

Ord. Compra: 1346 Solicitação: 644 Solic: CAF
Nº Processo: Situação: AUTORIZADA Dt Ord. Compra: 01/10/2019
Fornecedor: 203 DL NUTRICAÇÃO CLÍNICA - DL NUTRICAÇÃO CLÍNICA LTDA
CNPJ/CPF: 02.160.869/0001-29 Insc Est.: 101602006
Endereço: INDEPENDÊNCIA Nr.: Compl.:
Bairro: SETOR CENTRAL Cep: 74055055
Cidade: GOIANIA UF: GO Conta: 12197 - 0 Agência: 0869 - Banco: 341
Contato(s): (62) 32248490

Comprador: ISG - INSTITUTO SOCRATES GUANAES
Endereço: AVENIDA VENEZA, S/N Q 62 LT 1/10 Nº CNPJ: 03.969.808/0008-46
Cidade: GOIANIA Insc. Est.:
Bairro: JARDIM EUROPA 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.: 6 Desc. Condição de Pgto.: 28 DIAS
Período p/ Entrega: 01/10/2019 à 01/11/2019 R\$ - REAL
% Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00
Observação: PROCESSO 145/19.
ID 94640034.

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IMP	VI Total
221 - EQUIPO MACROGOTAS C/ INJETOR LATERAL EM Y DESC Detalhamento:				UNIDADE	1.000,0000	0,7200	0,0000	0,00	0,0000	720,00
223 - EQUIPO MACROGOTAS GRAVITACIONAL P/ DIETA ENTERAL Detalhamento:				UNIDADE	400,0000	1,1200	0,0000	0,00	0,0000	448,00

Total dos Produtos(+): 1.168,00
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(=): 1.168,00

COMPRADOR <i>Arthur Brito de Moraes</i> Data: _____ Comprador Condomínio Solidariedade	ADMINISTRATIVO <i>Antônio Jorge de A. Matos</i> Data: _____ Secretário Administrativo Condomínio Solidariedade	FINANCEIRO <i>[Assinatura]</i> Data: _____ Fiscal Condomínio Solidariedade	DIRETORIA <i>[Assinatura]</i> Data: _____ Diretor Geral Condomínio Solidariedade
----------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------

DIRETORIA
Diretor Geral
CENTRO ESTADUAL DE ATENÇÃO
PROLONGADA E CASA DE APOIO
CONDOMÍNIO SOLIDARIEDADE
GEAP-SOL