

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
392523	129016	509	25/01/2022	540,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE CORRELATOS PARA REPOS-]AO MENSAL - HEJA			
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor			
Razão Social	INSTITUTO CEM					Razão Social	H M BORGES		
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM (JARAGUA)					Nome Fantasia	VITALMED PRODUTOS MEDICOS E HOSPITALARES		
CNPJ	12.053.184/0004-80					CNPJ	14.631.657/0001-61		
CEP	76.330-000					CEP	74.463-848		
Endereço	R ORDENER FERREIRA RIOS - SETOR JARDIM AEROPORTO					Endereço	RUA MIGUEL ABDALA ESQ. C/IB 12 - JD BONANZA		
Cidade	JARAGUA					Cidade	GOIANIA		
UF	GO					UF	GO		
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	105179647		
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato	HARLEY BORGES 62 993565635		
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 3581-0361		
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email	vitalmedgo@gmail.com		
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	HARLEY BORGES		
						Tipo de Frete	CIF		
						Faturamento Mínimo	500,00		
						Validade da Proposta	31/01/2022		
Endereço de cobrança	AV. DIONE GOMES PEREIRA DA SILVA 76.330-000 SETOR AEROPORTO JARAGUA/GO (14) 9 8109-3089								
Endereço de entrega	AV. DIONE GOMES PEREIRA DA SILVA 76.330-000 SETOR AEROPORTO JARAGUA/GO (14) 9 8109-3089								
Observações do Comprador									
FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0004-80 - COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE; 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 FOR JUNTOS; ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML NO E-MAIL: ALMOXARIFADO@HEJAGO.ORG.BR; ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 06/2021 - 2º TERMO ADITIVO									
Observações do Fornecedor									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vi. Unit.	Desconto	Vi. Total
MÉDICO / HOSPITALAR									
5		FRALDA GERIATRICA DESCARTAVEL XG	KISSES	KISSES	40,00	UNIDADE	13,5000	0,00	540,00
Total do pedido									540,00

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser verificada no site https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-anexo informando o código 48160 e o código verificador 6879.

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
392522	129016	509	25/01/2022	1.029,65	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE CORRELATOS PARA REPOS-]AO MENSAL - HEJA				
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor				
Razão Social	INSTITUTO CEM					Razão Social	DISPOMED HOSPITALAR LTDA			
Nome Fantasia	INSTITUTO CEM (JARAGUA)					Nome Fantasia	DISPOMED HOSPITALAR			
CNPJ	12.053.184/0004-80					CNPJ	12.563.882/0001-82			
CEP	76.330-000					CEP	74.910-095			
Endereço	R ORDENER FERREIRA RIOS - SETOR JARDIM AEROPORTO					Endereço	AV SAO PAULO - PARQUE REAL			
Cidade	JARAGUA					Cidade	APARECIDA DE GOIANIA			
UF	GO					UF	GO			
Insc. Estadual	ISENTO					Insc. Estadual	104881160			
Contato	Enivaldo Campos Rodrigues					Contato	FERNANDO VECCHI			
Telefone	(62) 9 9973-7067					Telefone	(62) 2020-7777			
Email	comprasmatriz@institutocem.org.br					Email	comercial@dispomed.net.br			
Prazo de Entrega Solicitado	4					Prazo de Entrega	1 DIA(s)			
Cond. Pagamento Solicitado	A PRAZO					Cond. Pagamento	30 Dias			
Nome do Vendedor						Nome do Vendedor	WANDERSON			
Tipo de Frete						Tipo de Frete	CIF			
Faturamento Mínimo						Faturamento Mínimo	1.000,00			
Validade da Proposta						Validade da Proposta	31/01/2022			
Endereço de cobrança	AV. DIONE GOMES PEREIRA DA SILVA 76.330-000 SETOR AEROPORTO JARAGUA/GO (14) 9 8109-3089									
Endereço de entrega	AV. DIONE GOMES PEREIRA DA SILVA 76.330-000 SETOR AEROPORTO JARAGUA/GO (14) 9 8109-3089									
Observações do Comprador										
FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0004-80 - COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE; 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 FOR JUNTOS; ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML NO E-MAIL: ALMOXARIFADO@HEJAGO.ORG.BR; ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 06/2021 - 2º TERMO ADITIVO										
Observações do Fornecedor										
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total	
MÉDICO / HOSPITALAR										
1		AGULHA DESC. SEM DISP. DE SEGURANCA 30 X 0,8 MM	WILTEX	WILTEX	500,00	UNIDADE	0,0895	0,00	44,70	
3		ELETRODO DESC. MONITORIZAÇÃO CARDIACA ADULTO	MEDIX	MEDIX	1.500,00	UNIDADE	0,2916	0,00	437,40	
4		EQUIPO MACROGOTAS DESC. C/ CONEC LUER SLIP C/ INJETOR LATERAL	WILTEX	WILTEX	500,00	UNIDADE	1,0950	0,00	547,50	
								Total do pedido		1.029,65

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta				
392521	129016	509	25/01/2022	1.226,56	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE CORRELATOS PARA REPOS-]AO MENSAL - HEJA				
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor				
Razão Social		INSTITUTO CEM				Razão Social		HOSPFAR INDUSTRIA E COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES S/A		
Nome Fantasia		INSTITUTO CEM (JARAGUA)				Nome Fantasia		HOSPFAR GOIANIA		
CNPJ		12.053.184/0004-80				CNPJ		26.921.908/0001-21		
CEP		76.330-000				CEP		74.620-385		
Endereço		R ORDENER FERREIRA RIOS - SETOR JARDIM AEROPORTO				Endereço		RUA: 3, QD:0, LTS: 02,05/07-11 - SETOR: MORAIS		
Cidade		JARAGUA				Cidade		GOIANIA		
UF		GO				UF		GO		
Insc. Estadual		ISENTO				Insc. Estadual		10.232.108-6		
Contato		Enivaldo Campos Rodrigues				Contato		ORLANDO 08007033500 / CRISTINA 11-21853500 SP/RJ		
Telefone		(62) 9 9973-7067				Telefone		(62) 3269-3500		
Email		comprasmatriz@institutocem.org.br				Email		igor.lobo@hospfar.com.br;televendasspi@hospfar.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		LEYDISLENE ROSANGELA MARQUES		
						Tipo de Frete		CIF		
						Faturamento Mínimo		300,00		
						Validade da Proposta		27/01/2022		
Endereço de cobrança		AV. DIONE GOMES PEREIRA DA SILVA 76.330-000 SETOR AEROPORTO JARAGUA/GO (14) 9 8109-3089								
Endereço de entrega		AV. DIONE GOMES PEREIRA DA SILVA 76.330-000 SETOR AEROPORTO JARAGUA/GO (14) 9 8109-3089								
Observações do Comprador										
FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0004-80 - COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE; 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 FOR JUNTOS; ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML NO E-MAIL: ALMOXARIFADO@HEJAGO.ORG.BR; ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 06/2021 - 2º TERMO ADITIVO										
Observações do Fornecedor										
PREZADOS, PRECISAMOS O ALVARÁ SANITÁRIO ATUAL.										
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total	
MÉDICO / HOSPITALAR										
2		COLETOR DE URINA SISTEMA ABERTO 2000 ML	COLETOR URINA ADULTO 2000ML PCT /100UND	SEGMED	200,00	UNIDADE	0,3353	0,00	67,06	
6		LUVA DE PROCEDIMENTO DE LATEX TAMANHO P	LUVA PROCEDIMENTO D/LATEX C/PO P CX /100U	LATEX BR	50,00	CAIXA	23,1900	0,00	1.159,50	
100UN										
Total do pedido										1.226,56



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 25/01/2022 às 08:37, 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 25/01/2022 às 11:51, 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 48060 e o código verificador 6879.