

| Nro Pedido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Nro Gerencial | Nro Processo                                                                 | Data       | Valor    | Situação     | Descrição da proposta                    |               |                                  |         |           |          |           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|------------------------------------------------------------------------------|------------|----------|--------------|------------------------------------------|---------------|----------------------------------|---------|-----------|----------|-----------|
| 439779                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 149930        | 0408231 /39023                                                               | 16/08/2023 | 1.003,00 | O.C. Emitida | SOLICITACAO DE INSUMOS PARA ESPIROMETRIA |               |                                  |         |           |          |           |
| Condições de Negócio do Comprador                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |               |                                                                              |            |          |              | Condições de Negócio do Fornecedor       |               |                                  |         |           |          |           |
| Razão Social                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               | INSTITUTO CEM - POSSE                                                        |            |          |              | Razão Social                             |               | SEMPRE HOSPITALAR LTDA           |         |           |          |           |
| Nome Fantasia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |               | INSTITUTO CEM                                                                |            |          |              | Nome Fantasia                            |               | SEMPRE                           |         |           |          |           |
| CNPJ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               | 12.053.184/0002-18                                                           |            |          |              | CNPJ                                     |               | 37.751.411/0001-29               |         |           |          |           |
| CEP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               | 73.900-000                                                                   |            |          |              | CEP                                      |               | 74.255-140                       |         |           |          |           |
| Endereço                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |               | AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHKE DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES                      |            |          |              | Endereço                                 |               | R C-0159 - JARDIM AMÉRICA        |         |           |          |           |
| Cidade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |               | POSSE                                                                        |            |          |              | Cidade                                   |               | GOIANIA                          |         |           |          |           |
| UF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |               | GO                                                                           |            |          |              | UF                                       |               | GO                               |         |           |          |           |
| Insc. Estadual                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               | ISENTO                                                                       |            |          |              | Insc. Estadual                           |               | 10799854-8                       |         |           |          |           |
| Contato                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |               | NAOR BORGES                                                                  |            |          |              | Contato                                  |               | VENER                            |         |           |          |           |
| Telefone                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |               | (62) 9 9973-7067                                                             |            |          |              | Telefone                                 |               | (62) 9 9462-2822                 |         |           |          |           |
| Email                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               | naor@institutocem.org.br                                                     |            |          |              | Email                                    |               | vendas16@semprehospitalar.com.br |         |           |          |           |
| Prazo de Entrega Solicitado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               | 4                                                                            |            |          |              | Prazo de Entrega                         |               | 4 DIA(s)                         |         |           |          |           |
| Cond. Pagamento Solicitado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |               | A PRAZO                                                                      |            |          |              | Cond. Pagamento                          |               | 30 Dias                          |         |           |          |           |
| Forma de Pagamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |               | BOLETO BANCÁRIO                                                              |            |          |              | Nome do Vendedor                         |               | VENER ROQUE                      |         |           |          |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               |                                                                              |            |          |              | Tipo de Frete                            |               | CIF                              |         |           |          |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               |                                                                              |            |          |              | Faturamento Mínimo                       |               | 1.000,00                         |         |           |          |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               |                                                                              |            |          |              | Validade da Proposta                     |               | 23/08/2023                       |         |           |          |           |
| Endereço de cobrança                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               | AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903                  |            |          |              |                                          |               |                                  |         |           |          |           |
| Endereço de entrega                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               | AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903                  |            |          |              |                                          |               |                                  |         |           |          |           |
| Observações do Comprador                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |               |                                                                              |            |          |              |                                          |               |                                  |         |           |          |           |
| 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. |               |                                                                              |            |          |              |                                          |               |                                  |         |           |          |           |
| Observações do Fornecedor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |               |                                                                              |            |          |              |                                          |               |                                  |         |           |          |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               |                                                                              |            |          |              |                                          |               |                                  |         |           |          |           |
| Item                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Código        | Descrição                                                                    |            |          |              | Referência                               | Marca         | Qtde                             | UM      | Vl. Unit. | Desconto | Vl. Total |
| MÉDICO / HOSPITALAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               |                                                                              |            |          |              |                                          |               |                                  |         |           |          |           |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |               | BOCAL DESCARTÁVEL DE SOPRO PARA ESPIRÔMETRO DIGITAL CONTEC MODELO SP80B 28MM |            |          |              | BOCAL                                    | SMART MEDICAL | 400,00                           | UNIDADE | 1,0900    | 0,00     | 436,00    |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |               | SULFATO DE SALBUTAMOL 100 MCG                                                |            |          |              | SAL                                      | TEUTO         | 30,00                            | UNIDADE | 18,9000   | 0,00     | 567,00    |
| Total do pedido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               |                                                                              |            |          |              |                                          |               |                                  |         |           |          | 1.003,00  |

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade pode ser verificada no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtuaidoc/public/validar-assinatura?id\_documento=439779 e o código verificador 39023.

| Nro Pedido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Nro Gerencial | Nro Processo                                                | Data       | Valor    | Situação     | Descrição da proposta                    |        |                                                |           |                 |           |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------|------------|----------|--------------|------------------------------------------|--------|------------------------------------------------|-----------|-----------------|-----------|
| 439778                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 149930        | 0408231 /39023                                              | 16/08/2023 | 1.860,00 | O.C. Emitida | SOLICITACAO DE INSUMOS PARA ESPIROMETRIA |        |                                                |           |                 |           |
| Condições de Negócio do Comprador                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |               |                                                             |            |          |              | Condições de Negócio do Fornecedor       |        |                                                |           |                 |           |
| Razão Social                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |               | INSTITUTO CEM - POSSE                                       |            |          |              | Razão Social                             |        | HOSPMED COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA |           |                 |           |
| Nome Fantasia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               | INSTITUTO CEM                                               |            |          |              | Nome Fantasia                            |        | HOSPMED                                        |           |                 |           |
| CNPJ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               | 12.053.184/0002-18                                          |            |          |              | CNPJ                                     |        | 37.821.276/0001-40                             |           |                 |           |
| CEP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               | 73.900-000                                                  |            |          |              | CEP                                      |        | 74.303-030                                     |           |                 |           |
| Endereço                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |               | AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHKE DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES     |            |          |              | Endereço                                 |        | AV C-0018 - SETOR SUDOESTE                     |           |                 |           |
| Cidade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |               | POSSE                                                       |            |          |              | Cidade                                   |        | GOIANIA                                        |           |                 |           |
| UF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               | GO                                                          |            |          |              | UF                                       |        | GO                                             |           |                 |           |
| Insc. Estadual                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               | ISENTO                                                      |            |          |              | Insc. Estadual                           |        | 108012930                                      |           |                 |           |
| Contato                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |               | NAOR BORGES                                                 |            |          |              | Contato                                  |        | MARLENE                                        |           |                 |           |
| Telefone                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |               | (62) 9 9973-7067                                            |            |          |              | Telefone                                 |        | (62) 9 8128-6045                               |           |                 |           |
| Email                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |               | naor@institutocem.org.br                                    |            |          |              | Email                                    |        | hospmed.compras01@gmail.com                    |           |                 |           |
| Prazo de Entrega Solicitado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               | 4                                                           |            |          |              | Prazo de Entrega                         |        | 4 DIA(s)                                       |           |                 |           |
| Cond. Pagamento Solicitado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               | A PRAZO                                                     |            |          |              | Cond. Pagamento                          |        | 30 Dias                                        |           |                 |           |
| Forma de Pagamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               | BOLETO BANCÁRIO                                             |            |          |              | Nome do Vendedor                         |        | MARLENE                                        |           |                 |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                             |            |          |              | Tipo de Frete                            |        | CIF                                            |           |                 |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                             |            |          |              | Faturamento Mínimo                       |        | 800,00                                         |           |                 |           |
| Endereço de cobrança                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               | AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903 |            |          |              | Validade da Proposta                     |        | 12/09/2023                                     |           |                 |           |
| Endereço de entrega                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               | AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903 |            |          |              |                                          |        |                                                |           |                 |           |
| Observações do Comprador                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |               |                                                             |            |          |              |                                          |        |                                                |           |                 |           |
| 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. |               |                                                             |            |          |              |                                          |        |                                                |           |                 |           |
| Observações do Fornecedor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |               |                                                             |            |          |              |                                          |        |                                                |           |                 |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                             |            |          |              |                                          |        |                                                |           |                 |           |
| Item                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Código        | Descrição                                                   |            |          | Referência   | Marca                                    | Qtde   | UM                                             | Vl. Unit. | Desconto        | Vl. Total |
| MÉDICO / HOSPITALAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               |                                                             |            |          |              |                                          |        |                                                |           |                 |           |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |               | CLIP NASAL DESCARTÁVEL PARA ESPIROMETRIA                    |            |          | MEDIEXPRESS  | MEDIEXPRESS                              | 400,00 | UNIDADE                                        | 4,6500    | 0,00            | 1.860,00  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                             |            |          |              |                                          |        |                                                |           | Total do pedido | 1.860,00  |

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtualdoc/public/validar-assinatura-a-... informando o código 279707 e o código verificador 39023.



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 16/08/2023 às 17:20, 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 17/08/2023 às 11:46, 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 279707 e o código verificador 39023.