



## PEDIDO DE ORÇAMENTO PARA FORNECEDORES

Cód	Ítem	Especificação	Marca	Un	Quantidade	Unitário	Valor Total
061350	00001	VACINA CONTRA HERPES-ZOSTER Vacina contra herpes-zoster		UN	2		
065043	00002	VACINA MENINGOCÓCICA B Vacina meningocócica B		DOS E	1		
065044	00003	VACINA CONTRA O VIRUS SINCICIAL RESPIRATORIO Vacina contra o vírus sincicial respiratório		UN	1		
<b>Total Geral</b>							

### 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: