**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$ 178,50**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** |
| **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** |
| **TERBUTALINA 0,50MG/1 ML** | **AMPOLA** | **1** |
| **AMIODARONA 150MG/3ML** | **AMPOLA** | **2** |