

| Nro Pedido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Nro Gerencial | Nro Processo                                                | Data       | Valor     | Situação     | Descrição da proposta                                                               |           |                                      |           |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------|------------|-----------|--------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------------------------------|-----------|--|
| 432423                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 146211        | 37316/33524                                                 | 16/05/2023 | 1.076,35  | O.C. Emitida | SOLICITACAO MATERIAIS SETOR PROCEDIMENTOS                                           |           |                                      |           |  |
| Condições de Negócio do Comprador                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |               |                                                             |            |           |              | Condições de Negócio do Fornecedor                                                  |           |                                      |           |  |
| Razão Social                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |               | INSTITUTO CEM - POSSE                                       |            |           |              | Razão Social                                                                        |           | BF DE ANDRADE HOSPITALAR             |           |  |
| Nome Fantasia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               | INSTITUTO CEM                                               |            |           |              |  |           |                                      |           |  |
| CNPJ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               | 12.053.184/0002-18                                          |            |           |              | Nome Fantasia                                                                       |           | BF DE ANDRADE HOSPITALAR             |           |  |
| CEP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               | 73.900-000                                                  |            |           |              | CNPJ                                                                                |           | 36.979.350/0001-99                   |           |  |
| Endereço                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |               | AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHKE DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES     |            |           |              | CEP                                                                                 |           | 74.835-530                           |           |  |
| Cidade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |               | POSSE                                                       |            |           |              | Endereço                                                                            |           | R TAMBUQUI - PARQUE AMAZONIA         |           |  |
| UF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               | GO                                                          |            |           |              | Cidade                                                                              |           | GOIANIA                              |           |  |
| Insc. Estadual                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               | ISENTO                                                      |            |           |              | UF                                                                                  |           | GO                                   |           |  |
| Contato                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |               | NAOR BORGES                                                 |            |           |              | Insc. Estadual                                                                      |           | 10.792.452-8                         |           |  |
| Telefone                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |               | (62) 9 9973-7067                                            |            |           |              | Contato                                                                             |           | GLAZIELLY FAGUNDES                   |           |  |
| Email                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |               | comprasmatriz@institutocem.org.br                           |            |           |              | Telefone                                                                            |           | (62) 3241-1425                       |           |  |
| Prazo de Entrega Solicitado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               | 4                                                           |            |           |              | Email                                                                               |           | vendas3@bfdeandradehospitalar.com.br |           |  |
| Cond. Pagamento Solicitado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               | A PRAZO                                                     |            |           |              | Prazo de Entrega                                                                    |           | 1 DIA(s)                             |           |  |
| Forma de Pagamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               | BOLETO BANCÁRIO                                             |            |           |              | Cond. Pagamento                                                                     |           | 30 Dias                              |           |  |
| Endereço de cobrança                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               | AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903 |            |           |              | Nome do Vendedor                                                                    |           | GLAZIELLY FAGUNDES SABINO            |           |  |
| Endereço de entrega                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               | AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903 |            |           |              | Tipo de Frete                                                                       |           | CIF                                  |           |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                             |            |           |              | Faturamento Mínimo                                                                  |           | 1.000,00                             |           |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                             |            |           |              | Validade da Proposta                                                                |           | 31/05/2023                           |           |  |
| Observações do Comprador                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |               |                                                             |            |           |              |                                                                                     |           |                                      |           |  |
| <p>POSSE / GO.<br/>FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE - SUJEITO A DEVOLUÇÃO;<br/>COTAR SOMENTE FRETE CIF.<br/>NÃO DESCONTAR NOSSOS TÍTULOS EM FACTORING. NÃO PAGAMOS JUROS;<br/>ENVIAR JUNTO A MERCADORIA CÓPIA DA ORDEM DE COMPRA + NOTA FISCAL - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS;<br/>ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML+ORDEM DE COMPRA NOS E-MAILS:<br/>ALMOX@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR;<br/>CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR<br/>ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - SES / GO.<br/>COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA/ EQUIPAMENTO</p> |               |                                                             |            |           |              |                                                                                     |           |                                      |           |  |
| Observações do Fornecedor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |               |                                                             |            |           |              |                                                                                     |           |                                      |           |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                             |            |           |              |                                                                                     |           |                                      |           |  |
| Item                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Código        | Descrição                                                   | Referência | Marca     | Qtde         | UM                                                                                  | Vl. Unit. | Desconto                             | Vl. Total |  |
| MÉDICO / HOSPITALAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               |                                                             |            |           |              |                                                                                     |           |                                      |           |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 518           | ALCOOL LIQUIDO 70% 1000ML                                   | 8489       | J FERES   | 84,00        | LITRO                                                                               | 5,8800    | 0,00                                 | 490,87    |  |
| ETILICO ; SOLUCAO A 70% ; APRESENTAR REGISTRO NO MINISTERIO DA SAUDE/ANVISA E LAUDO TECNICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |                                                             |            |           |              |                                                                                     |           |                                      |           |  |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 40493         | CAIXA P/ DESCARTE DE MATERIAL PERFUROCORTANTE 20 LITROS (3) | 6041       | DESCARBOX | 20,00        | UNIDADE                                                                             | 7,8440    | 0,00                                 | 156,88    |  |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |               | CLOREXIDINA AGUOSA 1% L LITRO                               | 8315       | VICPHARMA | 12,00        | UNIDADE                                                                             | 10,9375   | 0,00                                 | 131,25    |  |
| INATIVAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |               |                                                             |            |           |              |                                                                                     |           |                                      |           |  |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |               | CLOREXIDINA SOL DERGEMANTE 2% 1000ML M                      | 8316       | VICPHARMA | 12,00        | LITRO                                                                               | 20,1125   | 0,00                                 | 241,35    |  |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 12888         | ESPARADRAPO 100% ALGODAO 10CM X 4,5M                        | 9613       | CIEX      | 5,00         | ROLO                                                                                | 10,5898   | 0,00                                 | 52,95     |  |
| Total do pedido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                             |            |           |              |                                                                                     |           |                                      | 1.076,35  |  |



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 16/05/2023 às 15:50, 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 16/05/2023 às 16:30, 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 242033 e o código verificador 33524.