8,5 X 11,5 CM	3M	3M	100,00	UNIDADE	65,0000	0,00	6.500,00
<b>Total do pedido</b>									<b>6.500,00</b>

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
456896	158752	58601 / 52993	03/05/2024	5.598,02	O.C. Emitida	MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE			
<b>Condições de Negócio do Comprador</b>						<b>Condições de Negócio do Fornecedor</b>			
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO CEM - FORMOSA					<b>Razão Social</b>	SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI		
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO CEM - FORMOSA					<b>Nome Fantasia</b>	SUPERMEDICA HOSPITALAR		
<b>CPF/CNPJ</b>	12.053.184/0008-03					<b>CPF/CNPJ</b>	06.065.614/0001-38		
<b>CEP</b>	73.805-201					<b>CEP</b>	74.255-140		
<b>Endereço</b>	AVENIDA OESTE - JARDIM OLIVEIRA					<b>Endereço</b>	RUA C-159 - JARDIM AMERICA		
<b>Cidade</b>	FORMOSA					<b>Cidade</b>	GOIANIA		
<b>UF</b>	GO					<b>UF</b>	GO		
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO					<b>Insc. Estadual</b>	106039750		
<b>Contato</b>	Enivaldo Campos Rodrigues					<b>Contato</b>	TELEVENDAS		
<b>Telefone</b>	(62) 9 9973-7067					<b>Telefone</b>	(62) 3928-8989		
<b>Email</b>	comprasmatriz@institutocem.org.br					<b>Email</b>	vendas12@supermedica.com.br		
<b>Prazo de Entrega Solicitado</b>	8					<b>Prazo de Entrega</b>	2 DIA(s)		
<b>Cond. Pagamento Solicitado</b>	A PRAZO					<b>Cond. Pagamento</b>	30 Dias		
<b>Forma de Pagamento</b>	BOLETO BANCÁRIO					<b>Nome do Vendedor</b>	JULIANA RAMALHO		
<b>Endereço de cobrança</b>	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					<b>Tipo de Frete</b>	CIF		
<b>Endereço de entrega</b>	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					<b>Faturamento Mínimo</b>	1.200,00		
						<b>Validade da Proposta</b>	03/05/2024		
<b>Observações do Comprador</b>									
<p>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 – POLICLÍNICA 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 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.</p>									
<b>Observações do Fornecedor</b>									
<p>VENDEDORA: JULIANA RAMALHO  RAMAL 5170 - EMAIL: LOCALIZADOR03@SUPERMEDICA.COM.BR  62 9669-4917 - SOMENTE WHATSAPP  COT 714806</p>									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>									
2	40087	CAMPO CIRURGICO ESTERIL FENESTRADO 40X40 CM	POLARFIX	POLARFIX	500,00	UNIDADE	1,8600	0,00	930,00
3	33777	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 1000ML - BOLSA	EUROFARMA	EUROFARMA	600,00	BOLSA	7,2867	0,00	4.372,00
BOLSA 1000ML									
9	233	EQUIPO PARA SOLUÇÃO PARENTERAL MACROGOTAS GRAVIT. COM INJETOR LATERAL	GLOMED	GLOMED	400,00	UNIDADE	0,7400	0,00	2960,00
EQUIPO MACRO INJ LAT GRAVIT P/ SOL PARENTERAL EQUIPO P/ INFUSÃO GRAVITACIONAL DE SOLUÇÕES PARENTERAIS: PONTA PERFURANTE, PADRÃO ISO									
<b>Total do pedido</b>									<b>5.598,02</b>

Este documento foi assinado digitalmente e a autenticidade pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/pdf/c/validar-assinatura-10 Informando o código 389120 e o código verificador 53017











Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COORDENADOR DE COMPRAS, em 09/05/2024 às 17:05, 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 10/05/2024 às 08:47, 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 389120 e o código verificador 53017.