**FICHA DE CADASTRO KIT DE EMERGÊNCIA**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DADOS CADASTRAIS** | | | |
| NOME FANTASIA: | | | |
| RAZAO SOCIAL: | | | |
| CNPJ: | | | |
| ENDEREÇO: | | | |
| BAIRRO: | | CIDADE: | |
| UF: | | CEP: | |
| CONTATO COMERCIAL: | | | FUNÇÃO/ DPTO: |
| TELEFONE | EMAIL: | | |
|  | | | | |
| **FINANCEIRO E FATURAMENTO** | | | | |
| CONTATO: | | | FUNÇÃO/ DPTO: RECEPÇÃO |
| RAMAL: | EMAIL: | | |
| CONDIÇÃO DE PAGAMENTO: 7 dias após emissão da nota | | | |
| FORMA DE PAGAMENTO: □ BOLETO | | | |
| TIPO FATURAMENTO: □ VENDA | | | |
| EMAIL PARA ENVIO DA NFE: | | | |
| OBSERVAÇÕES: KIT NO VALOR DE R$ 130,00  **OBS: NA AUSENCIA DO CNPJ, DEVERÁ SER ENCAMINHADO CÓPIA DO CPF, RG E CRM DO MÉDICO RESPONSÁVEL PELO FATURAMENTO** | | | |
| **INFORMAÇÕES LOGISTICA** | | | | |
| LOCAL ENTREGA: | | | | |
| HORÁRIO ENTREGA: | | | | |
| SETOR ENTREGA: | | | | |
| RESPONSÁVEL RECEBIMENTO: | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **KIT DE EMERGÊNCIA** | | |
| **Descrição** | **Unidade** | **Quantidade** |
| **ADRENALINA  1 ML** | **AMPOLA** | **10** |
| **AMINOFILINA 240 MG 10 ML** | **AMPOLA** | **5** |
| **ATROPINA 0,25 MG 1 ML** | **AMPOLA** | **10** |
| **BICARBONATO DE SODIO   8,4% 10 ML** | **AMPOLA** | **5** |
| **DEXAMETASONA 2 MG 1 ML** | **FRASCO** | **1** |
| **HIDROCORTISONA 500 MG** | **FRASCO** | **2** |
| **FUROSEMIDA  2 ML** | **AMPOLA** | **5** |