

| Nro Pedido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Nro Gerencial | Nro Processo                                                  | Data       | Valor     | Situação     | Descrição da proposta                     |          |                                  |         |           |          |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|---------------------------------------------------------------|------------|-----------|--------------|-------------------------------------------|----------|----------------------------------|---------|-----------|----------|-----------|
| 441326                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 150700        | 49116 / 40621                                                 | 06/09/2023 | 18.550,60 | O.C. Emitida | SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE |          |                                  |         |           |          |           |
| 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                           |         |           |          |           |
| CPF/CNPJ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               | 12.053.184/0002-18                                            |            |           |              | CPF/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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               | Enivaldo Campos Rodrigues                                     |            |           |              | Contato                                   |          | VENER                            |         |           |          |           |
| Telefone                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               | (62) 9 9973-7067                                              |            |           |              | Telefone                                  |          | (62) 9 9462-2822                 |         |           |          |           |
| Email                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |               | comprasmatr@institutocem.org.br                               |            |           |              | Email                                     |          | vendas16@semprehospitalar.com.br |         |           |          |           |
| Prazo de Entrega Solicitado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |               | 2                                                             |            |           |              | 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 DE OLIVEIRA          |         |           |          |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |                                                               |            |           |              | Tipo de Frete                             |          | CIF                              |         |           |          |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |                                                               |            |           |              | Faturamento Mínimo                        |          | 1.200,00                         |         |           |          |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |                                                               |            |           |              | Validade da Proposta                      |          | 19/09/2023                       |         |           |          |           |
| 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><br>.FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ.<br>.FRETE COTAR SOMENTE CIF.<br>.FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE POSSE/ GO.<br>.COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ITENS - 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: ALMOX@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.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      | VI. Unit. | Desconto | VI. Total |
| MÉDICO / HOSPITALAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                               |            |           |              |                                           |          |                                  |         |           |          |           |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 57310         | ACIDO PERACETICO 3,5 %5L                                      |            |           |              | ACIDO                                     | ECOPER   | 20,00                            | GALÃO   | 101,0800  | 0,00     | 2.021,60  |
| GALÃO C/ 5 L                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |               |                                                               |            |           |              |                                           |          |                                  |         |           |          |           |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 66273         | CAMPO CIRURGICO FENESTRADO SMS AZUL 40G 30 X 30 CM            |            |           |              | CAMPO                                     | PROTDESC | 200,00                           | UNIDADE | 1,8600    | 0,00     | 372,00    |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 25982         | CONCENTRADO POLIELETROLITICO HEMODIALISE SOL ACIDA 5 LITROS   |            |           |              | SOL. ACIDA                                | FARMARIN | 600,00                           | GALÃO   | 19,8000   | 0,00     | 11.880,00 |
| GALÃO 5 LITROS; PARA SER UTILIZADO EM MÁQUINA DE HEMODIÁLISE DA MARCA: B.BRAUN, MODELO DIALOG.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               |                                                               |            |           |              |                                           |          |                                  |         |           |          |           |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 220           | LENCOL HOSPITALAR DESC. 70CM X 50M                            |            |           |              | LENCOL                                    | LUDAN    | 20,00                            | ROLO    | 10,3000   | 0,00     | 206,00    |
| 100%FIBRAS NATURAIS NAO TRANSGENICAS OU EM MATERIAL RECICLAVEL ; TEXTURA MACIA E RESISTENTE AO ESTADO UMIDO ; NAO ESTERIL ; USO UNICO /DESCARTAVEL ; ROLO EMBALADO INDIVIDUALMENTE ; REGISTRO NA ANVISA ; INDICACAO DE USO: MACA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |               |                                                               |            |           |              |                                           |          |                                  |         |           |          |           |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 25995         | LINHA SANGUE ARTERIAL ESTERIL PARA MAQUINA DE HEMODIALISE     |            |           |              | LINHA DE SANQUE                           | DORA     | 300,00                           | UNIDADE | 8,9900    | 0,00     | 2.697,00  |
| PARA MÁQUINAS DE HEMODIÁLISE COM SEGMENTO DE BOMBA COM 280 MM DE EXTENSÃO, E DIÂMETRO DE 8 MM, SENSOR DE PRESSÃO COM CONECTOR LUER, PONTO DE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |               |                                                               |            |           |              |                                           |          |                                  |         |           |          |           |
| 23                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 70812         | PASTILHAS DE SAL PARA ABRANDADORES E DESMINERALIZADORES 25 KG |            |           |              | PASTILHA                                  | CYSNE    | 6,00                             | UNIDADE | 229,0000  | 0,00     | 1.374,00  |
| Total do pedido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |                                                               |            |           |              |                                           |          |                                  |         |           |          | 18.550,60 |

| Nro Pedido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Nro Gerencial | Nro Processo                                                | Data                                                 | Valor     | Situação     | Descrição da proposta                     |          |                                                          |           |          |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------|--------------|-------------------------------------------|----------|----------------------------------------------------------|-----------|----------|-----------|
| 441325                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 150700        | 49116 / 40621                                               | 06/09/2023                                           | 47.475,00 | O.C. Emitida | SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE |          |                                                          |           |          |           |
| Condições de Negócio do Comprador                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                             |                                                      |           |              | Condições de Negócio do Fornecedor        |          |                                                          |           |          |           |
| Razão Social                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |               | INSTITUTO CEM - POSSE                                       |                                                      |           |              | Razão Social                              |          | SANTÉ MÉDICA HOSPITALAR LTDA                             |           |          |           |
| Nome Fantasia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |               | INSTITUTO CEM                                               |                                                      |           |              | Nome Fantasia                             |          | SANTÉ MÉDICA HOSPITALAR LTDA                             |           |          |           |
| CPF/CNPJ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               | 12.053.184/0002-18                                          |                                                      |           |              | CPF/CNPJ                                  |          | 16.699.864/0001-83                                       |           |          |           |
| CEP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               | 73.900-000                                                  |                                                      |           |              | CEP                                       |          | 74.366-115                                               |           |          |           |
| Endereço                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               | AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHKE DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES     |                                                      |           |              | Endereço                                  |          | AV. LORENZO ESQUINA COM RPS-5 - RESIDENCIAL PORTO SEGURO |           |          |           |
| Cidade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               | POSSE                                                       |                                                      |           |              | Cidade                                    |          | GOIANIA                                                  |           |          |           |
| UF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               | GO                                                          |                                                      |           |              | UF                                        |          | GO                                                       |           |          |           |
| Insc. Estadual                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               | ISENTO                                                      |                                                      |           |              | Insc. Estadual                            |          | 000000000                                                |           |          |           |
| Contato                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               | Enivaldo Campos Rodrigues                                   |                                                      |           |              | Contato                                   |          | ANDRE LUIZ OU MURILO                                     |           |          |           |
| Telefone                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               | (62) 9 9973-7067                                            |                                                      |           |              | Telefone                                  |          | (64) 9 9925-3885                                         |           |          |           |
| Email                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |               | comprasmatr@institutocem.org.br                             |                                                      |           |              | Email                                     |          | vendas01@santedistribuidora.com.br                       |           |          |           |
| Prazo de Entrega Solicitado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |               | 2                                                           |                                                      |           |              | Prazo de Entrega                          |          | 10 DIA(s)                                                |           |          |           |
| Cond. Pagamento Solicitado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |               | A PRAZO                                                     |                                                      |           |              | Cond. Pagamento                           |          | 30 Dias                                                  |           |          |           |
| Forma de Pagamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               | BOLETO BANCÁRIO                                             |                                                      |           |              | Nome do Vendedor                          |          | ANDRÉ LUIZ                                               |           |          |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |                                                             |                                                      |           |              | Tipo de Frete                             |          | CIF                                                      |           |          |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |                                                             |                                                      |           |              | Faturamento Mínimo                        |          | 1.500,00                                                 |           |          |           |
| Endereço de cobrança                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |               | AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903 |                                                      |           |              | Validade da Proposta                      |          | 18/09/2023                                               |           |          |           |
| Endereço de entrega                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               | AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903 |                                                      |           |              |                                           |          |                                                          |           |          |           |
| Observações do Comprador                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |                                                             |                                                      |           |              |                                           |          |                                                          |           |          |           |
| POSSE / GO.<br><br>.FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ.<br>.FRETE COTAR SOMENTE CIF.<br>.FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE POSSE/ GO.<br>.COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ITENS - 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: ALMOX@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                             |                                                      |           |              |                                           |          |                                                          |           |          |           |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 31599         | COMPRESSA 7,5 X 7,5 CM ESTERIL C/13 FIOS BRANCA (PCT 10UN)  | COMPRESSA 7,5 X 7,5 CM ESTERIL C/13 FIOS BRANCA C/10 |           |              | BIOTEXTIL                                 | 2.500,00 | PACOTE                                                   | 0,4300    | 0,00     | 1.075,00  |
| ESTERIL ; COR BRANCA ; DESCARTAVEL ; COMPRESA GAZE ; TECIDO 100%ALGODAO ; ISENTA DE IMPUREZAS ; 8 (OITO) CAMADAS ; 05 (CINCO) DOBRAS ; 13 (TREZE) FIOS/CENTIMETRO QUADRADO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |               |                                                             |                                                      |           |              |                                           |          |                                                          |           |          |           |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 47083         | DIALISADOR DE ALTO FLUXO 21H C/O REM CAPILAR                | DIALISADOR DE ALTO FLUXO 21H C/O REM CAPILAR         |           |              | NIPRO                                     | 800,00   | UNIDADE                                                  | 58,0000   | 0,00     | 46.400,00 |
| EM POLISSULFONA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |                                                             |                                                      |           |              |                                           |          |                                                          |           |          |           |
| Total do pedido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |                                                             |                                                      |           |              |                                           |          |                                                          |           |          | 47.475,00 |

| Nro Pedido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Nro Gerencial | Nro Processo                                                 | Data       | Valor    | Situação     | Descrição da proposta                     |                                                |          |           |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------------------------|------------|----------|--------------|-------------------------------------------|------------------------------------------------|----------|-----------|--|
| 441324                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 150700        | 49116 / 40621                                                | 06/09/2023 | 1.010,00 | O.C. Emitida | SOLICITAÇÃO DE MATERIAIS PARA HEMODIÁLISE |                                                |          |           |  |
| Condições de Negócio do Comprador                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                              |            |          |              | Condições de Negócio do Fornecedor        |                                                |          |           |  |
| <b>Razão Social</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               | INSTITUTO CEM - POSSE                                        |            |          |              | <b>Razão Social</b>                       | HOSPMED COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA |          |           |  |
| <b>Nome Fantasia</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |               | INSTITUTO CEM                                                |            |          |              | <b>Nome Fantasia</b>                      | HOSPMED                                        |          |           |  |
| <b>CPF/CNPJ</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               | 12.053.184/0002-18                                           |            |          |              | <b>CPF/CNPJ</b>                           | 37.821.276/0001-40                             |          |           |  |
| <b>CEP</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |               | 73.900-000                                                   |            |          |              | <b>CEP</b>                                | 74.303-030                                     |          |           |  |
| <b>Endereço</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               | AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHEK DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES      |            |          |              | <b>Endereço</b>                           | AV C-0018 - SETOR SUDOESTE                     |          |           |  |
| <b>Cidade</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |               | POSSE                                                        |            |          |              | <b>Cidade</b>                             | GOIANIA                                        |          |           |  |
| <b>UF</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |               | GO                                                           |            |          |              | <b>UF</b>                                 | GO                                             |          |           |  |
| <b>Insc. Estadual</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |               | ISENTO                                                       |            |          |              | <b>Insc. Estadual</b>                     | 108012930                                      |          |           |  |
| <b>Contato</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               | Enivaldo Campos Rodrigues                                    |            |          |              | <b>Contato</b>                            | MARLENE                                        |          |           |  |
| <b>Telefone</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               | (62) 9 9973-7067                                             |            |          |              | <b>Telefone</b>                           | (62) 9 8128-6045                               |          |           |  |
| <b>Email</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |               | comprasmatr@institutocem.org.br                              |            |          |              | <b>Email</b>                              | hospmed.compras01@gmail.com                    |          |           |  |
| <b>Prazo de Entrega Solicitado</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               | 2                                                            |            |          |              | <b>Prazo de Entrega</b>                   | 5 DIA(s)                                       |          |           |  |
| <b>Cond. Pagamento Solicitado</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               | A PRAZO                                                      |            |          |              | <b>Cond. Pagamento</b>                    | 30 Dias                                        |          |           |  |
| <b>Forma de Pagamento</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |               | BOLETO BANCÁRIO                                              |            |          |              | <b>Nome do Vendedor</b>                   | MARLENE PERPETUA DA SILVA SILV                 |          |           |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |                                                              |            |          |              | <b>Tipo de Frete</b>                      | CIF                                            |          |           |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |                                                              |            |          |              | <b>Faturamento Mínimo</b>                 | 1.000,00                                       |          |           |  |
| <b>Endereço de cobrança</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |               | AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903  |            |          |              | <b>Validade da Proposta</b>               | 06/10/2023                                     |          |           |  |
| <b>Endereço de entrega</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |               | AVENIDA JK 73.900-000 MORADA NOVA POSSE/GO (62) 9 9665-0903  |            |          |              |                                           |                                                |          |           |  |
| Observações do Comprador                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |                                                              |            |          |              |                                           |                                                |          |           |  |
| POSSE / GO.<br><br>.FAVOR ATUALIZAR O CADASTRO PORQUE TEVE ALTERAÇÃO NO ENDEREÇO DO CNPJ.<br>.FRETE COTAR SOMENTE CIF.<br>.FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0002-18 - INSTITUTO CEM – POLICLINICA DE POSSE/ GO.<br>.COTAR SOMENTE O SOLICITADO. NÃO ALTERAR NOMES NEM QUANTIDADE DOS ITENS - 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: ALMOX@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.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                                        | VI. Unit.                                      | Desconto | VI. Total |  |
| MÉDICO / HOSPITALAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                              |            |          |              |                                           |                                                |          |           |  |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 45164         | AVENTAL DESCARTAVEL TNT MANGA LONGA GR40                     | MAX        | MAX      | 200,00       | PACOTE                                    | 3,6500                                         | 0,00     | 730,00    |  |
| 24                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 63794         | PROTETOR PARA CATETER EM SMS LAMINADO BRANCO 50G 6,5 X 30 CM | BDP        | BDP      | 100,00       | UNIDADE                                   | 2,8000                                         | 0,00     | 280,00    |  |
| CONFECCIONADO EM SMS LAMINADO BRANCO 50 G/M2, CORTADO NA MEDIDA DE 6,5 X 30 CM, COSTURADO EM TODA A SUA VOLTA COM LINHA BRANCA 100% POLIESTER, COM UMA ABERTURA CENTRAL DE 5 CM. EMBALADO EM SACO PLÁSTICO, DE POLIETILENO ATÓXICO, MEDINDO 30 X 40 CM X 0,06 MM. SELADO EM SELADORA HERMET. UTILIZADA PARA A PROTEÇÃO (NOS CATETERES DOS PACIENTES).                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |               |                                                              |            |          |              |                                           |                                                |          |           |  |
| Total do pedido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |                                                              |            |          |              |                                           |                                                |          | 1.010,00  |  |

[illegible]



| Nro Pedido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Nro Gerencial | Nro Processo                                                                   | Data       | Valor     | Situação     | Descrição da proposta              |           |                                             |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|--------------------------------------------------------------------------------|------------|-----------|--------------|------------------------------------|-----------|---------------------------------------------|-----------|
| 442093                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | 150884        | 49155/40725                                                                    | 18/09/2023 | 565,47    | O.C. Emitida | SOLICITACAO MATERIAIS DE FARMACIA  |           |                                             |           |
| Condições de Negócio do Comprador                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                                                |            |           |              | Condições de Negócio do Fornecedor |           |                                             |           |
| Razão Social                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |               | INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS                                                   |            |           |              | Razão Social                       |           | SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI |           |
| Nome Fantasia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |               | INSTITUTO CEM                                                                  |            |           |              | Nome Fantasia                      |           | SUPERMEDICA HOSPITALAR                      |           |
| CPF/CNPJ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               | 12.053.184/0005-60                                                             |            |           |              | CPF/CNPJ                           |           | 06.065.614/0001-38                          |           |
| CEP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               | 75.860-000                                                                     |            |           |              | CEP                                |           | 74.255-140                                  |           |
| Endereço                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               | RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS                                                    |            |           |              | Endereço                           |           | RUA C-159 - JARDIM AMERICA                  |           |
| Cidade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               | QUIRINOPOLIS                                                                   |            |           |              | Cidade                             |           | GOIANIA                                     |           |
| UF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               | GO                                                                             |            |           |              | UF                                 |           | GO                                          |           |
| Insc. Estadual                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               | ISENTO                                                                         |            |           |              | Insc. Estadual                     |           | 106039750                                   |           |
| Contato                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               | NAOR BORGES                                                                    |            |           |              | Contato                            |           | TELEVENDAS                                  |           |
| Telefone                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               | (62) 9 9973-7067                                                               |            |           |              | Telefone                           |           | (62) 3928-8989                              |           |
| Email                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |               | naor@institutocem.org.br                                                       |            |           |              | Email                              |           | vendas12@supermedica.com.br                 |           |
| Prazo de Entrega Solicitado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |               | 4                                                                              |            |           |              | Prazo de Entrega                   |           | 2 DIA(s)                                    |           |
| Cond. Pagamento Solicitado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |               | A PRAZO                                                                        |            |           |              | Cond. Pagamento                    |           | 30 Dias                                     |           |
| Forma de Pagamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               | BOLETO BANCÁRIO                                                                |            |           |              | Nome do Vendedor                   |           | JULIANA RAMALHO                             |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |                                                                                |            |           |              | Tipo de Frete                      |           | CIF                                         |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |                                                                                |            |           |              | Faturamento Mínimo                 |           | 1.200,00                                    |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |                                                                                |            |           |              | Validade da Proposta               |           | 12/09/2023                                  |           |
| Endereço de cobrança                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |               | RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966 |            |           |              |                                    |           |                                             |           |
| Endereço de entrega                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               | RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966 |            |           |              |                                    |           |                                             |           |
| Observações do Comprador                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |                                                                                |            |           |              |                                    |           |                                             |           |
| QUIRINÓPOLIS / GO.<br>FATURAR NO CNPJ.: 12.053.184/0005-60 - 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 + BOLETO - SUJEITO A DEVOLUÇÃO SE NÃO FOREM JUNTOS;<br>ENVIAR CÓPIAS DA NF+BOLETO+XML NO E-MAIL:<br>ALMOXARIFADO@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR;<br>CONTROLADORIA@POLICLINICAQUIRINOPOLIS.ORG.BR<br>ANOTAR NO RODAPÉ DA NOTA FISCAL: CONTRATO GESTÃO Nº 01/2021 - SES / GO.<br>COMPRAS A VISTA – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DA MERCADORIA/ EQUIPAMENTO. |               |                                                                                |            |           |              |                                    |           |                                             |           |
| Observações do Fornecedor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |               |                                                                                |            |           |              |                                    |           |                                             |           |
| VENDEDORA: JULIANA RAMALHO<br>RAMAL 5170 - EMAIL: LOCALIZADOR03@SUPERMEDICA.COM.BR<br>62 9669-4917 - SOMENTE WHATSAPP<br>COT 615821                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                                                |            |           |              |                                    |           |                                             |           |
| Item                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Código        | Descrição                                                                      | Referência | Marca     | Qtde         | UM                                 | Vl. Unit. | Desconto                                    | Vl. Total |
| MÉDICO / HOSPITALAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                                                |            |           |              |                                    |           |                                             |           |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 11499         | ACIDO TRANEXAMICO SOL INJ 50MG/ML 5ML                                          | ZYDUS      | ZYDUS     | 100,00       | UNIDADE                            | 4,0100    | 0,00                                        | 400,90    |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 19608         | FENITOINA SOL INJ 50MG/ML 5ML - FENITAL.                                       | CRISTALIA  | CRISTALIA | 20,00        | AMPOLA                             | 2,6100    | 0,00                                        | 52,20     |
| AMP 250MG                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |               |                                                                                |            |           |              |                                    |           |                                             |           |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 46178         | FENTANILA, CITRATO SOL INJ 50MCG/ML 2ML - UNIFENTAL                            | HIPOLABOR  | HIPOLABOR | 50,00        | AMPOLA                             | 2,1900    | 0,00                                        | 109,50    |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 4999          | PROPRANOLOL COMP 40MG                                                          | PHARLAB    | PHARLAB   | 30,00        | COMPRIMIDO                         | 0,0923    | 0,00                                        | 2,77      |
| Total do pedido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               |                                                                                |            |           |              |                                    |           |                                             | 565,47    |



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 06/09/2023 às 11:28, 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 08/09/2023 às 16:22, 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 287436 e o código verificador 40621.