

## SOLICITAÇÃO DE ORÇAMENTO

O Consórcio Intermunicipal de Serviços do Vale do Rio Pardo (CISVALE), solicita o orçamento para compra, conforme itens abaixo:

| Nº           | Descrição                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Quantidade | Valor unitário | Valor total (R\$) |
|--------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|----------------|-------------------|
| 1            | <b>Bloco de Receita – Notificação de Receita Azul B – Profissional Autorizado</b> <ul style="list-style-type: none"><li>O bloco deverá conter <b>50 vias</b> na cor azul, numeradas conforme modelo em anexo, com <b>numeração inicial: 2508.2-43.0120471</b>.</li><li>Cada folha deverá possuir <b>canhoto serrilhado</b> de, no mínimo, <b>6 cm</b> de largura e a via principal de, no mínimo, <b>15,50 cm</b>, totalizando <b>21,50 cm</b> de largura por <b>7 cm</b> de altura.</li><li>O papel deverá ser <b>Offset</b>, com gramatura mínima de <b>75 g/m²</b>.</li></ul> | 6          |                |                   |
| <b>TOTAL</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |            |                | <b>(R\$)</b>      |

A entrega do material deve ser realizada na Rua Ernesto Alves, nº875 Centro, Santa Cruz do Sul.

Santa Cruz do Sul, \_\_\_\_\_de agosto de 2025.

\_\_\_\_\_  
**ASSINATURA, CNPJ e CARIMBO DA EMPRESA**

## ANEXO

| NOTIFICAÇÃO DE RECEITA B<br>SÉRIE "C"           |            | NOTIFICAÇÃO DE RECEITA<br>SÉRIE "C" |            | IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE                                                                                                                                        |  | Medicamento ou Substância         |  |
|-------------------------------------------------|------------|-------------------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------|--|
| UF<br>SP                                        | 01.000.901 | UF<br>SP                            | 01.000.901 |  <b>CISVALE</b><br>Consórcio Intermunicipal<br>de Serviços do Vale do Rio Pardo |  |                                   |  |
|                                                 |            |                                     |            |                                                                                                                                                                  |  |                                   |  |
| Data ____ / ____ / 20__                         |            | Data ____ / ____ / 20__             |            | PACIENTE: _____                                                                                                                                                  |  | Quantidade e Fórmula Farmacêutica |  |
| Paciente _____                                  |            |                                     |            | _____                                                                                                                                                            |  | Dose por Unidade Posológica       |  |
| Endereço _____                                  |            |                                     |            | ENDEREÇO: _____                                                                                                                                                  |  | Posologia                         |  |
| Nome do Medicamento,<br>Quant. e Dosagem: _____ |            | Assinatura do Emissor _____         |            | _____                                                                                                                                                            |  |                                   |  |
|                                                 |            |                                     |            | IDENTIFICAÇÃO DO COMPRADOR                                                                                                                                       |  | CARIMBO DO FORNECEDOR             |  |
|                                                 |            |                                     |            | Nome: _____                                                                                                                                                      |  | Nome do Vendedor _____            |  |
|                                                 |            |                                     |            | Endereço: _____                                                                                                                                                  |  | Data ____ / ____ / 20__           |  |
|                                                 |            |                                     |            | Tel.: _____ Ident. Nº _____ Órgão Emissor _____                                                                                                                  |  |                                   |  |