

Ord. Compra: 328 Solicitação: 157 Solic: ALMOXARIFADO
Nº Processo: Situação: AUTORIZADA Dt Ord. Compra: 29/01/2018
Fornecedor: 231 RM HOSPITALARES - RM HOSPITALAR LTDA
CNPJ/CPF: 25.029.414/0001-74 Insc Est.: 102755299
Endereço: SONNEMBERG Nr.: Compl.:
Bairro: CIDADE JARDIM Cep: 74413125
Cidade: GOIANIA UF: GO Conta: 1454 - 0 Agência: 1242 - 4 Banco: 1
Contato(s):

Comprador: ISG - INSTITUTO SOCRATES GUANAES
Endereço: AVENIDA VENEZA, S/N Q 62 LT 1/10 – JARDIM E Nº 298 CNPJ: 03.969.808/0008-46
Cidade: GOIANIA Insc. Est.:
Bairro: BOA VIAGEM Fone/Fax: 32019289 -
Responsável: ARTUR BRITO MORAES CEP: 74325100 UF: GO

Sr. Fornecedor: HORÁRIO DE RECEBIMENTO: A entrega deverá ser no CONDOMÍNIO SOLIDARIEDADE - CS SEG. À SEXTA, DAS 08:00 ÀS 12:00h E DAS 13:00 ÀS 18:00h.

Não mais aceitamos boleto bancário, favor dispor os dados bancários na nota fiscal.

SR. FORNECEDOR, NÃO MAIS TRABALHAMOS COM A PRÁTICA DE COBRANÇA POR BOLETO BANCÁRIO. POR FAVOR, INFORMAR NO CORPO DA NOTA FISCAL OS DADOS BANCÁRIOS E SEUS VENCIMENTOS.

DIANTE DA NECESSIDADE FISCAL EXIGIDA, FAVOR MANTER AS CERTIDÕES FISCAIS REGULARES.

Obs: _____

Cód. Condição de Pgto.: 40 Desc. Condição de Pgto.: 40 DIAS
Período p/ Entrega: 29/01/2018 à 28/02/2018 Moeda: R\$ - REAL
% Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IPI	VI Total
417 - ABAIXADOR DE LINGUA DESC Detalhamento:				UNIDADE	100,0000	0,0205	0,0000	0,00	0,0000	2,05
210 - COLETOR DE URINA SISTEMA ABERTO C/ CORDAO 2L Detalhamento:				UNIDADE	1.000,0000	0,2600	0,0000	0,00	0,0000	260,00
553 - FIO NYLON PRETO 3 45CM AGULHA 3/8 TRG 4.0CM Detalhamento:				UNIDADE	24,0000	1,2700	0,0000	0,00	0,0000	30,48

Total dos Produtos(+): 292,53
Valor Total do Frete(C.I.F.), Não Incluso na Nota: 0,00
Valor Total do IPI(+): 0,00
Valor dos Descontos(-): 0,00
Valor Outros(+): 0,00
Valor Total(=): 292,53

COMPRADOR Data: _____ Assinatura: <i>Artur Brito Moraes</i> Condomínio Solidariedade	ADMINISTRATIVO Data: _____ Assinatura: <i>Antonio Jose de A. Maciel</i> Gerente Administrativo AT/HAA	FINANCEIRO Data: _____ Assinatura: <i>Cleia Alves</i> COORDENADOR Coord. Financeiro	DIRETORIA Data: _____ Assinatura: <i>Aline Oliveira</i> Diretora Geral Condomínio Solidariedade-CS
---	---	---	--