

17

Ord. Compra: 34223 Cód. Integr: Solicitação: 13334 Solic: HDT - CAF
 Número PDC: Situação: AUTORIZADA Dt Ord. Compra: 17/12/2021
 Fornecedor: 22 HOSPFAR - HOSPFAR IND. COM. PROD. HOSP. S.A
 CNPJ/CPF: 26.921.908/0001-21 Insc Est.: 10.232.108-6
 Endereço: RUA 03 Nr.: 975 Compl.:
 Bairro: SETOR MORAIS Cep: 74620385
 Cidade: GOIANIA UF: GO Conta: 313073 - 8 Agência: 3307 - 3 Banco: 1
 Contato(s): ARGEMIRO-REPRESENTANTE GYN, WESLEY, CICERA, DANY Contrato: Excede Contrato?: Não
 Fax : 3269-3503
 Telefone Comercial : 3269-3500
 E-Mail : ATENDIMENTO.OS@HOSPFAR.COM.B

Comprador: HOSPITAL DE DOENCAS TROPICAIS Nº 0 CNPJ: 03.969.808/0003-31
 Endereço: AV OLINDA, QUADRA H4 LOTE 01 AO 03 Insc. Est.:
 Cidade: GOIANIA Fone/Fax: 3995-5475 - 3270-6350
 Bairro: PARK LOZANDES CEP: 74884120 UF: GO
 Responsável: FLAVIA CARVALHO DA SILVA

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: 17/12/2021 à 17/12/2021 Moeda: R\$ - REAL
 % Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00
 Observação: ID:198872889

Produto	Fabricante	Qt. Cons.	Qt. Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI. IMP	VI Total
11324 - GLICOSE SOL INJ 5% 500ML				BOLSA 500 ML	510,0000	3,2900	0,0000	0,00	0,0000	1.677,90

Detalhamento:

Total dos Produtos(+):	1.677,90
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 (=):	1.677,90

COMPRADOR (A) Flávia Carvalho da Silva Data _____ Compradora HDT/ISS-CC	ADMINISTRATIVO Camila Costa Data _____ Gerente Administrativa HDT/ISSG	FINANCEIRO Karine B. de Medeiros Data _____ Diretora Geral Interina HDT/ISSG	DIRETORIA Karine B. de Medeiros Data _____ Diretora Geral Interina HDT/ISSG
---	--	--	---

Handwritten signature