

Ord. Compra: 1706 Solicitação: 791 Solic: CAF
Nº Processo: Situação: AUTORIZADA Dt Ord. Compra: 28/04/2020
Fornecedor: 839 MEDICAMENTAL HOSPIT - MEDICAMENTAL HOSPITALAR LTDA
CNPJ/CPF: 31.378.288/0001-66 Insc Est.:
Endereço: V ANHANGUERA Nr.: S/N Compl.: KM 307 950MTS GP 02
Bairro: PARQUE RESIDENCIAL CAN Cep: 14093500
Cidade: RIBEIRAO PRETO UF: SP Conta: 6158 - 1 Agência: 3370 - 7 Banco: 1
Contato(s):

Comprador: ISG - INSTITUTO SOCRATES GUANAES
Endereço: AVENIDA VENEZA, S/N Q 62 LT 1/10 Nº
Cidade: GOIANIA CNPJ: 03.969.808/0008-46
Bairro: JARDIM EUROPA Insc. Est.:
Responsável: ARTUR BRITO MORAES Fone/Fax: 32019289 -
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.: 9 Desc. Condição de Pgto.: 60 DIAS
Período p/ Entrega: 28/04/2020 à 28/05/2020 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
1159 - ACIDO TRANEXAMICO 250 MG/5ML AMP Detalhamento:				AMP C/250MG	60,0000	3,5000	0,0000	0,00	0,0000	210,00
77 - BROMOPRIDA 5 MG/ML 2 ML AMP Detalhamento:				AMP C/2ML	300,0000	1,0300	0,0000	0,00	0,0000	309,00
- OMEPRAZOL 20 MG PS Detalhamento:				CAPS C/20MG	336,0000	0,0650	0,0000	0,00	0,0000	21,84

Total dos Produtos(+): 540,84
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 (=): 540,84

COMPRADOR <i>Artur Brito Moraes</i> Data: _____ Assinatura do Comprador	ADMINISTRATIVO <i>Eduardo Fonseca</i> Data: _____ Assinatura Administrativa	FINANCEIRO <i>Alina Oliveira</i> Data: _____ Assinatura Financeira	DIRETORIA <i>Alina Oliveira</i> Data: _____ Assinatura Diretoria
--	--	---	---

Condomínio Solidária - Centro Educacional - Associação Prolongada - Condomínio Solidária

Condomínio Solidária - Centro Educacional - Associação Prolongada - Condomínio Solidária

Alina Oliveira
Diretora Administrativa
Instituto Sócrates Guanaes