

# Dados do Pedido

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
392824	129019	510	26/01/2022	2.800,00	Encerrada	SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO PARA REPOSIÇÃO DE ESTOQUE - HEJA					
<b>Condições de Negócio do Comprador</b>						<b>Condições de Negócio do Fornecedor</b>					
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO CEM					<b>Razão Social</b>	ELLO DISTRIBUICAO LTDA - EPP				
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO CEM (JARAGUA)					<b>Nome Fantasia</b>	ELLO DISTRIBUICAO				
<b>CNPJ</b>	12.053.184/0004-80					<b>CNPJ</b>	14.115.388/0001-80				
<b>CEP</b>	76.330-000					<b>CEP</b>	74.780-562				
<b>Endereço</b>	R ORDENER FERREIRA RIOS - SETOR JARDIM AEROPORTO					<b>Endereço</b>	AV: ANAPOLIS - VILA PEDROSO				
<b>Cidade</b>	JARAGUA					<b>Cidade</b>	GOIANIA				
<b>UF</b>	GO					<b>UF</b>	GO				
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO					<b>Insc. Estadual</b>	10574978248				
<b>Contato</b>	Enivaldo Campos Rodrigues					<b>Contato</b>	WILLIAM PERILLO - 98406-6004				
<b>Telefone</b>	(62) 9 9973-7067					<b>Telefone</b>	(62) 4009-2100				
<b>Email</b>	comprasmatrix@institutocem.org.br					<b>Email</b>	comercial@ellodistribuicao.com.br;compras@ellodistribuicao.com.br;daniela@ellodistribuicao.com.br;				
<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>	ANA LIVIA				
<b>Endereço de cobrança</b>	AV. DIONE GOMES PEREIRA DA SILVA 76.330-000 SETOR AEROPORTO JARAGUA/GO (14) 9 8109-3089					<b>Tipo de Frete</b>	CIF				
<b>Endereço de entrega</b>	AV. DIONE GOMES PEREIRA DA SILVA 76.330-000 SETOR AEROPORTO JARAGUA/GO (14) 9 8109-3089					<b>Faturamento Mínimo</b>	600,00				
						<b>Validade da Proposta</b>	28/01/2022				
						<b>Motivo da Recusa do Pedido</b>	<b>Não temos mais em estoque</b>				
<b>Observações da Proposta</b>											
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											
<b>Observações do Comprador</b>											
<b>Observações do Fornecedor</b>											
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total		
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>											
13		OMEPRAZOL 40 MG	CAIXA COM 20 UNIDADES	BLAU	200,00	AMPOLA	14,0000	0,00	2.800,00		
									<b>Total do pedido</b>	<b>2.800,00</b>	







Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
395311	130072	017	22/02/2022	1.591,50	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MAT / MED FORNOSO - FARMACEUTICA PEDIU	
<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>	MIGMED MEDICAMENTOS E MATERIAIS HOSPITALARES EIRELI
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO CEM - FORMOSA					<b>Nome Fantasia</b>	MIGMED DISTRIBUIDORA
<b>CNPJ</b>	12.053.184/0008-03					<b>CNPJ</b>	15.829.701/0001-05
<b>CEP</b>	73.801-580					<b>CEP</b>	75.097-150
<b>Endereço</b>	RUA 01 - CENTRO					<b>Endereço</b>	RUA MARGINAL, Nº 40 Q.20 L.02 RES.CEREJEIRAS - ANÁPOLIS
<b>Cidade</b>	FORMOSA					<b>Cidade</b>	ANAPOLIS
<b>UF</b>	GO					<b>UF</b>	GO
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO					<b>Insc. Estadual</b>	10 538 688 0
<b>Contato</b>	Enivaldo Campos Rodrigues					<b>Contato</b>	DAVI
<b>Telefone</b>	(62) 9 9973-7067					<b>Telefone</b>	(62) 9 8328-1055
<b>Email</b>	comprasmatriz@institutocem.org.br					<b>Email</b>	licitacao@migmed.com.br
<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>	30/60/90 Dias
<b>Forma de Pagamento</b>	BOLETO BANCÁRIO					<b>Nome do Vendedor</b>	DAVI
<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>	400,00
						<b>Validade da Proposta</b>	24/02/2022
<b>Observações do Comprador</b>							
<p>FORMOSA / GO</p> <p>. AQUISIÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO.</p> <p>FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0008-03 -*INSTITUTO CEM – POLICLINA DE FORMOSA/GO.</p> <p>FAVOR ATENTAR AO DESCRITIVO DO PRODUTO, SEM ALTERAR QUANTIDADE NEM NOMES – SUJEITO A DEVOLUÇÃO.</p> <p>ENCAMINHAR CÓPIA DA NOTA FISCAL + BOLETO + XML PARA O E-MAIL: POLICLINICA@INSTITUTOCEM.ORG.BR</p> <p>ENVIAR JUNTOS DO PRODUTO A ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL + BOLETO – SUJEIRO A DEVOLUÇÃO.</p> <p>ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE GESTÃO Nº 3/2022 – SES / GO.</p> <p>ENDEREÇO PARA ENTREGA: POLICLÍNICA DA CIDADE DE FORMOSA/GO - ENDEREÇO: AV. OESTE, QUADRAS 4, 5 E 9, S/N, JARDIM OLIVEIRA, CIDADE 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>									
1		AGULHA 20 X 5	AGULHA DESC. 20 X 55 C/100UN	LABOR IMPORT	600,00	UNIDADE	0,1010	0,00	60,60
11		ATADURA GESSADA 15 CM X 3	ATAD. GESSADA CYSNE 15 X 3MT	CREMER	20,00	ROLO	3,1300	0,00	62,60
12		ATADURA GESSADA RAPIDA 15 CM X 3	ATAD. GESSADA RAPIDA 15 X 3MT	CREMER	20,00	ROLO	5,4900	0,00	109,80
29		CLOREXIDINA DEVERMANTE 1 LITRO	CLOREXIDINA DEGERMANTE 2% 1 LT	VIC PHARMA	5,00	UNIDADE	18,9900	0,00	94,95
33		EQUIPO MACROGOTAS	EQUIPO MACRO C/CAMARA C/ INJ LAT L.L	LABOR IMPORT	100,00	UNIDADE	1,3200	0,00	132,00
35		EXTENSOR DE O2	EXTENSOR PARA EQUIPO L.L	EMBRAMED	2,00	UNIDADE	1,5400	0,00	3,08
36		FIO CATGUT SIMPLES 2-0	FIO CATGUT SIMPLES 2-0 C/AG. 4CM C/24UN	SHALON	48,00	UNIDADE	4,9995	0,00	239,98
64		SONDA FOLEY Nº 14	SONDA DE FOLEY LATEX 2 VIAS N 14/10CC C /10UN	SOLIDOR	24,00	UNIDADE	3,3490	0,00	80,38
66		SONDA FOLEY Nº 18	SONDA DE FOLEY LATEX 2 VIAS N 18/10CC C /10UN	SOLIDOR	30,00	UNIDADE	3,5590	0,00	106,77
73		SONDA NASO LONGA Nº 08	SONDA NASOGASTRICA LONGA N 08 10UN	MEDSONDA	10,00	UNIDADE	1,3180	0,00	13,18
74		SONDA NASO LONGA Nº 10	SONDA NASOGASTRICA LONGA N 10 10UN	MEDSONDA	10,00	UNIDADE	1,3790	0,00	13,79
80		SONDA NASO LONGA Nº 8	SONDA NASOGASTRICA LONGA N 08 10UN	MEDSONDA	10,00	UNIDADE	1,3180	0,00	13,18
82		SORO FISIOL. 0,9% 250 ML	SORO FISIOL 0,9% 250 ML*PVC	HALEX ISTAR	60,00	UNIDADE	3,0000	0,00	180,00
84		SORO GLICOFISIOLÓGICO 500 ML	SORO GLICOFISIOLOGICO 500 ML*PVC	HALEX ISTAR	60,00	UNIDADE	3,4500	0,00	207,00
89		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 5,0	TUBO ENDOT. 5,0 C/BALAO	SOLIDOR	10,00	UNIDADE	4,8200	0,00	48,20
90		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 5,5	TUBO ENDOT. 5,5 C/BALAO	SOLIDOR	10,00	UNIDADE	4,0900	0,00	40,90
92		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 6,5	TUBO ENDOT. 6,5 C/BALAO	SOLIDOR	10,00	UNIDADE	4,5900	0,00	45,90
94		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 7,5	TUBO ENDOT. 7,5 C/BALAO	SOLIDOR	10,00	UNIDADE	4,5200	0,00	45,20
95		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 8,0	TUBO ENDOT. 8,0 C/ BALAO	SOLIDOR	10,00	UNIDADE	4,3800	0,00	43,80
96		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 8,5	TUBO ENDOT. 8,5 C/BALAO	SOLIDOR	10,00	UNIDADE	5,0200	0,00	50,20
<b>Total do pedido</b>									<b>1.591,50</b>

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
395310	130072	017	22/02/2022	518,65	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MAT / MED FORNOSO - FARMACEUTICA PEDIU			
<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>	HGM DISTRIBUICAO DE PRODUTOS MEDICOS HOSPITALARES LTDA		
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO CEM - FORMOSA					<b>Nome Fantasia</b>	HGM DISTRIBUICAO DE PRODUTOS MEDICOS HOSPITALARES LTDA		
<b>CNPJ</b>	12.053.184/0008-03					<b>CNPJ</b>	37.053.176/0001-11		
<b>CEP</b>	73.801-580					<b>CEP</b>	74.495-060		
<b>Endereço</b>	RUA 01 - CENTRO					<b>Endereço</b>	R FREI CONFALLONE - CONJUNTO VERA CRUZ 2		
<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>	107940086		
<b>Contato</b>	Enivaldo Campos Rodrigues					<b>Contato</b>	HILDEBRANDO DE ARAUJO		
<b>Telefone</b>	(62) 9 9973-7067					<b>Telefone</b>	(62) 9 8252-5761		
<b>Email</b>	comprasmatriz@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>	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>	500,00		
						<b>Validade da Proposta</b>	28/02/2022		
<b>Observações do Comprador</b>									
<p>FORMOSA / GO  . AQUISIÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO.</p> <p>FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0008-03 -*INSTITUTO CEM – POLICLINA DE FORMOSA/GO.</p> <p>FAVOR ATENTAR AO DESCRITIVO DO PRODUTO, SEM ALTERAR QUANTIDADE NEM NOMES – SUJEITO A DEVOLUÇÃO.  ENCAMINHAR CÓPIA DA NOTA FISCAL + BOLETO + XML PARA O E-MAIL: POLICLINICA@INSTITUTOCEM.ORG.BR</p> <p>ENVIAR JUNTOS DO PRODUTO A ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL + BOLETO – SUJEIRO A DEVOLUÇÃO.</p> <p>ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO DE GESTÃO N° 3/2022 – SES / GO.  ENDEREÇO PARA ENTREGA: POLICLÍNICA DA CIDADE DE FORMOSA/GO - ENDEREÇO: AV. OESTE, QUADRAS 4, 5 E 9, S/N, JARDIM OLIVEIRA, CIDADE FORMOSA/GO.  CEP.: 73805-201.</p>									
<b>Observações do Fornecedor</b>									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	VI. Unit.	Desconto	VI. Total
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>									
69		SONDA NASO CURTA N° 12	MARKMED	MARKMED	23,00	UNIDADE	22,5500	0,00	518,65
<b>Total do pedido</b>									<b>518,65</b>

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
395309	130072	017	22/02/2022	607,50	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MAT / MED FORNOSO - FARMACEUTICA PEDIU			
<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>	HYPERMEDICAL PRODUTOS MÉDICOS LTDA		
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO CEM - FORMOSA					<b>Nome Fantasia</b>	HYPERMEDICAL		
<b>CNPJ</b>	12.053.184/0008-03					<b>CNPJ</b>	35.015.209/0001-03		
<b>CEP</b>	73.801-580					<b>CEP</b>	74.345-060		
<b>Endereço</b>	RUA 01 - CENTRO					<b>Endereço</b>	R CAPITAO BRENO - VILA ROSA		
<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>	107756552		
<b>Contato</b>	Enivaldo Campos Rodrigues					<b>Contato</b>	ANNE/ MARIA		
<b>Telefone</b>	(62) 9 9973-7067					<b>Telefone</b>	(62) 3093-4606		
<b>Email</b>	comprasmatriz@institutocem.org.br					<b>Email</b>	comercial1@hypermedical.com.br		
<b>Prazo de Entrega Solicitado</b>	4					<b>Prazo de Entrega</b>	3 DIA(s)		
<b>Cond. Pagamento Solicitado</b>	A PRAZO					<b>Cond. Pagamento</b>	15/30 Dias		
<b>Forma de Pagamento</b>	BOLETO BANCÁRIO					<b>Nome do Vendedor</b>	POLYANNA		
						<b>Tipo de Frete</b>	CIF		
						<b>Faturamento Mínimo</b>	300,00		
<b>Endereço de cobrança</b>	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067					<b>Validade da Proposta</b>	25/02/2022		
<b>Endereço de entrega</b>	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067								
<b>Observações do Comprador</b>									
FORMOSA / GO . AQUISIÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0008-03 -*INSTITUTO CEM – POLICLINA DE FORMOSA/GO. FAVOR ATENTAR AO DESCRITIVO DO PRODUTO, SEM ALTERAR QUANTIDADE NEM NOMES – SUJEITO A DEVOLUÇÃO. ENCAMINHAR CÓPIA DA NOTA FISCAL + BOLETO + XML PARA O E-MAIL: POLICLINICA@INSTITUTOCEM.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 Nº 3/2022 – SES / GO. ENDEREÇO PARA ENTREGA: POLICLÍNICA DA CIDADE DE FORMOSA/GO - ENDEREÇO: AV. OESTE, QUADRAS 4, 5 E 9, S/N, JARDIM OLIVEIRA, CIDADE FORMOSA/GO. CEP.: 73805-201.									
<b>Observações do Fornecedor</b>									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>									
3		AGULHA 25 X 8	AGULHA HIPODERMICA 25X8 C/100 - SOLIDOR	SOLIDOR	600,00	UNIDADE	0,0750	0,00	45,00
14	3897	CANULA DE GUEDEL N¼ 0	CANULA DE GUEDEL N.0 4,5CM CREME - 006320	PROTEC	10,00	UNIDADE	4,5000	0,00	45,00
18	3901	CANULA DE GUEDEL N¼ 4	CANULA DE GUEDEL N.4 10,0 VERMELHO - 006324	PROTEC	10,00	UNIDADE	5,1500	0,00	51,50
25		CATETER Nº 16	CATETER INTRAVENOSO 16G C/100 - LABOR IMPORT	LABOR IMPORT	200,00	UNIDADE	0,4500	0,00	90,00
26		CATETER Nº 20	CATETER INTRAVENOSO 20G C/50 - SOLIDOR	SOLIDOR	200,00	UNIDADE	0,4500	0,00	90,00
27		CATETER Nº 22	CATETER INTRAVENOSO 22G AZUL CX C/100 - MEDIX	MEDIX	200,00	UNIDADE	0,5750	0,00	115,00
43		GAZES ESTÉREIS	COMPRESSA GAZE EST 8 CAMADAS 7,5X7,5 11F PCT C/10 UN - GOMED	GOMED	600,00	UNIDADE	0,0450	0,00	27,00
51		LUVA ESTERIL 8,5	LUVA CIRURGICA 8.5 COM PO PLAST CX 500 PR - DESCARPACK	DESCARPACK	100,00	UNIDADE	0,6500	0,00	65,00
58		SERINGA 10 ML	SERINGA DESC 10ML AG 25X0,7 SLIP CX 100 UN - DESCARPACK	DESCARPACK	200,00	UNIDADE	0,3950	0,00	79,00
<b>Total do pedido</b>									<b>607,50</b>

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta
395308	130072	017	22/02/2022	649,20	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MAT / MED FORNOSO - FARMACEUTICA PEDIU

Condições de Negócio do Comprador		Condições de Negócio do Fornecedor	
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO CEM - FORMOSA	<b>Razão Social</b>	MED RIOS COMERCIO DE MEDICAMENTOS E MATERIAIS HOSPITALARES EIRELI
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO CEM - FORMOSA	<b>Nome Fantasia</b>	MED RIOS
<b>CNPJ</b>	12.053.184/0008-03	<b>CNPJ</b>	31.246.364/0001-80
<b>CEP</b>	73.801-580	<b>CEP</b>	74.916-070
<b>Endereço</b>	RUA 01 - CENTRO	<b>Endereço</b>	AV GRACA ARANHA - JARDIM NOVA ERA
<b>Cidade</b>	FORMOSA	<b>Cidade</b>	APARECIDA DE GOIANIA
<b>UF</b>	GO	<b>UF</b>	GO
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO	<b>Insc. Estadual</b>	107351676
<b>Contato</b>	Enivaldo Campos Rodrigues	<b>Contato</b>	FAGNER RIOS/39520970
<b>Telefone</b>	(62) 9 9973-7067	<b>Telefone</b>	(62) 3952-0970
<b>Email</b>	comprasmatriz@institutocem.org.br	<b>Email</b>	diretoria@medrios.com
<b>Prazo de Entrega Solicitado</b>	4	<b>Prazo de Entrega</b>	2 DIA(s)
<b>Cond. Pagamento Solicitado</b>	A PRAZO	<b>Cond. Pagamento</b>	28 Dias
<b>Forma de Pagamento</b>	BOLETO BANCÁRIO	<b>Nome do Vendedor</b>	REBECA CARNEIRO
<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>	500,00
		<b>Validade da Proposta</b>	25/02/2022

**Observações do Comprador**

FORMOSA / GO  
. AQUISIÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO.  
FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0008-03 - \*INSTITUTO CEM – POLICLINA DE FORMOSA/GO.  
FAVOR ATENTAR AO DESCRITIVO DO PRODUTO, SEM ALTERAR QUANTIDADE NEM NOMES – SUJEITO A DEVOLUÇÃO.  
ENCAMINHAR CÓPIA DA NOTA FISCAL + BOLETO + XML PARA O E-MAIL: POLICLINICA@INSTITUTOCEM.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 Nº 3/2022 – SES / GO.  
ENDEREÇO PARA ENTREGA: POLICLÍNICA DA CIDADE DE FORMOSA/GO - ENDEREÇO: AV. OESTE, QUADRAS 4, 5 E 9, S/N, JARDIM OLIVEIRA, CIDADE FORMOSA/GO. CEP.: 73805-201.

**Observações do Fornecedor**

Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	VI. Unit.	Desconto	VI. Total
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>									
83		SORO FISIOL. 0,9% 500 ML	JP	JP	100,00	UNIDADE	5,5000	0,00	550,00
91		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 6,0	SOLIDOR	SOLIDOR	10,00	UNIDADE	9,9200	0,00	99,20
<b>Total do pedido</b>									<b>649,20</b>

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
395307	130072	017	22/02/2022	295,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MAT / MED FORNOSO - FARMACEUTICA PEDIU			
<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>	INNOVA SURGICAL PRODUTOS HOSPITALRES LTDA		
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO CEM - FORMOSA					<b>Nome Fantasia</b>	INNOVA SURGICAL		
<b>CNPJ</b>	12.053.184/0008-03					<b>CNPJ</b>	21.605.893/0001-79		
<b>CEP</b>	73.801-580					<b>CEP</b>	74.371-440		
<b>Endereço</b>	RUA 01 - CENTRO					<b>Endereço</b>	AVENIDA SÃO LUIZ - SETOR MOINHO DOS VENTOS		
<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>	106194372		
<b>Contato</b>	Enivaldo Campos Rodrigues					<b>Contato</b>	EUJASTON		
<b>Telefone</b>	(62) 9 9973-7067					<b>Telefone</b>	(62) 9 8221-3031		
<b>Email</b>	comprasmatriz@institutocem.org.br					<b>Email</b>	eujaston@innovasurgical.com.br		
<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>	LORRAYNE LOPES		
<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>	200,00		
						<b>Validade da Proposta</b>	10/03/2022		
<b>Observações do Comprador</b>									
FORMOSA / GO . AQUISIÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0008-03 -*INSTITUTO CEM – POLICLINA DE FORMOSA/GO. FAVOR ATENTAR AO DESCRITIVO DO PRODUTO, SEM ALTERAR QUANTIDADE NEM NOMES – SUJEITO A DEVOLUÇÃO. ENCAMINHAR CÓPIA DA NOTA FISCAL + BOLETO + XML PARA O E-MAIL: POLICLINICA@INSTITUTOCEM.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 Nº 3/2022 – SES / GO. ENDEREÇO PARA ENTREGA: POLICLÍNICA DA CIDADE DE FORMOSA/GO - ENDEREÇO: AV. OESTE, QUADRAS 4, 5 E 9, S/N, JARDIM OLIVEIRA, CIDADE FORMOSA/GO. CEP.: 73805-201.									
<b>Observações do Fornecedor</b>									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	VI. Unit.	Desconto	VI. Total
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>									
13		CAIXA PARA DSCARTE DE MATERIAL PERFURANTE	DESCARBOX	DESCARBOX	50,00	CAIXA	5,9000	0,00	0,00
<b>Total do pedido</b>									<b>295,00</b>

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta			
395306	130072	017	22/02/2022	3.404,00	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MAT / MED FORNOSO - FARMACEUTICA PEDIU			
<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>	HOSPDROGAS COMERCIAL LTDA		
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO CEM - FORMOSA					<b>Nome Fantasia</b>	HOSPDROGAS		
<b>CNPJ</b>	12.053.184/0008-03					<b>CNPJ</b>	08.774.906/0001-75		
<b>CEP</b>	73.801-580					<b>CEP</b>	74.993-394		
<b>Endereço</b>	RUA 01 - CENTRO					<b>Endereço</b>	AV. OESTE - PQ. IND. VICE-PRES. JOSÉ ALENCAR ETAPA II		
<b>Cidade</b>	FORMOSA					<b>Cidade</b>	APARECIDA DE GOIANIA		
<b>UF</b>	GO					<b>UF</b>	GO		
<b>Insc. Estadual</b>	ISENTO					<b>Insc. Estadual</b>	104153377		
<b>Contato</b>	Enivaldo Campos Rodrigues					<b>Contato</b>	TELEVENDAS		
<b>Telefone</b>	(62) 9 9973-7067					<b>Telefone</b>	(62) 4012-1199		
<b>Email</b>	comprasmatriz@institutocem.org.br					<b>Email</b>	hermilton@hospdrogas.com.br		
<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>	20/40 Dias		
<b>Forma de Pagamento</b>	BOLETO BANCÁRIO					<b>Nome do Vendedor</b>	THAMYRES SOARES		
						<b>Tipo de Frete</b>	CIF		
						<b>Faturamento Mínimo</b>	1.000,00		
						<b>Validade da Proposta</b>	22/02/2022		
<b>Endereço de cobrança</b>	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067								
<b>Endereço de entrega</b>	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067								
<b>Observações do Comprador</b>									
FORMOSA / GO . AQUISIÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0008-03 -*INSTITUTO CEM – POLICLINA DE FORMOSA/GO. FAVOR ATENTAR AO DESCRITIVO DO PRODUTO, SEM ALTERAR QUANTIDADE NEM NOMES – SUJEITO A DEVOLUÇÃO. ENCAMINHAR CÓPIA DA NOTA FISCAL + BOLETO + XML PARA O E-MAIL: POLICLINICA@INSTITUTOCEM.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 Nº 3/2022 – SES / GO. ENDEREÇO PARA ENTREGA: POLICLÍNICA DA CIDADE DE FORMOSA/GO - ENDEREÇO: AV. OESTE, QUADRAS 4, 5 E 9, S/N, JARDIM OLIVEIRA, CIDADE FORMOSA/GO. CEP.: 73805-201.									
<b>Observações do Fornecedor</b>									
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>									
5		ALCOOL LIQUIDO 70% 1000ML	ALCOOL LIQUIDO 70% 1000ML	JALEZ MACHADO	50,00	LITRO	5,3300	0,00	266,50
6	365	ALGODAO HIDROFILO 500G	ALGODAO HIDROFILO 500G	CREMER	120,00	PACOTE	9,1000	0,00	1.092,00
9		ATADURA DE ALGODAO ORTOPEDICA 20 CM	ATADURA DE ALGODAO ORTOPEDICA 20 CM	CREMER	120,00	PACOTE	14,2300	0,00	1.707,60
30		COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	COLETOR DE URINA SISTEMA FECHADO	TKL	50,00	UNIDADE	4,0300	0,00	201,50
32		ELETRO DESCARTÁVEL	ELETRO DESCARTÁVEL	MAXICOR	5,00	PACOTE	12,8800	0,00	64,40
34		EQUIPO MULTIVIAS	EQUIPO MULTIVIAS	VITALGOL	100,00	UNIDADE	0,7200	0,00	72,00
<b>Total do pedido</b>									<b>3.404,00</b>

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta	
395305	130072	017	22/02/2022	1.195,80	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MAT / MED FORNOSO - FARMACEUTICA PEDIU	
Condições de Negócio do Comprador						Condições de Negócio do Fornecedor	
<b>Razão Social</b>	INSTITUTO CEM - FORMOSA					<b>Razão Social</b>	ELLO DISTRIBUICAO LTDA - EPP
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO CEM - FORMOSA					<b>Nome Fantasia</b>	ELLO DISTRIBUICAO
<b>CNPJ</b>	12.053.184/0008-03					<b>CNPJ</b>	14.115.388/0001-80
<b>CEP</b>	73.801-580					<b>CEP</b>	74.780-562
<b>Endereço</b>	RUA 01 - CENTRO					<b>Endereço</b>	AV: ANAPOLIS - VILA PEDROSO
<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>	10574978248
<b>Contato</b>	Enivaldo Campos Rodrigues					<b>Contato</b>	WILLIAM PERILLO - 98406-6004
<b>Telefone</b>	(62) 9 9973-7067					<b>Telefone</b>	(62) 4009-2100
<b>Email</b>	comprasmatriz@institutocem.org.br					<b>Email</b>	comercial@ellodistribuicao.com.br;compras@ellodistribuicao.com.br;daniela@ellodistribuicao.com.br;
<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>	LIGIA LAIS
<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>	700,00
						<b>Validade da Proposta</b>	23/02/2022

#### Observações do Comprador

FORMOSA / GO  
 . AQUISIÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO.  
 FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0008-03 -\*INSTITUTO CEM – POLICLINA DE FORMOSA/GO.  
 FAVOR ATENTAR AO DESCRITIVO DO PRODUTO, SEM ALTERAR QUANTIDADE NEM NOMES – SUJEITO A DEVOLUÇÃO.  
 ENCAMINHAR CÓPIA DA NOTA FISCAL + BOLETO + XML PARA O E-MAIL: POLICLINICA@INSTITUTOCEM.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 Nº 3/2022 – SES / GO.  
 ENDEREÇO PARA ENTREGA: POLICLÍNICA DA CIDADE DE FORMOSA/GO - ENDEREÇO: AV. OESTE, QUADRAS 4, 5 E 9, S/N, JARDIM OLIVEIRA, CIDADE FORMOSA/GO.  
 CEP.: 73805-201.

#### Observações do Fornecedor

Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>									
2		AGULHA 25 X 7	C/100	DESCARPACK	600,00	UNIDADE	0,1000	0,00	60,00
4		AGULHA 40 X 12	C/100	SOLIDOR	600,00	UNIDADE	0,1000	0,00	60,00
47		LUVA ESTERIL 6,5	C/200	NEW HAND	100,00	UNIDADE	1,2000	0,00	120,00
48		LUVA ESTERIL 7,0	C/200	NEW HAND	100,00	UNIDADE	1,2000	0,00	120,00
49		LUVA ESTERIL 7,5	C/200	NEW HAND	100,00	UNIDADE	1,2000	0,00	120,00
50		LUVA ESTERIL 8,0	C/200	NEW HAND	100,00	UNIDADE	1,2000	0,00	120,00
52		LUVA G 100 UNIDADES	C/100	TALGE	500,00	UNIDADE	0,2180	0,00	109,00
53		LUVA M 100 UNIDADE	C/100	TALGE	500,00	UNIDADE	0,2180	0,00	109,00
59		SERINGA 20 ML	C/250	SR	200,00	UNIDADE	0,5000	0,00	100,00
60		SERINGA 3 ML	C/500	SR	200,00	UNIDADE	0,1740	0,00	34,80
81		SORO FISIOL. 0,9% 100 ML	C/70	EQUIPLEX	90,00	UNIDADE	2,7000	0,00	243,00
<b>Total do pedido</b>									<b>1.195,80</b>

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
395304	130072	017	22/02/2022	1.318,10	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MAT / MED FORNOSO - FARMACEUTICA PEDIU					
<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>	CIENTIFICA MEDICA HOSPITALAR LTDA				
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO CEM - FORMOSA					<b>Nome Fantasia</b>	CIENTIFICA HOSPITALAR				
<b>CNPJ</b>	12.053.184/0008-03					<b>CNPJ</b>	07.847.837/0001-10				
<b>CEP</b>	73.801-580					<b>CEP</b>	74.853-030				
<b>Endereço</b>	RUA 01 - CENTRO					<b>Endereço</b>	AV B, QD. 25, LT.04. - JARDIM SANTO ANTONIO				
<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>	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>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>	200,00				
						<b>Validade da Proposta</b>	26/02/2022				
<b>Observações do Comprador</b>											
FORMOSA / GO . AQUISIÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0008-03 -*INSTITUTO CEM – POLICLINA DE FORMOSA/GO. FAVOR ATENTAR AO DESCRITIVO DO PRODUTO, SEM ALTERAR QUANTIDADE NEM NOMES – SUJEITO A DEVOLUÇÃO. ENCAMINHAR CÓPIA DA NOTA FISCAL + BOLETO + XML PARA O E-MAIL: POLICLINICA@INSTITUTOCEM.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 Nº 3/2022 – SES / GO. ENDEREÇO PARA ENTREGA: POLICLÍNICA DA CIDADE DE FORMOSA/GO - ENDEREÇO: AV. OESTE, QUADRAS 4, 5 E 9, S/N, JARDIM OLIVEIRA, CIDADE FORMOSA/GO. CEP.: 73805-201.											
<b>Observações do Fornecedor</b>											
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total		
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>											
20		CANULA DE TRAQUEOSTOMIA Nº 7,0	CX/10	SOLIDOR	20,00	UNIDADE	18,6300	0,00	372,60		
21		CANULA DE TRAQUEOSTOMIA Nº 7,5	CX/10	SOLIDOR	20,00	UNIDADE	19,1000	0,00	382,00		
22		CATETER DE OXIGÊNIO TIPO ÓCULOS	UND	MEDSONDA	100,00	UNIDADE	0,9400	0,00	94,00		
23		CATETER N 24	CX/100	DESCARPACK	200,00	UNIDADE	0,9150	0,00	183,00		
24		CATETER Nº 14	CX/100	DESCARPACK	200,00	UNIDADE	0,8400	0,00	168,00		
31		COLETOR DE URINA SISTEMA ABERTO	CX/100	SEGMED	200,00	UNIDADE	0,3500	0,00	70,00		
93		TUBO ENDOTRAQUEAL Nº 7,0	CX/10	SOLIDOR	10,00	UNIDADE	4,8500	0,00	48,50		
<b>Total do pedido</b>									<b>1.318,10</b>		

Nro Pedido	Nro Gerencial	Nro Processo	Data	Valor	Situação	Descrição da proposta					
395303	130072	017	22/02/2022	46,80	O.C. Emitida	SOLICITAÇÃO DE MAT / MED FORNOSO - FARMACEUTICA PEDIU					
<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>	VIVA PRODUTOS HOSPITALARES LTDA				
<b>Nome Fantasia</b>	INSTITUTO CEM - FORMOSA					<b>Nome Fantasia</b>	VIVA MEDICAMENTOS				
<b>CNPJ</b>	12.053.184/0008-03					<b>CNPJ</b>	07.173.013/0001-01				
<b>CEP</b>	73.801-580					<b>CEP</b>	74.853-030				
<b>Endereço</b>	RUA 01 - CENTRO					<b>Endereço</b>	AV B - JARDIM SANTO ANTONIO				
<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>	10.384.639-5				
<b>Contato</b>	Enivaldo Campos Rodrigues					<b>Contato</b>	NUBIA FARIA				
<b>Telefone</b>	(62) 9 9973-7067					<b>Telefone</b>	(62) 3091-2307				
<b>Email</b>	comprasmatriz@institutocem.org.br					<b>Email</b>	vendas05@vivamedicamentos.com.br				
<b>Prazo de Entrega Solicitado</b>	4					<b>Prazo de Entrega</b>	3 DIA(s)				
<b>Cond. Pagamento Solicitado</b>	A PRAZO					<b>Cond. Pagamento</b>	A Vista				
<b>Forma de Pagamento</b>	BOLETO BANCÁRIO					<b>Nome do Vendedor</b>	SIMONE TAVARES				
						<b>Tipo de Frete</b>	CIF				
						<b>Faturamento Mínimo</b>	700,00				
						<b>Validade da Proposta</b>	25/02/2022				
<b>Endereço de cobrança</b>	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067										
<b>Endereço de entrega</b>	AVENIDA OESTE 73.805-201 JARDIM OLIVEIRA FORMOSA /GO (62) 9 9973-7067										
<b>Observações do Comprador</b>											
FORMOSA / GO . AQUISIÇÃO DESTINADA PARA A POLICLÍNICA REGIONAL DA CIDADE DE FORMOSA / GO. FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0008-03 -*INSTITUTO CEM – POLICLINA DE FORMOSA/GO. FAVOR ATENTAR AO DESCRITIVO DO PRODUTO, SEM ALTERAR QUANTIDADE NEM NOMES – SUJEITO A DEVOLUÇÃO. ENCAMINHAR CÓPIA DA NOTA FISCAL + BOLETO + XML PARA O E-MAIL: POLICLINICA@INSTITUTOCEM.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 Nº 3/2022 – SES / GO. ENDEREÇO PARA ENTREGA: POLICLÍNICA DA CIDADE DE FORMOSA/GO - ENDEREÇO: AV. OESTE, QUADRAS 4, 5 E 9, S/N, JARDIM OLIVEIRA, CIDADE FORMOSA/GO. CEP.: 73805-201.											
<b>Observações do Fornecedor</b>											
ENTREGA EM 3 DIAS UTEIS. ESTOQUE SUJEITO A VARIAÇÃO CONDIÇÃO DE PAGAMENTO A COMBINAR PAGAMENTO A PRAZO SUJEITO A ANÁLISE DE CREDITO. WHATSAP: 62 99973-9006 - SIMONE TAVARES											
Item	Código	Descrição	Referência	Marca	Qtde	UM	Vl. Unit.	Desconto	Vl. Total		
<b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>											
10		ATADURA ELASTICA	BRANCA 8CM X 2,20M	STERIFARMA	9,00	UNIDADE	5,2000	0,00	46,80		
									<b>Total do pedido</b>		<b>46,80</b>