

**PREFEITURA MUNIC DE PEDERNEIRAS****RUA SIQUEIRA CAMPOS, S-64 CENTRO****17280-065 - PEDERNEIRAS-SP****Fone: 3283-9570 / Fax: 3284-1764 email:**

Data: 18/09/2026

Página: 1

COMPRA DIRETA**Agrupamento 006951/2026****Razão Social:** _____**Endereço:** _____**Bairro:** _____**Cidade:** _____ **Estado:** _____ **CEP:** _____**CNPJ:** _____ **TeleFax:** _____ **Contato:** _____**I.E.:** _____ **e-mail:** _____ **Site:** _____**Entrega do Orçamento:** ____ / ____ / ____ **Hora:** ____ : ____**Unidade Requisitante:**

Item	Código	Unidade	Quantidade	Marca	Preço Unitário	Preço Total
1	1.10.07.0056-8	GF - Garrafa	2			

REFRIGERANTE SABOR GUARANÁ - GARRAFA 2 LITROS

Obs:

Entregar até 05/10

1	1.10.07.0056-8	GF - Garrafa	2			
---	----------------	--------------	---	--	--	--

REFRIGERANTE SABOR GUARANÁ - GARRAFA 2 LITROS

Obs:

Entregar até 21/10

2	1.10.07.0058-4	GF - Garrafa	4			
---	----------------	--------------	---	--	--	--

REFRIGERANTE SABOR EXTRATO DE COLA - GARRAFA 2 LITROS

Obs:

Entregar até 05/10

2	1.10.07.0058-4	GF - Garrafa	6			
---	----------------	--------------	---	--	--	--

REFRIGERANTE SABOR EXTRATO DE COLA - GARRAFA 2 LITROS

Obs:

Entregar até 06/10

3	1.10.07.0066-5	UN - Unidade	2			
---	----------------	--------------	---	--	--	--

SUCO PRONTO SABOR UVA - EMBALAGEM TETRA PAK 1 LT

Obs:

Entregar até 08/10

4	1.10.07.0070-3	UN - Unidade	2			
---	----------------	--------------	---	--	--	--

SUCO PRONTO SABOR ABACAXI - EMBALAGEM TETRA PAK 1 LT

Obs:

Entregar até 07/10

5	1.10.16.0090-7	PT - Pacote	2			
---	----------------	-------------	---	--	--	--

BISCOITO COM SAL TIPO CREAM CRACKER - PACOTE COM 400 GRAMAS.

Obs:

Entregar até 06/10

6	1.10.16.0422-8	PT - Pacote	3			
---	----------------	-------------	---	--	--	--

BISCOITO TIPO ROSQUINHA SABOR CHOCOLATE - PACOTE COM 400 GRAMAS

Obs:

Entregar até 06/10

Total da Estimativa**Obs da Cotação**



PREFEITURA MUNIC DE PEDERNEIRAS

RUA SIQUEIRA CAMPOS, S-64 CENTRO

17280-065 - PEDERNEIRAS-SP

Fone: 3283-9570 / Fax: 3284-1764 email:

Data: 18/09/2026

Página: 2

COMPRA DIRETA

Agrupamento 006951/2026

Razão Social: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Cidade: _____ **Estado:** _____ **CEP:** _____

CNPJ: _____ **TeleFax:** _____ **Contato:** _____

I.E.: _____ **e-mail:** _____ **Site:** _____

Entrega do Orçamento: ____ / ____ / ____ **Hora:** ____:____

Unidade Requisitante: _____

Condição de Pagamento: _____ **Não inferior a 30 dias**

Validade da Proposta: _____ **Não inferior a 30 dias**

Prazo de Entrega: _____

Garantia: _____

Responsável pela empresa