

Ord. Compra: 1693      Solicitação: 782      Solic: COORDENAÇÃO OPERACI  
Nº Processo:      Situação: AUTORIZADA      Dt Ord. Compra: 27/04/2020  
Fornecedor: 378 CIENTIFICA MÉDICA - CIENTÍFICA MÉDICA HOSPITALAR LTDA  
CNPJ/CPF: 07.847.837/0001-10      Insc Est.: 103990607  
Endereço: AV ANAPOLIS      Nr.: S/N      Compl.: QD 29-A LT 06  
Bairro: VILA BRASÍLIA      Cep: 74911360  
Cidade: APARECIDA DE GOIANIA      UF: GO      Conta: 24396 - 5 Agência: 3483 - 5 Banco: 1  
Contato(s): 30889700

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

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.: 7      Desc. Condição de Pgto.: 30 DIAS  
Período p/ Entrega: 27/04/2020 à 27/05/2020      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 IMP	VI Total
854 - OXIMETRO DE PULSO PORTATIL DE DEDO				UNIDADE	12.0000	105,0000	0,0000	0,00	0,0000	1.260,00

Detalhamento:

Total dos Produtos(+): 1.260,00  
Valor Total do Frete( C.I.F. ), Não Incluso na Nota: 0,00  
Valor Total do Imposto: 0,00  
Valor dos Descontos(-): 0,00  
Valor Outros(+): 0,00  
Valor Total (=): 1.260,00

COMPRADOR <i>Artur Brito Moraes</i> Data: _____ Assinatura: _____ Cargo: Compras	ADMINISTRATIVO <i>Alina Oliveira</i> Data: _____ Assinatura: _____ Cargo: Diretora Administrativa	FINANCEIRO <i>Alina Oliveira</i> Data: _____ Assinatura: _____ Cargo: Diretora Administrativa	DIRETORIA <i>Alina Oliveira</i> Data: _____ Assinatura: _____ Cargo: Diretora Administrativa
--	---	---	--

Diretora Administrativa  
Instituto Sócrates Guanaes