



## PEDIDO DE ORÇAMENTO PARA FORNECEDORES

Cód	Ítem	Especificação	Marca	Un	Quantidade	Unitário	Valor Total
062000	00001	HALOPERIDOL 2MG/ML Haloperidol 2mg/ml, solução oral. Frasco com 30 ml.		FRS	50		
002944	00002	HALOPERIDOL 5MG/ML SOLUCAO INJETAVEL AMPOLA 1ML		AMP	50		
062001	00003	LEVOMEPRMAZINA 40MG/ML Levomepromazina 40mg/ml, solução oral. Frasco com 20ml.		FRS	50		
<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

CNPJ/ CPF:

Telefone: (    )

Endereço Físico:

Endereço Eletrônico (E-mail):

Nome Completo e Identificação do Responsável: