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 HE	MODIÁLISE
Condições de	Negócio do Cor	nprador				Condições de Negócio de	o Fornecedor
Razão Social	INS	ГІТИТО СЕМ -	FORMOSA			Razão Social	SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI
Nome Fantas	sia INST	TTUTO CEM - 1	FORMOSA			N E .	
CPF/CNPJ	12.0	53.184/0008-03				Nome Fantasia	SUPERMEDICA HOSPITALAR
CEP	73.8	05-201				CPF/CNPJ	06.065.614/0001-38
Endereço	AVI	ENIDA OESTE -	JARDIM OL	IVEIRA		CEP	74.255-140
Cidade	FOR	MOSA				Endereço	RUA C-159 - JARDIM AMERICA
UF	GO					Cidade	GOIANIA
Insc. Estadua		NTO				UF	GO
Contato		aldo Campos Ro	drimes			Insc. Estadual	106039750
Telefone		9 9973-7067	diffues			Contato	TELEVENDAS
	` /		24 4			Telefone	(62) 3928-8989
Email		prasmatriz@inst	itutocem.org.t	or		Email	vendas12@supermedica.com.br
Prazo de Ent Solicitado	rega 8					Prazo de Entrega	2 DIA(s)
Cond. Pagan	nento A P	RAZO				Cond. Pagamento	30 Dias
Solicitado		,				Nome do Vendedor	JULIANA RAMALHO
Forma de Pa	de Pagamento BOLETO BANCÁRIO					Tipo de Frete	CIF
						Faturamento Mínimo	1.200,00
Endereço de cobrança					RA FORMOSA	Validade da Proposta	03/05/2024
Endereço de	dereço de entrega AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMO /GO (62) 9 9973-7067						

Observações do Comprador	
	17.
FORMOSA / GO	30
.FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ.	2
.AQUISIÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO.	9
FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0008-03 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE ORMOSA/GO.	ca
COTAR SOMENTE FRETE CIF;	erificador
.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:	>
ENCAMINHAR COPIA DA NOTA FISCAL + BOLETO + AML PARA OS E-MAILS: ALMOXARIFADO@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR	go
ALMOZANI PADO PRODUTO A ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL + BOLETO – SUJEIRO A	código
DEVOLUÇÃO: ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE	
GESTÃO N° 03/2022 /2022 – SES / GO.	site:
COMPRAGA MICHA DE FOURNAMENTOS. GÓ EFETUADEMOS O DAGAMENTO ADÓS A ENTREGA DO FOURNAMENTO	0.0
COMPRAS A VISTA DE EQUIPAMENTOS – SO EFETUAREMOS O PAGAMENTO APOS 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. CE 72.905 201	P. ⊆ ⊊
73805-201.	erida no s o 389120
	o e
Observações do Fornecedor	con
	- O
VENDEDORA: JULIANA RAMALHO	SS O
	- 0
RAMAL 5170 - EMAIL: LOCALIZADOR03@SUPERMEDICA.COM.BR	de
62 9669-4917 - SOMENTE WHATSAPP	pode nando
	pode nando
62 9669-4917 - SOMENTE WHATSAPP COT 714806	ento pode nformando
62 9669-4917 - SOMENTE WHATSAPP	mento pode informando
62 9669-4917 - SOMENTE WHATSAPP COT 714806	mento pode informando
62 9669-4917 - SOMENTE WHATSAPP COT 714806 Item Código Descrição Referência Marca Qtde UM VI. Unit. Desconto VI. MÉDICO / HOSPITALAR	ento pode nformando

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

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 HE	MODIÁLISE
Condições de	Negócio do Con	nprador				Condições de Negócio de	o Fornecedor
Razão Social	INS'	ГІТИТО СЕМ -	FORMOSA			Razão Social	SEMPRE HOSPITALAR
Nome Fantas	sia INST	TITUTO CEM - 1	FORMOSA				LTDA
CPF/CNPJ	12.0	53.184/0008-03				Nome Fantasia	SEMPRE
CEP	73.8	05-201				CPF/CNPJ	37.751.411/0001-29
Endereço	AVI	ENIDA OESTE -	JARDIM OL	IVEIRA		СЕР	74.255-140
Cidade	FOR	MOSA				Endereço	R C-0159 - JARDIM AMÉRICA
UF	GO					Cidade	GOIANIA
Insc. Estadua		NTO				UF	GO
Contato	-	aldo Campos Ro	drianas			Insc. Estadual	10799854-8
		•	diffues			Contato	VENER
Telefone	` ′	9 9973-7067				Telefone	(62) 9 9462-2822
Email		prasmatriz@inst	itutocem.org.t	or		Email	
Prazo de Ent Solicitado	rega 8					Prazo de Entrega	4 DIA(s)
Cond. Pagan	nento A Pl	RAZO				Cond. Pagamento	30 Dias
Solicitado						Nome do Vendedor	VENER RQOUE
Forma de Pa	gamento BOI	ETO BANCÁR	IO			Tipo de Frete	CIF
						Faturamento Mínimo	1.200,00
Endereço de cobrança		NIDA OESTE 7 (62) 9 9973-706		RDIM OLIVEI	RA FORMOSA	Validade da Proposta	09/05/2024
Endereço de		NIDA OESTE 7 (62) 9 9973-706		RDIM OLIVEI	RA FORMOSA		

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.

FATURÁR 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 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. 573805-201.

Observações do Fornecedor

Obser	vações do F	ornecedor							con gib
									ide ser
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
MÉDI	CO / HOSP	PITALAR							or te
6	38105	CONECTOR VALVULADO DE SISTEMA FECHADO.	CONECTOR	WELT	500,00	UNIDADE	20,5800	0,00	10.29 0
							To	tal do pedido	10.29000

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste பூற்றி https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-al**a**y@i**lf**

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da propost	a
456899	158752	58601 /	03/05/2024	48.190,80	O.C. Emitida	MATERIAIS PARA	HEMODIÁLISE
Condições de N	Jacksia da Cau	52993				Candiazas da Nacési	a da Farmacadan
Condições de N	vegocio do Cor	nprador				Condições de Negócio	o do Fornecedor
Razão Social	INS	TITUTO CEM -	FORMOSA			Razão Social	SANTÉ MÉDICA HOSPITALAR LTDA
Nome Fantasi	ia INST	TITUTO CEM - 1	FORMOSA			Nome Fantasia	SANTÉ MÉDICA HOSPITALAR LTDA
CPF/CNPJ	12.0	53.184/0008-03				CPF/CNPJ	16.699.864/0001-83
СЕР	73.8	05-201				CEP	74.366-115
Endereço Cidade		ENIDA OESTE - RMOSA	JARDIM OL	IVEIRA		Endereço	AV. LORENZO ESQUINA COM RPS-5 - RESIDENCIAL PORTO SEGURO
UF	GO	MOSA				Cidade	GOIANIA
Insc. Estadua		VITO				UF	GO
Contato	-	valdo Campos Ro	deiguag			Insc. Estadual	00000000
Telefone		•	diffues			Contato	ITALO MÜLER
	` ′	9 9973-7067	:44			Telefone	(62) 9 8141-3544
Email		prasmatriz@inst	nutocem.org.t	or		Email	vendas01@santedistribuidora.com.br
Prazo de Entr Solicitado	rega 8					Prazo de Entrega	7 DIA(s)
Cond. Pagame	ento A Pl	RAZO				Cond. Pagamento	30 Dias
Solicitado						Nome do	ITALO
Forma de Pag	gamento BOI	LETO BANCÁR	IO			Vendedor	
						Tipo de Frete	CIF
Endereço de cobrança		NIDA OESTE 7 (62) 9 9973-706		RDIM OLIVEI	RA FORMOSA	Faturamento Mínimo	1.500,00
Endereço de e		NIDA OESTE 7 (62) 9 9973-706		RDIM OLIVEI	RA FORMOSA	Validade da Proposta	09/05/2024

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

.ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE

Obse	rvações	do Fornecedor							ser con
		Descrição	Referência	Marca	Qtde	I I I I I I I I I I I I I I I I I I I	VI. Unit.	Desconto	VI. Total
MÉD	JICO / H	IOSPITALAR	_						Ē. Ē
1		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	0 2
AGU	LHA DF	E FISTULA ARTERIOVENOSA 16G X 1 PROTECAO	; COM DISPOSITIVO DE SEGURANCA (NR-32) ; J	DIAMETRO: 1	,60MM X	35MM			deste
4		CONCENTRADO POLIELETROLITICO HEMODIALISE SOL ACIDA 5 LITROS	CONCENTRADO POLIELETROLÍTICO HEMODIALISE SOL ACIDA 5 LITROS	FARMARIN	200,00	GALÃO	19,0300	0,00	3.80600
GAL	ÃO 5 LI	TROS; PARA SER UTILIZADO EM MÁQUINA DE H	HEMODIÁLISE DA MARCA B.BRAUN, MODELO Γ	DIALOG.					Sida
5		CONCENTRADO POLIELETROLITICO HEMODIALISE SOL. BASICA 5 LITROS	CONCENTRADO POLIELETROLITICO HEMODIALISE SOL. BASICA 5 LITRO	FARMARIN	600,00	GALÃO	18,8400	0,00	11.30
GAL	ÃO DE 5	5 LITROS							- A
8	16/593 1	DIALISADOR POLIETERSULFONA 20H ALTO FLUXO 2,0M2	DIALISADOR POLIETERSULFONA 20H ALTO FLUXO	DORA	480,00	UNIDADE	45,9200	0,00	22.04
11		KIT SET LINHAS DE SANGUE ARTERIAL /VENOSO P/ MAO HEMODIALISE	KIT SET LINHAS DE SANGUE ARTERIAL /VENOSO P/ MAO HEMODIALISE	NIPRO	720,00	KIT	11,3600	0,00	8.17

PARA MÁQUINAS DE HEMODIÁLISE (ONTENDO LINHA DE SANGUE ARTERIAL COM SEGUIMENTO DE BOMBA COM 280MM DE EXTENSÃO E DIÂMETRO DE 8MM 55 SENSOR DE PRESSÃO COM CONECTOR LUER, PONTO DE INJEÇÃO, CLAMPS NA EXTENSÃO DA LINHA PRÓXIMA AO CONECTOR LUER, LINHA DE SANGUE VENOSA 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 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.

Total do pedido 48.1998

Este document https://cem.voz

código verificador 53017

Nro Pedido	Nro Gerenci	al Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
456898	158752	58601 / 52993	03/05/2024	11.800,00	O.C. Emitida	MATERIAIS PARA HE	EMODIÁLISE
Condições de	Negócio do C					Condições de Negócio d	o Fornecedor
Condições de	regocio do C	mpi auoi				Condições de regoció d	0 For necedor
Razão Social Nome Fantas		STITUTO CEM - STITUTO CEM - 1				Razão Social	ZA.COM COMERCIO E SOLUCOES EMPRESARIAIS EIRELI
CPF/CNP.I		.053.184/0008-03	FURMUSA			Nome Fantasia	Z&.COM SOLUCOES EMPRESARIAIS
						CPF/CNPJ	30.314.811/0001-28
CEP		.805-201	*********	W.END.		СЕР	74.465-270
Endereço		VENIDA OESTE -	· JARDIM OL	LIVEIRA		Endereço	R MAES, DAS - JD NOVA ESPERANÇA
Cidade		ORMOSA				Cidade	GOIANIA
UF	G					UF	GO
Insc. Estadua		ENTO				Insc. Estadual	10800323-0
Contato	Er	ivaldo Campos Ro	odrigues			Contato	MARCOS OU SUZANA
Telefone	(6)	2) 9 9973-7067					
Email	co	mprasmatriz@inst	itutocem.org.l	or		Telefone	(62) 9 9155-0179
Prazo de Ent	trega 8					Email	z.com28.12@gmail.com
Solicitado						Prazo de Entrega	15 DIA(s)
Cond. Pagan	nento A	PRAZO				Cond. Pagamento	30 Dias
Solicitado		,				Nome do Vendedor	MARCOS CAMARGO
Forma de Pa	gamento Bo	DLETO BANCÁR	IO			Tipo de Frete	CIF
						Faturamento Mínimo	100,00
Endereço de cobrança		'ENIDA OESTE 7 O (62) 9 9973-706'		RDIM OLIVEI	RA FORMOSA	Validade da Proposta	31/05/2024
Endereço de		TENIDA OESTE 7 O (62) 9 9973-706		RDIM OLIVEI	RA FORMOSA		

Discrizações do Comprindor FORMOSA / CO FAVOR ATILAIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ. AQUESÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO. AQUESÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO. COTAR SOMENTE PRETE CIE: BENADISHARA COPENTA RA DE DESCRITIVO DO PRODUTO, SEM ALTERAR QUANTIDADE NEM NOMES. SUJEITO A ENEVOLUÇÃO. COTAR SOMENTE PRETE CIE: BENADISHARA COPIA DA NOTA FISCAL + BOLETO + XML PARA OS E-MAILS: ALMONARI/ADDO-POLICLÍNICA/DEMOSA, ORGER E CONTROLADORIA #POLICLÍNICA/FORMOSA, ORGER E CONTROLADORIA #POLICLÍNICA/FORMOSA/FO	Ende	reço de entre	ga AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM O /GO (62) 9 9973-7067	LIVEIRA FORMOSA						
ANOTAK NORDATEDA NOTA FISCAL: CONTRATOLE GESTAO (** 09/2022 /2022 - SES / GO. COMPATIVEL COM DEQUIPAMENTO: DIASAFE PLUS (FRESENIUS) Total do pedido Total do pedido Total do pedido ANOTAK NORDATEDA NOTA FISCAL: CONTRATOLE CONTRATOLE ANOTAK NORDATEDA NOTA FISCAL: CONTRATOLE CONTRATOLE DIASAFE PLUS (FRESENIUS) Total do pedido Total do pedido Total do pedido Total do pedido TOTAL DE PLUS (FRESENIUS) TOTAL DE PLUS (FRESENIUS) TOTAL DO PROPERTY OF TOTAL DE PLUS OF TOTAL	Observ	vações do Co	nprador							
Item Código Descrição Referência Marca Qtde UM VI. Unit. Desconto VI. Total de PLUID OF INTERPRETATAR 10 47086 FILTRO DE FLUIDO DE DIALISE DIASAFE PLUS FRESENIUS 10,00 UNIDADE 1.180,0000 0,00 11.306608 COMPATIVEL COM O EQUIPAMENTO: DIASAFE PLUS (FRESENIUS) Total do pedido 11.808,000 PREUSSER-LEURISE PROPRIAÇÃO PROP	.FAVC .AQUI .FATU .COTA .FAVC DEVO ALMC .ENVI .DEVO	DR ATUALIZ SIÇÃO DES' RAR NO CN IR SOMENT DR ATENTAI LUÇÃO; DXARIFADO AR JUNTOS LUÇÃO;	EINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL É Pl.: 12.053.184/0008-03 - INSTITUTO CEM – Po E FRETE CIF; L'AO DESCRITIVO DO PRODUTO, SEM ALTE POLICLINICAFORMOSA.ORG.BR E CONT DO PRODUTO A ORDEM DE COMPRA + NO	DA CIDADE DE FÓRMO OLICLINICA DE ORMO ERAR QUANTIDADE NI ENCAMINH. FROLADORIA @POLICL TA FISCAL + BOLETO -	SA / GO. SA/GO. EM NOMES - SUJE AR CÓPIA DA NOT INICAFORMOSA.C - SUJEIRO A	A FISCA DRG.BR .ANO	TAR NO RODAI	PÉ DA NOTA FIS	CAL: CONTR	erida 'no site: 0 389120 e o
Item Código Descrição Referência Marca Qtde UM VI. Unit. Desconto VI. Total & Elementaria Elementaria Diagram Proprieta Pr										o Si
10 47086 FILTRO DE FLUIDO DE DIALISE DIASAFE PLUS FRESENIUS 10,00 UNIDADE 1.180,0000 0.00 11.806,00										g g
10 47086 FILTRO DE FLUIDO DE DIALISE DIASAFE PLUS FRESENIUS 10,00 UNIDADE 1.180,0000 0.00 11.806,00			,	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	VI. Total
COMPATIVEL COM O EQUIPAMENTO: DIASAFE PLUS (FRESENIUS) Total do pedido T		_		T	T	T		T		u bul
Total do pedido Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade descuente provincial assinatul provincial assinatura assinatul provincial assinat					FRESENIUS	10,00	UNIDADE	1.180,0000	0,00	
Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade des https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatur	COMP	ATIVELCO	W O EQUIFAMENTO. DIASAFE FLUS (FRESE	ENIUS)				Te	otal do pedido	11.800.00
i azma t uc v				Pagina	1 4 de 6					Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade de https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinat

Nro Pedido	Nro Gerencia	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
456897	158752	58601 / 52993	03/05/2024	6.500,00	O.C. Emitida	MATERIAIS PARA HI	EMODIÁLISE		
Condições de l	Negócio do Co	1				Condições de Negócio d	la Fornecedor		
•	8	•							
Razão Social		TITUTO CEM -				Razão Social	HOSPMED COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA		
Nome Fantas	ia INS	FITUTO CEM - 1	FORMOSA			Nome Fantasia	HOSPMED		
CPF/CNPJ	12.0	053.184/0008-03							
CEP	73.8	305-201				CPF/CNPJ	37.821.276/0001-40		
Endereço	AV	ENIDA OESTE -	JARDIM OL	LIVEIRA		СЕР	74.303-030		
Cidade	FO	RMOSA				Endereço	AV C-0018 - SETOR SUDOESTE		
UF	FORMOSA GO					Cidade	GOIANIA		
Insc. Estadua						UF	GO		
	-		deignos			Insc. Estadual	108012930		
Contato		valdo Campos Ro	ourigues			Contato	MARLENE		
Telefone	` '	9 9973-7067				Telefone	(62) 9 8128-6045		
Email	con	nprasmatriz@inst	itutocem.org.b	or		Email	hospmed.compras01@gmail.com		
Prazo de Ent	rega 8						1 1		
Solicitado						Prazo de Entrega	5 DIA(s)		
Cond. Pagam Solicitado	nento A P	RAZO				Cond. Pagamento	30 Dias		
						Nome do Vendedor	Marlene Perpetua da Silva		
Forma de Pa	gamento BO	LETO BANCÁR	Ю			Tipo de Frete	CIF		
						Faturamento	1.000,00		
Endereço de		ENIDA OESTE 7		RDIM OLIVEI	RA FORMOSA	Mínimo			
cobrança	JGO (62) 9 9973-7067					Validade da 28/06/2024			
Endereço de		ENIDA OESTE 7 (62) 9 9973-706		RDIM OLIVEI	RA FORMOSA	Proposta			

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.

FATURÁR 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 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. 573805-201.

Observações do Fornecedor

Obse	rvações d	o Fornecedor							con e
									ser
							1		ndo ndo
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Togal
MÉD	ICO / HC	OSPITALAR							VI. Total
7	38724	CURATIVO CATETER TRANSPARENTE COM CLOREXIDINA 2% 8,5 X 11,5 CM	3M	3M	100,00	UNIDADE	65,0000		€0€
							Total	l do pedido	6.500,00

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste ।**କ**୍ଷଦ୍ୱକୀକୀ https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-alକ୍ଷ୍ଟର୍

Nro Pedido	Nro Gerenci	al Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
456896	158752	58601 / 52993	03/05/2024	5.598,02	O.C. Emitida	MATERIAIS PARA HE	MODIÁLISE
Condições de	Negócio do C					Condições de Negócio d	o Fornecedor
Condições de	regocio do C	лирі ацоі				Condições de regoció d	o Forneccuoi
Razão Social Nome Fantas		STITUTO CEM - STITUTO CEM - 1				Razão Social	SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI
CPF/CNP.I		.053.184/0008-03	FURMUSA			Nome Fantasia	SUPERMEDICA HOSPITALAR
CEP CEP		.805-201				CPF/CNPJ	06.065.614/0001-38
Endereço		.803-201 /ENIDA OESTE -	IA DDIM OI	IVEID A		СЕР	74.255-140
Cidade		RMOSA	JAKDIM OL	LIVEIKA		Endereço	RUA C-159 - JARDIM AMERICA
UF	G					Cidade	GOIANIA
Insc. Estadua	_	ENTO				UF	GO
Contato		ivaldo Campos Ro	deignos			Insc. Estadual	106039750
Telefone		ivaido Campos Re 2) 9 9973-7067	diffues			Contato	TELEVENDAS
Email	`	mprasmatriz@inst	itutaaam ana l			Telefone	(62) 3928-8989
		mprasmaurzemst	nutocem.org.t	л		Email	vendas12@supermedica.com.br
Prazo de Ent Solicitado	irega o					Prazo de Entrega	2 DIA(s)
Cond. Pagan	nento A	PRAZO				Cond. Pagamento	30 Dias
Solicitado						Nome do Vendedor	JULIANA RAMALHO
Forma de Pa	gamento Bo	DLETO BANCÁR	IO			Tipo de Frete	CIF
						Faturamento Mínimo	1.200,00
Endereço de cobrança		ENIDA OESTE 7 O (62) 9 9973-706		RDIM OLIVEI	RA FORMOSA	Validade da Proposta	03/05/2024
Endereço de		ENIDA OESTE 7 O (62) 9 9973-706		RDIM OLIVEI	RA FORMOSA		

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.

FATURÁR 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 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. 573805-201.

Observações do Fornecedor

VEN RAM 62 90	NDEDOR MAL 5170	do Fornecedor A: JULIANA RAMALHO - EMAIL: LOCALIZADOR03@SUPERMEDICA.COM.BR - SOMENTE WHATSAPP							ento pode ser conie			
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde		Vl. Unit.	Desconto	VI E O			
MÉJ	DICO / H	OSPITALAR							te da-al			
2	40087	CAMPO CIRURGICO ESTERIL FENESTRADO 40X40 CM	POLARFIX	POLARFIX	500,00	UNIDADE	1,8600	0,00	93600			
3	33777	CLORETO DE SODIO SOL INJ 0,9% 1000ML - BOLSA	EUROFARMA	EUROFARMA	600,00	BOLSA	7,2867	0,00	4.37202			
BOI	SA 1000N	ML		,					da ass			
9	233	EQUIPO PARA SOLUÇÃO PARENTERAL MACROGOTAS GRAVIT. COM INJETOR LATERAL	GLOMED	GLOMED	400,00	UNIDADE	0,7400	0,00	29600 10000			
EQU	IPO MAC	CRO INJ LAT GRAVIT P/ SOL PARENTERAL EQUIPO P/ INFUSÃO GRAVITACIONAL I	DE SOLUÇÕES	PARENTERAIS	: PONT	'A PERFUR	NTE, P	ADRÃO IS				
	Total do pedido 5.598,02											



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.