

Ord. Compra: 182299

Cód. Integr:

Solicitação: 98953

Solic: HDT - CAF

Nº Pr

Situação: AUTORIZADA

Dt Ord. Compra: 05/02/2026

Fornecedor: 180819 TUDO MEDICAL

CNPJ/CPF: 40.503.201/0001-26

Endereço: AREA ADE CONJUNTO 7

Bairro: SAMAMBAIA SUL - SAMAMB

Cidade: BRASÍLIA

Contato(s):

- TUDO MEDICAL LTDA

Insc Est.:

Cep: 72314707

UF: DF

Conta: 053089049 - 6 Agência: 053 - Banco: 70

Nr.: 8

Compl.:

Comprador: ISG - INSTITUTO SOCRATES GUANAES

Endereço: AV DEPUTADO JAMEL CECILIO SALA 104

Cidade: GOIÂNIA

Bairro: JARDIM GOIAS

Responsável: JULIANA FERREIRA DA SILVA

Nº 3310

CNPJ: 03.969.808/0003-31

Insc. Est.:

Fone/Fax: 3995-5475 - 3270-6350

CEP: 74810907

UF: GO

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.: 2

Desc. Condição de Pgto.: 30 DIAS

Período p/ Entrega: 05/02/2026 à 05/02/2026

Moeda: R\$ - REAL

% Desc: 0,00

VI Desc: 0,00

VI ICMS: 0,00

Observação: COTAÇÃO GTPLAN 566394

| Produto                    | Fabricante | Lote | Qt. Cons. | Unidade     | Qtd Compr. | VI.Unit. | VI Desc. | %Des | VI. IMP | VI Total |
|----------------------------|------------|------|-----------|-------------|------------|----------|----------|------|---------|----------|
| 4853 - BACLOFENO COMP 10MG |            |      |           | COMPRIMI DO | 200,0000   | 1,0000   | 0,0000   | 0,00 | 0,0000  | 200,00   |

Detalhamento:

|                                                      |        |
|------------------------------------------------------|--------|
| Total dos Produtos(+):                               | 200,00 |
| 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   |
| Valor Total (=):                                     | 200,00 |

|               |                |            |           |
|---------------|----------------|------------|-----------|
| COMPRADOR (A) | ADMINISTRATIVO | FINANCEIRO | DIRETORIA |
| Data          | Data           | Data       | Data      |

Esse documento foi assinado por JULIANA FERREIRA DA SILVA, Daniela Honorato da Silva Guimarães, Arleth Faustino Dourado Danesi e Andressa Rafaella Ribeiro Carneiro. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easysocmd.com.br/validate/XAQGK-GP33B-C43PQ-L5Z93>

