

| Nro Pedido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Nro Gerencial | Nro Processo                                                | Data       | Valor   | Situação     | Descrição da proposta                   |           |                                  |           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------|------------|---------|--------------|-----------------------------------------|-----------|----------------------------------|-----------|
| 443865                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 151970        | 50432 / 42258                                               | 11/10/2023 | 169,00  | O.C. Emitida | SOLICITAÇÃO MATERIAIS PARA AMBULATÓRIOS |           |                                  |           |
| 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 KUBITSCHK 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                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |               | comprasmatriz@institutocem.org.br                           |            |         |              | Email                                   |           | vendas16@semprehospitalar.com.br |           |
| Prazo de Entrega Solicitado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |               | 4                                                           |            |         |              | Prazo de Entrega                        |           | 4 DIA(s)                         |           |
| Cond. Pagamento Solicitado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               | A PRAZO                                                     |            |         |              | Cond. Pagamento                         |           | 30 Dias                          |           |
| Forma de Pagamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |               | BOLETO BANCÁRIO                                             |            |         |              | Nome do Vendedor                        |           | SEMPRE HOSPITALAR                |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |                                                             |            |         |              | Tipo de Frete                           |           | CIF                              |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |                                                             |            |         |              | Faturamento Mínimo                      |           | 1.000,00                         |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |                                                             |            |         |              | Validade da Proposta                    |           | 20/10/2023                       |           |
| 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>ALMOX@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR E CONTROLADORIA@POLICLINICAPOSSE.ORG.BR<br>CONTRATO GESTÃO Nº 51/2020 - SES / GO.<br>.COMPRAS A VISTA DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO. |               |                                                             |            |         |              |                                         |           |                                  |           |
| Observações do Fornecedor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               |                                                             |            |         |              |                                         |           |                                  |           |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |                                                             |            |         |              |                                         |           |                                  |           |
| Item                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Código        | Descrição                                                   | Referência | Marca   | Qtde         | UM                                      | VI. Unit. | Desconto                         | VI. Total |
| MÉDICO / HOSPITALAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |               |                                                             |            |         |              |                                         |           |                                  |           |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 47085         | LANCETA C/ TRAVA SEGURANÇA 26G/1                            | LANCETA    | UNIQMED | 1.000,00     | UNIDADE                                 | 0,1690    | 0,00                             | 169,00    |
| Total do pedido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               |                                                             |            |         |              |                                         |           |                                  | 169,00    |

Este documento foi assinado digitalmente. A autenticidade deste documento pode ser conferida no site: https://cem.vozdigital.com.br/virtuaidoc/public/validar-assinatura/443865 informando o código verificador 42258.

| Nro Pedido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Nro Gerencial | Nro Processo                                                | Data       | Valor    | Situação     | Descrição da proposta                   |          |                                             |         |           |          |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------|------------|----------|--------------|-----------------------------------------|----------|---------------------------------------------|---------|-----------|----------|-----------|
| 443864                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 151970        | 50432 / 42258                                               | 11/10/2023 | 1.207,86 | O.C. Emitida | SOLICITAÇÃO MATERIAIS PARA AMBULATÓRIOS |          |                                             |         |           |          |           |
| Condições de Negócio do Comprador                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |               |                                                             |            |          |              | Condições de Negócio do Fornecedor      |          |                                             |         |           |          |           |
| Razão Social                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |               | INSTITUTO CEM - POSSE                                       |            |          |              | Razão Social                            |          | SUPERMEDICA DISTRIBUIDORA HOSPITALAR EIRELI |         |           |          |           |
| Nome Fantasia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |               | INSTITUTO CEM                                               |            |          |              | Nome Fantasia                           |          | SUPERMEDICA HOSPITALAR                      |         |           |          |           |
| CPF/CNPJ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               | 12.053.184/0002-18                                          |            |          |              | CPF/CNPJ                                |          | 06.065.614/0001-38                          |         |           |          |           |
| CEP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |               | 73.900-000                                                  |            |          |              | CEP                                     |          | 74.255-140                                  |         |           |          |           |
| Endereço                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               | AVENIDA JUSCELINO KUBITSCHEK DE OLIVEIRA - BUENOS AIRES     |            |          |              | Endereço                                |          | RUA C-159 - JARDIM AMERICA                  |         |           |          |           |
| Cidade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |               | POSSE                                                       |            |          |              | Cidade                                  |          | GOIANIA                                     |         |           |          |           |
| UF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |               | GO                                                          |            |          |              | UF                                      |          | GO                                          |         |           |          |           |
| Insc. Estadual                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |               | ISENTO                                                      |            |          |              | Insc. Estadual                          |          | 106039750                                   |         |           |          |           |
| Contato                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               | Enivaldo Campos Rodrigues                                   |            |          |              | Contato                                 |          | TELEVENDAS                                  |         |           |          |           |
| Telefone                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |               | (62) 9 9973-7067                                            |            |          |              | Telefone                                |          | (62) 3928-8989                              |         |           |          |           |
| Email                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |               | comprasmatriz@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                    |          | 10/10/2023                                  |         |           |          |           |
| 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<br>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 DE EQUIPAMENTOS – SÓ EFETUAREMOS O PAGAMENTO APÓS A ENTREGA DO EQUIPAMENTO. |               |                                                             |            |          |              |                                         |          |                                             |         |           |          |           |
| Observações do Fornecedor                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |               |                                                             |            |          |              |                                         |          |                                             |         |           |          |           |
| VENDEDORA: JULIANA RAMALHO<br>RAMAL 5170 - EMAIL: LOCALIZADOR03@SUPERMEDICA.COM.BR<br>62 9669-4917 - SOMENTE WHATSAPP<br>COT 627327                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |               |                                                             |            |          |              |                                         |          |                                             |         |           |          |           |
| Item                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Código        | Descrição                                                   |            |          |              | Referência                              | Marca    | Qtde                                        | UM      | Vl. Unit. | Desconto | Vl. Total |
| MÉDICO / HOSPITALAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |               |                                                             |            |          |              |                                         |          |                                             |         |           |          |           |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 44210         | DETERGENTE ENZIMATICO 1L                                    |            |          |              | PROLINK                                 | PROLINK  | 15,00                                       | LITRO   | 15,2000   | 0,00     | 228,00    |
| DETERGENTE ENZIMÁTICO LÍQUIDO, FRASCO DE 1 LITRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |               |                                                             |            |          |              |                                         |          |                                             |         |           |          |           |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 44224         | LENCOL DESCARTAVEL C/ ELASTICO                              |            |          |              | FLEXPELL                                | FLEXPELL | 121,00                                      | PACOTE  | 8,0600    | 0,00     | 978,26    |
| LENCOL DESC. COM ELASTICO BRANCO FRAMATURA LEVE 2X0,9 PACOTE COM 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |               |                                                             |            |          |              |                                         |          |                                             |         |           |          |           |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 362           | PACOTE DE ESPATULA DE MADEIRA ABAIXADOR DE LINGUA           |            |          |              | THEOTO                                  | THEOTO   | 100,00                                      | UNIDADE | 0,0460    | 0,00     | 4,60      |
| PACOTE COM 100 UNIDADES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |               |                                                             |            |          |              |                                         |          |                                             |         |           |          |           |
| Total do pedido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |               |                                                             |            |          |              |                                         |          |                                             |         |           |          | 1.207,86  |



Documento assinado eletronicamente por ENIVALDO CAMPOS RODRIGUES, 330.397.121-87, COMPRADOR, em 11/10/2023 às 14:20, conforme horário oficial de Brasília/DF, com fundamentos na portaria nº 117/2020



Documento assinado eletronicamente por WELLITON FELIPE DA SILVA ALVES, 436.895.948-55, DIRETOR FINANCEIRO, em 14/10/2023 às 10:03, 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 305214 e o código verificador 42258.