



## ORÇAMENTO

|                  |                                                                                                |                  |               |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------|
| <b>Cliente:</b>  | Samuel Moraes Da Luz Oliveira                                                                  | <b>Data:</b>     | 15/09/2026    |
| <b>CPF:</b>      | 11557978921                                                                                    | <b>Validade:</b> | 19/09/2026    |
| <b>Email:</b>    | sidfor@gmail.com                                                                               | <b>Telefone:</b> | 5548999388078 |
| <b>Endereço:</b> | Rua Evaldo Schaeffer, 422 - Apto 24 Bloco A18, Jardim Atlântico - 88095350, Florianópolis - SC |                  |               |

## PRODUTOS E SERVIÇOS

| Código         | Produto | Origem | Qtd. | Unit. | Total |
|----------------|---------|--------|------|-------|-------|
| BRA6000FULLMCT |         |        | 0    | 0     | 0     |

|                       |            |
|-----------------------|------------|
| <b>Subtotal:</b>      | R\$ 0,00   |
| <b>Forma Pag.:</b>    | Cartão 3 x |
| <b>Total à pagar:</b> |            |

## INFORMAÇÕES DO CONSULTOR

|                   |                        |                  |               |
|-------------------|------------------------|------------------|---------------|
| <b>Consultor:</b> | Diogo                  |                  |               |
| <b>Email:</b>     | diogomedkaya@gmail.com | <b>Telefone:</b> | 5521997824200 |
| <b>Obs.:</b>      |                        |                  |               |

[www.medkayafarma.com.br](http://www.medkayafarma.com.br)

© 2026 – Todos os direitos reservados – MedKaya