**ORÇAMENTO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Item** | **Descrição** | **Unidade** | **Percentual de desconto sobre o preço máximo ofertado na Tabela CMED** |
| **1** | Aquisição de medicamentos ÉTICOS de “A-Z”, considerando o maior percentual de desconto ofertado nos valores registrados na Tabela CMED | Desconto % |  |
| **2** | Aquisição de medicamentos GENÉRICOS de “A-Z”, considerando o maior percentual de desconto ofertado nos valores registrados na Tabela CMED | Desconto % |  |
| **3** | Aquisição de medicamentos SIMILARES de “A-Z”, considerando o maior percentual de desconto ofertado nos valores registrados na Tabela CMED | Desconto % |  |

VALOR TOTAL DA PROPOSTA:

Saquarema, \_\_\_\_ de abril de 2024.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

NOME DA EMPRESA:

CNPJ: CARIMBO DA EMPRESA COM CNPJ