

Ord. Compra: 21712 Cód. Integr: Solicitação: 8788 Solic: CEAP-SOL - CAF
 Número PDC: Situação: AUTORIZADA Dt Ord. Compra: 17/05/2021
 Fornecedor: 22221 FARMATER - FARMATER MEDICAMENTOS LTDA
 CNPJ/CPF: 04.342.595/0002-03 Insc Est.: 0621220800006
 Endereço: R DOMINGOS VIEIRA Nr.: 591 Compl.:
 Bairro: SANTA EFIGENIA Cep: 30150242
 Cidade: SANTA EFIGENIA DE MINAS UF: MG Conta: - Agência: - Banco:
 Contato(s): MONICA Contrato: Excede Contrato?: Não
 E-Mail : MARTINS.MONICAF@HOTMAIL.COM
 Telefone Comercial : (31) 3224-2465

Comprador: ISG - FILIAL CONDOMINIO SOLIDARIEDADE Nº 0 CNPJ: 03.969.808/0008-46
 Endereço: AV VENEZA QUADRA 62 LOTE 1-10 Insc. Est.:
 Cidade: APARECIDA DE GOIANIA Fone/Fax: -
 Bairro: GOIANIA CEP: 74325100 UF: GO
 Responsável: CESAR ALMEIDA DE ASSUNÇÃO

Sr. Fornecedor: HORÁRIO DE RECEBIMENTO: A entrega deverá ser no CEAP-SOL (CONDOMÍNIO SOLIDARIEDADE)-
 HDT SEG. À SEXTA, DAS 08:00 ÀS 11:30 E DAS 13:30 ÀS 17:30.

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/PIX E
 SEUS VENCIMENTOS.

DIANTE DA NECESSIDADE FISCAL EXIGIDA, FAVOR MANTER TODAS AS CERTIDÕES FISCAIS
 REGULARES/ATUALIZADAS.
 TELEFONE : 62 3201 9298 / 9286

Obs: _____

Cód. Condição de Pgto.: 2 Desc. Condição de Pgto.: 30 DIAS
 Período p/ Entrega: 17/05/2021 à 17/05/2021 Moeda: R\$ - REAL
 % Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00

Produto	Fabricante	Qt. Cons.	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI. IMP	VI Tota
5040 - ATENOLOL COMP 25 MG Detalhamento:				COMPRIMI DO	210,0000	0,2000	0,0000	0,00	0,0000	42,00
429 - OMEPRAZOL 20MG Detalhamento:				CAPSULA	1.652,0000	0,4300	0,0000	0,00	0,0000	710,36

Total dos Produtos(+): 752,36
 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(=): 752,36

COMPRADOR (A) _____ Data _____ Comrador CEAP-SOL/ISG-00	ADMINISTRATIVO _____ Data _____ Gerente Administrativo Condomínio Solidarieade	FINANCEIRO _____ Data _____ Diretor Geral CEAP-SOL/ISG	DIRETORIA _____ Data _____ Diretor Geral CEAP-SOL/ISG
---	--	--	---

[Handwritten signature]