

Ord. Compra: 17181
 Solicitação: 7340
 Nº. Processo:

Solic: SEÇÃO DE CAF
 Cota: -
 Situação: AUTORIZADA

Dt Ord.:14/05/2018
 Dt Limite:08/05/2018

Fornecedor: 11 RM HOSPITALAR - RM HOSPITALAR LTDA
 CNPJ/CPF: 25.029.414/0001-74 Insc Est.: 102755299
 Endereço: AV SOLEMBERGUE Nr.: 544 Compl.:
 Bairro: CIDADE JARDIM GOIANIA Cep: 74403125
 Cidade: GOIANIA UF: GO Conta : 04792-9 Agência : 4290- Banco : 341
 Contato(s):
 Celular : 62-4006-3998 Telefone Comercial : DAGMA 60 4006-3998
 E-Mail : SUPORTE@RMHOSPITALAR.COM

Comprador: ISG - INSTITUTO SOCRATES GUANAES
 Endereço: OLINDA QD H4 LT 01 A 03 Nº CNPJ: 03.969.808/0003-31
 Cidade: GOIANIA Insc. Est.:
 Bairro: PARK LOZANDES Fone/Fax: -
 Responsável: VANDER MONTEIRO DOS SANTOS JR CEP: 74884120 UF: GO
 Sr. Fornecedor: HORÁRIO DE RECEBIMENTO:A entrega deverá ser no hospital de doenças tropicais - 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 E SEUS VENCIMENTOS.

DIANTE DA NECESSIDADE FISCAL EXIGIDA, FAVOR MANTER AS CERTIDÕES FISCAIS REGULARES.

Obs:

Cód. Condição de Pgto: 40 Desc. Condição de Pgto.: 40 DIAS
 Período p/ Entrega: 14/05/2018 à 14/06/2018 % Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00

Produto	Fabricante	Lote	Qtd Cons.	Unidade	Qtd Compr.	VI.Unit.	VI Desc.	%Des	VI IPI	VI Total
15058 NALOXONA 0,4MG/ML 1ML AMP				AMP C/1ML	20.0000	3.8000	0.0000		0.0000	76,00
15080 PANCURONIO 2MG/ML 2ML AMP (PAVULON)				AMP C/2ML	100.0000	4.9150	0.0000		0.0000	491,50
15366 SEVOFLURANO 1MG/ML 100ML FR				FRASC C/100ML	3.0000	161.0400	0.0000		0.0000	483,12
Total dos Produtos (+):										1.050,62
Valor Total do Frete(C.I.F.), Não Incluso na Nota:										0,00
Valor Total do IPI (+):										0,00
Valor Total dos Descontos (-):										0,00
Valor Outros (+):										
Valor Total (=):										1.050,62

COMPRADOR <i>Vander de Monteiro dos S. Junio</i> Data: _____ HDT/ISG - GO	ADMINISTRATIVA <i>[Assinatura]</i> Data: _____	FINANCEIRA HOSPITAL DE DOENÇAS TROPICAIS <i>Diego Rodrigues</i> Coord. Financeiro ISG - HDT Data: _____	DIRETORIA <i>Aline Oliveira</i> Diretora Geral HOSPITAL ESTADUAL DE DOENÇAS TROPICAIS Data: _____
--	--	--	---