

Ord. Compra: 220025 Cód. Integr: Solicitação: 119342 Solic: HDT - CAF Nº Pr  
Situação: AUTORIZADA Dt Ord. Compra: 29/09/2026  
Fornecedor: 14087 OMNI HOSPITALAR - OMNI HOSPITALAR LTDA  
CNPJ/CPF: 19.121.760/0001-85 Insc Est.: 105822590  
Endereço: RUA NOVA OLINDA Nr.: S/N Compl.: QUADRA040 LOTE 0014  
Bairro: JARDIM DAS ESMERALDAS Cep: 74905070  
Cidade: APARECIDA DE GOIÂNIA UF: GO Conta: 27176 - 4 Agência: 3246 - 8 Banco: 756  
Contato(s): HEITOR  
Telefone Comercial : 30945257  
E-Mail : COMERCIAL.OMNIHOSPITALAR@GMA

Comprador: ISG - INSTITUTO SOCRATES GUANAES  
Endereço: AV DEPUTADO JAMEL CECILIO SALA 104 Nº 3310 CNPJ: 03.969.808/0003-31  
Cidade: GOIÂNIA Insc. Est.:  
Bairro: JARDIM GOIAS Fone/Fax: 3995-5475 - 3270-6350  
Responsável: EDNA DA COSTA CUNHA 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.: 9 Desc. Condição de Pgto.: 60 DIAS  
Período p/ Entrega: 29/09/2026 à 29/09/2026 Moeda: R\$ - REAL  
% Desc: 0,00 VI Desc: 0,00 VI ICMS: 0,00  
Observação: COTAÇÃO GTPLAN 739671

| Produto                                          | Fabricante | Lote | Qt. Cons. | Unidade         | Qtd Compr. | VI Unit. | VI Desc. | %Des | VI. IMP | VI Total |
|--------------------------------------------------|------------|------|-----------|-----------------|------------|----------|----------|------|---------|----------|
| 3912 - INSULINA REGULAR<br>SOL INJ 100UI/ML 10ML |            |      |           | FRASCO<br>10 ML | 14,0000    | 49,0000  | 0,0000   | 0,00 | 0,0000  | 686,00   |

Detalhamento:

|                                                     |  |  |  |                 |         |        |        |      |        |        |
|-----------------------------------------------------|--|--|--|-----------------|---------|--------|--------|------|--------|--------|
| 57650 -<br>METILPREDNISOLONA PO P/<br>SOL INJ 125MG |  |  |  | FRASCO<br>125MG | 75,0000 | 9,1936 | 0,0000 | 0,00 | 0,0000 | 689,52 |
|-----------------------------------------------------|--|--|--|-----------------|---------|--------|--------|------|--------|--------|

Detalhamento:

|                                                      |          |
|------------------------------------------------------|----------|
| Total dos Produtos(+):                               | 1.375,52 |
| 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 (=):                                     | 1.375,52 |

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

Esse documento foi assinado por Edna da Costa Cunha, JULIANA FERREIRA DA SILVA, Andressa Rafaela Ribeiro Carneiro, Daniela Honorato da Silva Guimarães e Daniela Honorato da Silva Guimarães. Para validar o documento e suas assinaturas acesse <https://mundo.easydocmd.com.br/validate/MEETX-EQ2TX-ESDNX-K69YB>