

10

Ord. Compra: 85934 Cód. Integr: Solicitação:50817 Solic: HDT - SUPRIMENTOS  
 Número PDC: Situação: AUTORIZADA Dt Ord. Compra: 10/10/2023  
 Fornecedor: 36490 ELFA - ELFA MEDICAMENTOS S.A.  
 CNPJ/CPF: 09.053.134/0001-45 Insc Est.:  
 Endereço: PONTE ALTA NORTE Nr.: Compl.:  
 Bairro: PONTE ALTA NORTE - GAM Cep: 72427010 UF: DF Conta: 105058 - 3 Agência: 1912 - 7 Banco: 1  
 Cidade: BRASÍLIA UF: DF Conta: 105058 - 3 Agência: 1912 - 7 Banco: 1  
 Contrato: Excede Contrato?: Não  
 Telefone Comercial : VANIA - 62 4009-7675  
 E-Mail : VANIA.BARROSO@DISTRIBUIDORAME

Comprador: ISG - INSTITUTO SOCRATES GUANAES Nº 3310 CNPJ: 03.969.808/0003-31  
 Endereço: AV DEPUTADO JAMEL CECILIO SALA 104 Insc. Est.:  
 Cidade: GOIANIA Fone/Fax: 3995-5475 - 3270-6350  
 Bairro: JARDIM GOIAS CEP: 74810907 UF: GO  
 Responsável: ISMAEL MOREIRA DA ROCHA JUNIOR

Sr. Fornecedor: HORÁRIO DE RECEBIMENTO:A entrega deverá ser no 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 3639 / 3640

Obs: \_\_\_\_\_

Cód. Condição de Pgto.: 7 Desc. Condição de Pgto.: 30 DIAS  
 Período p/ Entrega: 10/10/2023 à 13/10/2023 Moeda: R\$ - REAL  
 % Desc:0,00 VI Desc:0,00 VI ICMS:0,00  
 Observação: ID 317274969

Produto	Fabricante	Lote	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI. IMP	VI Total
18245 - IMUNOGLOBULINA HUMANA SOL INJ 5G				FR 5G	12,0000	1.750,0000	0,0000	0,00	0,0000	21.000,00

Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	21.000,00
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
<b>Valor Total (=):</b>	<b>21.000,00</b>

COMPRADOR (A) _____ Data _____	ADMINISTRATIVO _____ Gerente Administrativo HDT/ISG	FINANCEIRO _____ Data _____ HDT/ISG	DIRETORIA _____ Diretor Executivo HDT/ISG
--------------------------------------	--	--	--

SUPRI-01-203