

| Nro Pedido   | Nro Gerencial  | Nro Processo        | Data       | Valor    | Situação     | Descrição da proposta              |                                  |          |                 |
|--|--|---------------------|------------|----------|--------------|------------------------------------|----------------------------------|----------|-----------------|
| 442486   | 150863   | 0109235<br>/40717   | 25/09/2023 | 2.932,00 | O.C. Emitida | SOLICITACAO COMPRAS P CME          |                                  |          |                 |
| Condições de Negócio do Comprador  |  |                     |            |          |              | Condições de Negócio do Fornecedor |                                  |          |                 |
| <b>Razão Social</b>  | INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS   |                     |            |          |              | <b>Razão Social</b>                | SEMPRE HOSPITALAR LTDA           |          |                 |
| <b>Nome Fantasia</b>   | INSTITUTO CEM  |                     |            |          |              | <b>Nome Fantasia</b>               | SEMPRE                           |          |                 |
| <b>CPF/CNPJ</b>  | 12.053.184/0005-60   |                     |            |          |              | <b>CPF/CNPJ</b>                    | 37.751.411/0001-29               |          |                 |
| <b>CEP</b>   | 75.860-000   |                     |            |          |              | <b>CEP</b>                         | 74.255-140                       |          |                 |
| <b>Endereço</b>  | RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS  |                     |            |          |              | <b>Endereço</b>                    | R C-0159 - JARDIM AMÉRICA        |          |                 |
| <b>Cidade</b>  | QUIRINOPOLIS   |                     |            |          |              | <b>Cidade</b>                      | GOIANIA                          |          |                 |
| <b>UF</b>  | GO   |                     |            |          |              | <b>UF</b>                          | GO                               |          |                 |
| <b>Insc. Estadual</b>  | ISENTO   |                     |            |          |              | <b>Insc. Estadual</b>              | 10799854-8                       |          |                 |
| <b>Contato</b>   | NAOR BORGES  |                     |            |          |              | <b>Contato</b>                     | VENER                            |          |                 |
| <b>Telefone</b>  | (62) 9 9973-7067   |                     |            |          |              | <b>Telefone</b>                    | (62) 9 9462-2822                 |          |                 |
| <b>Email</b>   | naor@institutocem.org.br   |                     |            |          |              | <b>Email</b>                       | vendas16@semprehospitalar.com.br |          |                 |
| <b>Prazo de Entrega Solicitado</b>   | 4  |                     |            |          |              | <b>Prazo de Entrega</b>            | 4 DIA(s)                         |          |                 |
| <b>Cond. Pagamento Solicitado</b>  | A PRAZO  |                     |            |          |              | <b>Cond. Pagamento</b>             | 30 Dias                          |          |                 |
| <b>Forma de Pagamento</b>  | BOLETO BANCÁRIO  |                     |            |          |              | <b>Nome do Vendedor</b>            | VENER ROQUE                      |          |                 |
| <b>Tipo de Frete</b>   |  |                     |            |          |              | <b>Tipo de Frete</b>               | CIF                              |          |                 |
| <b>Faturamento Mínimo</b>  |  |                     |            |          |              | <b>Faturamento Mínimo</b>          | 1.000,00                         |          |                 |
| <b>Validade da Proposta</b>  |  |                     |            |          |              | <b>Validade da Proposta</b>        | 20/09/2023                       |          |                 |
| <b>Endereço de cobrança</b>  | RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966 |                     |            |          |              |                                    |                                  |          |                 |
| <b>Endereço de entrega</b>   | RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966 |                     |            |          |              |                                    |                                  |          |                 |
| Observações do Comprador   |  |                     |            |          |              |                                    |                                  |          |                 |
| <p>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.</p> |  |                     |            |          |              |                                    |                                  |          |                 |
| Observações do Fornecedor  |  |                     |            |          |              |                                    |                                  |          |                 |
|  |  |                     |            |          |              |                                    |                                  |          |                 |
| Item   | Código   | Descrição           | Referência | Marca    | Qtde         | UM                                 | Vl. Unit.                        | Desconto | Vl. Total       |
| <b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>   |  |                     |            |          |              |                                    |                                  |          |                 |
| 1  |  | INDICADOR BIOLÓGICO | INDICADOR  | CLEAN UP | 4,00         | CAIXA                              | 733,0000                         | 0,00     | 2.932,00        |
| 4 CAIXAS C 50 UNIDADES. INDICADOR BIOLÓGICO DE LEITURA RÁPIDA. RESULTADO EM 3 HORAS. (REFERÊNCIA: CLEAN UP, POIS A INCUBADORA É DA MESMA MARCA)  |  |                     |            |          |              |                                    |                                  |          |                 |
| <b>Total do pedido</b>   |  |                     |            |          |              |                                    |                                  |          | <b>2.932,00</b> |

| Nro Pedido  | Nro Gerencial  | Nro Processo   | Data       | Valor    | Situação     | Descrição da proposta                     |   |          |                 |
|---|--|--|------------|----------|--------------|---|---|----------|-----------------|
| 441997  | 150863   | 0109235<br>/40717  | 15/09/2023 | 1.300,74 | O.C. Emitida | SOLICITACAO COMPRAS P CME                 |   |          |                 |
| <b>Condições de Negócio do Comprador</b>  |  |  |            |          |              | <b>Condições de Negócio do Fornecedor</b> |   |          |                 |
| <b>Razão Social</b>   | INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS   |  |            |          |              | <b>Razão Social</b>                       | SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI |          |                 |
| <b>Nome Fantasia</b>  | INSTITUTO CEM  |  |            |          |              | <b>Nome Fantasia</b>                      | SUPERMEDICA HOSPITALAR                      |          |                 |
| <b>CPF/CNPJ</b>   | 12.053.184/0005-60   |  |            |          |              | <b>CPF/CNPJ</b>                           | 06.065.614/0001-38                          |          |                 |
| <b>CEP</b>  | 75.860-000   |  |            |          |              | <b>CEP</b>                                | 74.255-140                                  |          |                 |
| <b>Endereço</b>   | RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS  |  |            |          |              | <b>Endereço</b>                           | RUA C-159 - JARDIM AMERICA                  |          |                 |
| <b>Cidade</b>   | QUIRINOPOLIS   |  |            |          |              | <b>Cidade</b>                             | GOIANIA                                     |          |                 |
| <b>UF</b>   | GO   |  |            |          |              | <b>UF</b>                                 | GO  |          |                 |
| <b>Insc. Estadual</b>   | ISENTO   |  |            |          |              | <b>Insc. Estadual</b>                     | 106039750                                   |          |                 |
| <b>Contato</b>  | NAOR BORGES  |  |            |          |              | <b>Contato</b>                            | TELEVENDAS                                  |          |                 |
| <b>Telefone</b>   | (62) 9 9973-7067   |  |            |          |              | <b>Telefone</b>                           | (62) 3928-8989                              |          |                 |
| <b>Email</b>  | naor@institutocem.org.br   |  |            |          |              | <b>Email</b>                              | vendas12@supermedica.com.br                 |          |                 |
| <b>Prazo de Entrega Solicitado</b>  | 4  |  |            |          |              | <b>Prazo de Entrega</b>                   | 2 DIA(s)                                    |          |                 |
| <b>Cond. Pagamento Solicitado</b>   | A PRAZO  |  |            |          |              | <b>Cond. Pagamento</b>                    | 30 Dias                                     |          |                 |
| <b>Forma de Pagamento</b>   | BOLETO BANCÁRIO  |  |            |          |              | <b>Nome do Vendedor</b>                   | JULIANA RAMALHO                             |          |                 |
| <b>Endereço de cobrança</b>   | RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966 |  |            |          |              | <b>Tipo de Frete</b>                      | CIF   |          |                 |
| <b>Endereço de entrega</b>  | RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966 |  |            |          |              | <b>Faturamento Mínimo</b>                 | 1.200,00                                    |          |                 |
|   |  |  |            |          |              | <b>Validade da Proposta</b>               | 12/09/2023                                  |          |                 |
| <b>Observações do Comprador</b>   |  |  |            |          |              |   |   |          |                 |
| <p>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.</p> |  |  |            |          |              |   |   |          |                 |
| <b>Observações do Fornecedor</b>  |  |  |            |          |              |   |   |          |                 |
| <p>VENDEDORA: JULIANA RAMALHO<br/> RAMAL 5170 - EMAIL: LOCALIZADOR03@SUPERMEDICA.COM.BR<br/> 62 9669-4917 - SOMENTE WHATSAPP<br/> COT 615829</p>  |  |  |            |          |              |   |   |          |                 |
| Item  | Código   | Descrição  | Referência | Marca    | Qtde         | UM  | Vl. Unit.                                   | Desconto | Vl. Total       |
| <b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>  |  |  |            |          |              |   |   |          |                 |
| 2   |  | PAPEL GRAU CIRÚRGICO PARA ESTERILIZAÇÃO EM AUTOCLAVE A VAPOR 40CM X 100 M -AREA TOTAL 38CM X 100 M – AREA ÚTIL | ZERMATT    | ZERMATT  | 7,00         | BOBINA                                    | 185,8200                                    | 0,00     | 1.300,74        |
| <b>Total do pedido</b>  |  |  |            |          |              |   |   |          | <b>1.300,74</b> |

| Nro Pedido   | Nro Gerencial  | Nro Processo        | Data                | Valor    | Situação     | Descrição da proposta                     |   |          |                 |
|--|--|---------------------|---------------------|----------|--------------|---|---|----------|-----------------|
| 441996   | 150863   | 0109235<br>/40717   | 15/09/2023          | 1.500,00 | O.C. Emitida | SOLICITACAO COMPRAS P CME                 |   |          |                 |
| <b>Condições de Negócio do Comprador</b>   |  |                     |                     |          |              | <b>Condições de Negócio do Fornecedor</b> |   |          |                 |
| <b>Razão Social</b>  | INSTITUTO CEM - QUIRINOPOLIS   |                     |                     |          |              | <b>Razão Social</b>                       | PRIME COMERCIO DE PRODUTOS HOSPITALARES LTDA - ME |          |                 |
| <b>Nome Fantasia</b>   | INSTITUTO CEM  |                     |                     |          |              | <b>Nome Fantasia</b>                      | PRIME HOSPITALAR                                  |          |                 |
| <b>CPF/CNPJ</b>  | 12.053.184/0005-60   |                     |                     |          |              | <b>CPF/CNPJ</b>                           | 22.577.298/0001-30                                |          |                 |
| <b>CEP</b>   | 75.860-000   |                     |                     |          |              | <b>CEP</b>                                | 74.830-270  |          |                 |
| <b>Endereço</b>  | RUA 03 - RESIDENCIAL ATENAS  |                     |                     |          |              | <b>Endereço</b>                           | R 1102 - SETOR PEDRO LUDOVICO                     |          |                 |
| <b>Cidade</b>  | QUIRINOPOLIS   |                     |                     |          |              | <b>Cidade</b>                             | GOIANIA   |          |                 |
| <b>UF</b>  | GO   |                     |                     |          |              | <b>UF</b>                                 | GO  |          |                 |
| <b>Insc. Estadual</b>  | ISENTO   |                     |                     |          |              | <b>Insc. Estadual</b>                     | 106378570   |          |                 |
| <b>Contato</b>   | NAOR BORGES  |                     |                     |          |              | <b>Contato</b>                            | GISELLY / ANEUEDE                                 |          |                 |
| <b>Telefone</b>  | (62) 9 9973-7067   |                     |                     |          |              | <b>Telefone</b>                           | (62) 4018-5882                                    |          |                 |
| <b>Email</b>   | naor@institutocem.org.br   |                     |                     |          |              | <b>Email</b>                              | compras.primedistribuidora@hotmail.com            |          |                 |
| <b>Prazo de Entrega Solicitado</b>   | 4  |                     |                     |          |              | <b>Prazo de Entrega</b>                   | 3 DIA(s)  |          |                 |
| <b>Cond. Pagamento Solicitado</b>  | A PRAZO  |                     |                     |          |              | <b>Cond. Pagamento</b>                    | 45 Dias   |          |                 |
| <b>Forma de Pagamento</b>  | BOLETO BANCÁRIO  |                     |                     |          |              | <b>Nome do Vendedor</b>                   | ANEUEDE PRADO                                     |          |                 |
| <b>Endereço de cobrança</b>  | RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966 |                     |                     |          |              | <b>Tipo de Frete</b>                      | CIF   |          |                 |
| <b>Endereço de entrega</b>   | RUA 3 POLICLÍNICA 75.860-000 RESIDENCIAL ATENAS QUIRINOPOLIS/GO (64) 2101-1966 |                     |                     |          |              | <b>Faturamento Mínimo</b>                 | 1.500,00  |          |                 |
|  |  |                     |                     |          |              | <b>Validade da Proposta</b>               | 15/09/2023  |          |                 |
| <b>Observações do Comprador</b>  |  |                     |                     |          |              |   |   |          |                 |
| <p>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.</p> |  |                     |                     |          |              |   |   |          |                 |
| <b>Observações do Fornecedor</b>   |  |                     |                     |          |              |   |   |          |                 |
|  |  |                     |                     |          |              |   |   |          |                 |
| Item   | Código   | Descrição           | Referência          | Marca    | Qtde         | UM  | VI. Unit.   | Desconto | VI. Total       |
| <b>MÉDICO / HOSPITALAR</b>   |  |                     |                     |          |              |   |   |          |                 |
| 1  |  | INDICADOR BIOLÓGICO | INDICADOR BIOLÓGICO | CLEANUP  | 5,00         | CAIXA                                     | 300,0000  | 0,00     | 1.500,00        |
| 4 CAIXAS C 50 UNIDADES. INDICADOR BIOLÓGICO DE LEITURA RÁPIDA. RESULTADO EM 3 HORAS. (REFERÊNCIA: CLEAN UP, POIS A INCUBADORA É DA MESMA MARCA)  |  |                     |                     |          |              |   |   |          |                 |
| <b>Total do pedido</b>   |  |                     |                     |          |              |   |   |          | <b>1.500,00</b> |



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 25/09/2023 às 11:58, 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 26/09/2023 às 10:24, 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 297048 e o código verificador 40717.