

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
392606	128857	3310	25/01/2022	1.990,00	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS DE SEGURANCA	
<b>Condições de Negócio do Comprador</b>						<b>Condições de Negócio do Fornecedor</b>	
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO CEM					<b>Razão Social</b>	HOSPMED COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO CEM*					<b>Nome Fantasia</b>	HOSPMED
<b>CNPJ</b>	12.053.184/0001-37					<b>CNPJ</b>	37.821.276/0001-40
<b>CEP</b>	74.810-100					<b>CEP</b>	74.403-100
<b>Endereço</b>	AV JAMEL CECILIO - JARDIM GOIÁS					<b>Endereço</b>	R 0006 - SETOR CASTELO BRANCO
<b>Cidade</b>	GOIANIA					<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>	NAOR BORGES					<b>Contato</b>	MARLENE
<b>Telefone</b>	(62) 9 9973-7067					<b>Telefone</b>	(62) 9 8128-6045
<b>Email</b>	naor@institutocem.org.br					<b>Email</b>	hospmmed.compras01@gmail.com
<b>Prazo de Entrega Solicitado</b>	4					<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>	MARLENE PERPETUA DA SILVA
<b>Tipo de Frete</b>						<b>Tipo de Frete</b>	CIF
<b>Faturamento Mínimo</b>						<b>Faturamento Mínimo</b>	1.000,00
<b>Validade da Proposta</b>						<b>Validade da Proposta</b>	17/02/2022
<b>Endereço de cobrança</b>	AV. OESTE, QUADAS 4, 5 E 9, LOTEAMENTO STA BARBARA 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA/GO (62) 3157-0732						
<b>Endereço de entrega</b>	AV. OESTE, QUADAS 4, 5 E 9, LOTEAMENTO STA BARBARA 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA/GO (62) 3157-0732						

**Observações do Comprador**

FORMOSA / GO  
 . AQUISIÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO.  
 FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0001-37 DA MATRIZ.  
 FAVOR ATENTAR AO DESCRITIVO DO PRODUTO, SEM ALTERAR QUANTIDADE NEM NOMES -SUJEITO A DEVOLUÇÃO.  
 ENVAMINHAR CÓPIA DA NOTA FISCAL + BOLETO + XML PARA O E-MAIL: POLICLINICA@INSTITUTOCEM.ORG.BR  
 ENVIAR JUNTOS DO PRODUTO A ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL.  
 ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE GESTÃO N° 3/2022 -SES / GO.

**Observações do Fornecedor**

Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
<b>EPI / SEGURANÇA / INCÊNDIO</b>									
1		EXTINTORES 06 kg ABC	COTRIN INCENDIO	COTRIN INCENDIO	10,00	UNIDADE	199,0000	0,00	1.990,00
<b>Total do pedido</b>									<b>1.990,00</b>

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
392605	128857	3310	25/01/2022	506,26	O.C. Emitida	SOLICITACAO MATERIAIS DE SEGURANCA			
<b>Condições de Negócio do Comprador</b>						<b>Condições de Negócio do Fornecedor</b>			
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO CEM					<b>Razão Social</b>	HGM DISTRIBUICAO DE PRODUTOS MEDICOS HOSPITALARES LTDA		
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO CEM*					<b>Nome Fantasia</b>	HGM DISTRIBUICAO DE PRODUTOS MEDICOS HOSPITALARES LTDA		
<b>CNPJ</b>	12.053.184/0001-37					<b>CNPJ</b>	37.053.176/0001-11		
<b>CEP</b>	74.810-100					<b>CEP</b>	74.495-060		
<b>Endereço</b>	AV JAMEL CECILIO - JARDIM GOIÁS					<b>Endereço</b>	R FREI CONFALLONE - CONJUNTO VERA CRUZ 2		
<b>Cidade</b>	GOIANIA					<b>Cidade</b>	GOIANIA		
<b>UF</b>	GO					<b>UF</b>	GO		
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO					<b>Insc. Estadual</b>	107940086		
<b>Contato</b>	NAOR BORGES					<b>Contato</b>	HILDEBRANDO DE ARAUJO		
<b>Telefone</b>	(62) 9 9973-7067					<b>Telefone</b>	(62) 9 8252-5761		
<b>Email</b>	naor@institutocem.org.br					<b>Email</b>	.		
<b>Prazo de Entrega Solicitado</b>	4					<b>Prazo de Entrega</b>	1 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>	HILDEBRANDO DE ARAUJO		
<b>Endereço de cobrança</b>	AV. OESTE, QUADAS 4, 5 E 9, LOTEAMENTO STA BARBARA 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA/GO (62) 3157-0732					<b>Tipo de Frete</b>	CIF		
<b>Endereço de entrega</b>	AV. OESTE, QUADAS 4, 5 E 9, LOTEAMENTO STA BARBARA 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA/GO (62) 3157-0732					<b>Faturamento Mínimo</b>	500,00		
						<b>Validade da Proposta</b>	31/01/2022		
<b>Observações do Comprador</b>									
FORMOSA / GO . AQUISIÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0001-37 DA MATRIZ. FAVOR ATENTAR AO DESCRITIVO DO PRODUTO, SEM ALTERAR QUANTIDADE NEM NOMES -SUJEITO A DEVOLUÇÃO. ENVAMINHAR CÓPIA DA NOTA FISCAL + BOLETO + XML PARA O E-MAIL: POLICLINICA@INSTITUTOCEM.ORG.BR ENVIAR JUNTOS DO PRODUTO A ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL. ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE GESTÃO N° 3/2022 -SES / GO.									
<b>Observações do Fornecedor</b>									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vi. Unit.	Desconto	Vi. Total
<b>EPI / SEGURANÇA / INCÊNDIO</b>									
2		PLACA DE EXTINTORES	WR	WR	11,00	UNIDADE	10,6600	0,00	117,26
3		SUPORTE DE EXTINTOR DE PISO	INDUSTRIAL	INDUSTRIAL	10,00	UNIDADE	38,9000	0,00	389,00
<b>Total do pedido</b>									<b>506,26</b>





Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
405001	134368	18117 - 15074	15/06/2022	1.078,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTOS PARA A FARMACIA QUIRINOPOLIS	
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor	
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO CEM					<b>Razão Social</b>	CIENTIFICA MEDICA HOSPITALAR LTDA
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO CEM					<b>Nome Fantasia</b>	CIENTIFICA HOSPITALAR
<b>CNPJ</b>	12.053.184/0005-60					<b>CNPJ</b>	07.847.837/0001-10
<b>CEP</b>	75.860-000					<b>CEP</b>	74.853-030
<b>Endereço</b>	RUA FABIO GARCIA DA SILVEIRA - SETOR CENTRAL					<b>Endereço</b>	AV B, QD. 25, LT.04. - JARDIM SANTO ANTONIO
<b>Cidade</b>	QUIRINOPOLIS					<b>Cidade</b>	GOIANIA
<b>UF</b>	GO					<b>UF</b>	GO
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO					<b>Insc. Estadual</b>	10.399.060-7
<b>Contato</b>	Enivaldo Campos Rodrigues					<b>Contato</b>	LUANA
<b>Telefone</b>	(62) 9 9973-7067					<b>Telefone</b>	(62) 3088-9700
<b>Email</b>	comprasmatriz@institutocem.org.br					<b>Email</b>	gerenciadmh1@gmail.com
<b>Prazo de Entrega Solicitado</b>	4					<b>Prazo de Entrega</b>	1 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>	CAROLINA
<b>Tipo de Frete</b>						<b>Tipo de Frete</b>	CIF
<b>Faturamento Mínimo</b>						<b>Faturamento Mínimo</b>	200,00
<b>Validade da Proposta</b>						<b>Validade da Proposta</b>	18/06/2022
<b>Endereço de cobrança</b>	RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (62) 9 8545-1684						
<b>Endereço de entrega</b>	RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (62) 9 8545-1684						

**Observações do Comprador**

QUIRINÓPOLIS / GO.  
FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60 - COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE - SUJEITO A DEVOLUÇÃO;  
NÃO DESCONTAR NOSSOS TÍTULOS EM FACTORING. NÃO PAGAMOS JUROS;  
ENVIAR JUNTO A MERCADORIA CÓPIA DA ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL + BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS;  
ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML NO E-MAIL: ALMOXARIFADO@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR;  
CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR  
ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO N° 01/2021 - SES / GO.

**Observações do Fornecedor**

Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>									
7		DIPR BETAMETSONA 5MG + FOSF BETADMEASONA 2MG/ML INJ AMP 1ML	DUOFLAM	CRISTALIA	30,00	AMPOLA	6,9900	0,00	209,70
AMPOLA DE 1 ML									
8	46178	FENTANILA, CITRATO SOL INJ 50MCG/ML 2ML - UNIFENTAL	CX/50	UNIAO QUIMICA	50,00	AMPOLA	1,5800	0,00	790,00
AMPOLA DE 2ML									
9	34636	FLUMAZENIL SOL INJ 0,1MG/ML 5ML - GEN HIPOLABOR	CX/05	TEUTO	15,00	AMPOLA	5,9200	0,00	88,80
AMPOLA DE 5ML									
11	5828	LIDOCAINA SOL INJ 2% S/ VASOCONSTRITOR 20ML	CX/10	CRISTALIA	50,00	FRASCO	10,3500	0,00	517,50
FR 20 ML									
16		TRIANCINOLONA SOL INJ 20MG/ML 1 ML	CX/5	APSEN	10,00	AMPOLA	18,3000	0,00	183,00
AMPOLA DE 1 ML									
<b>Total do pedido</b>									<b>1.078,00</b>



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 25/01/2022 às 13:05, 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 25/01/2022 às 13:35, 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 48136 e o código verificador 6917.