



INSTITUIÇÃO:	FUNDAÇÃO SAÚDE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
FORNECEDOR:	
CNPJ:	
END:	
CIDADE:	
FONE:	
E-MAIL:	

PRODUTOS

ITEM	CÓDIGO SIGA	DESCRIPTIVO	MARCA
1	6463.001.0035 (ID 58275)	CONTRASTE SULFATO DE BÁRIO 1G/ML - 150 ML	
2	6472.001.0016 (ID - 58351)	PROGESTERONA NATURAL MICRONIZADA 100 MG	
3	6472.001.0016 (ID - 65796)	SIBUTRAMINA 10 MG	
4	64040010047 (102377)	SIBUTRAMINA 15 MG	
5	64040010026(56701)	TESTOSTERONA UNDECILATO 250 MG/ML - 4 ML	
6	64060010012 (58353)	TIAMAZOL 10 MG (METIMAZOL)	
7	64010010075 (178562)	VALERATO DE ESTRADIOL 2MG + CIPROTERONA 1MG	

INSTRUÇÕES

- CONFIRME O RECEBIMENTO DESSE PEDIDO
- OS MATERIAIS NÃO SERÃO RECEBIDOS FORA DAS ESPECIFICAÇÕES DESTE PEDIDO.
- ENVIAR RESPOSTA COM CARIMBO E ASSINATURA OU PROPOSTA EM PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA.

OBSERVAÇÕES SOBRE O FORNECIMENTO:

1. PRAZO DE ENTREGA: A entrega deverá ser realizada no prazo máximo de até 20 (dez) dias corridos, a partir da data de recebimento da not

2. Endereço: CGA 2 – PVAX – Rua Herculano Pinheiro nº 153 – Pavuna – RJ Horário: De segunda a sexta-feira, das 08 às 16h.

3. FORMA DE PAGAMENTO: MEDIANTE NOTA DE EMPENHO. NÃO É PERMITIDO PAGAMENTO ANTECIPADO.

SEI-080002/004052/2025

CNPJ:

10.834.118/0001-79

IE

BAIRRO:

CEP:

FAX:

RESPONSÁVEL:

UND	QTDE	VLR UNIT.	VLR TOTAL
FRASCO	300		
CÁPSULA	57.600		
CÁPSULA	20.160		
CÁPSULA	21.600		
AMPOLA	3.450		
COMPRIMIDO	201.890		
DRAGEA	34.560		
		TOTAL:	

Assinatura de empenho.