

Ord. Compra: 20680  
 Solicitação: 9084  
 Nº. Processo:

Solic: SEÇÃO DE CAF  
 Cota: -  
 Situação: AUTORIZADA

Dt Ord.:28/07/2020  
 Dt Limite:27/07/2020

Fornecedor: 6237 MEDCOM - MEDCOM COMERCIO DE MEDICAMENTOS HOSPITAL  
 CNPJ/CPF: 25.211.499/0001-07 Insc Est.:  
 Endereço: ALAMEDA DAS ESPATODIAS Nr.: 452 Compl.: Q R2 LT 04  
 Bairro: REC. MANSOES BERNARD( Cep: 74681220  
 Cidade: GOIANIA UF: GO Conta : 24457-4 Agência : 4325- Banco : 341  
 Contato(s):  
 Telefone Comercial : 62-3226-8926.

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: ISMAELMRJ 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: 7 Desc. Condição de Pgto.: 30 DIAS  
 Período p/ Entrega: 28/07/2020 à 28/07/2020 % 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
24886 REMIFENTANIL 2MG FA				FA C/2MG	250,0000	39,0000	0,0000		0,0000	9.750,00
Total dos Produtos (+):										9.750,00
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 (=):										9.750,00

COMPRADOR Flávia Carvalho de Silva Data _____ Compradora HDT/ISG-GO	ADMINISTRATIVA Antônio Jorge de Almeida Maciel Data _____ Gerente Administrativo HDT/ISG	FINANCEIRA Diego Rodrigues Data _____ Coord. Financeiro ISG-HDT	DIRETORIA Bruno Almeida Data _____ Diretor Geral HDT/ISG
---------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------