



PREFEITURA MUNICIPAL DE COLATINA
ESTADO DO ESPÍRITO SANTO

Processo Nº /

PEDIDO DE ORÇAMENTO PARA FORNECEDORES

Cód	Ítem	Especificação	Marca	Un	Quantidade	Unitário	Valor Total
048866	00001	DIOVAN 160MG Comprimido 160mg.		COM P	728		
048885	00002	ZANIDIP 10MG Comprimido 10mg.		COM P	1.080		
048867	00003	DIOVAN HCT 160 / 12,5 MG COMPRIMIDO REVESTIDO 160+12,5MG		COM P	364		
048869	00004	GALVUS MET 50/850 MG VILDAGLIPTINA 50MG + METFORMINA 850MG COMPRIMIDO REVESTIDO		COM P	392		
Total Geral							

Declaração de ME/EPP ou Equiparadas

Declaro para os devidos fins que esta empresa enquadra-se na condição de ME/EPP ou equiparada, nos termos da Lei Complementar 123/2006.

() Sim

Data: ____/____/____

DADOS DA EMPRESA

Razão Social:

CNPJ/ CPF:

Telefone: ()

Endereço Físico:

Endereço Eletrônico (E-mail):

Nome Completo e Identificação do Responsável: