

Ord. Compra: 20647
Solicitação: 9067
Nº. Processo:

001-49

Solic: SEÇÃO DE CAF
Cota: -
Situação: ABERTA

Dt Ord.:21/07/2020
Dt Limite:17/07/2020

Fornecedor: 5171 RIOCLARENSE JAGUARIU - COMERCIAL CIRURGICA RIOCLARENSE LTDA
CNPJ/CPF: 67.729.178/0004-91 Insc Est.:
Endereço: PC EMILIO MARCONATO Nr.: 1000 Compl.: GALPAO G22
Bairro: JAGUARIUNA PARK INDUST Cep: 19916074
Cidade: JAGUARIUNA UF: SP Conta : 6406-8 Agência : 5119-5 Banco : 1
Contato(s):
Telefone Comercial : 031-3439-4322

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: 21/07/2020 à 21/07/2020 % 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
14719 BROMOPRIDA 5MG/ML 2ML AMP				AMP C/2ML	1.400,0000	1,0100	0,0000		0,0000	1.414,00
15273 CLOREXIDINA DEGERMANTE 2% 1L FR				FRASC C/1000ML	60,0000	13,1500	0,0000		0,0000	789,00
15017 LIDOCAINA 10% (100MG/ML) SPRAY 50ML FR				FRASC C/50ML	20,0000	40,0000	0,0000		0,0000	800,00
Total dos Produtos (+):										3.003,00
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 (=):										3.003,00

COMPRADOR Data: <u>Flávia Carvalho da Silva</u> Compradora HDT/ISG-GO	ADMINISTRATIVA Data: <u>[Assinatura]</u> Gerente Administrativo HDT/ISG-GO	FINANÇAS Data: <u>[Assinatura]</u> Coord. Financeiro ISG - HDT	DIRETORIA Data: <u>[Assinatura]</u> Diretor Geral HDT/ISG
--	---	---	--