

DIÁRIO OFICIAL



*Prefeitura Municipal
de
Miguel Calmon*



ÍNDICE DO DIÁRIO

OUTROS

SOLICITAÇÃO DE PREÇO, RESSONÂNCIA E TOMOGRAFIA.....



SOLICITAÇÃO DE PREÇO, RESSONÂNCIA E TOMOGRAFIA



MIGUEL CALMON
PREFEITURA
NOSSA TERRA, NOSSA GENTE
CNPJ
13.913.363/0001-60

SOLICITAÇÃO DE COTAÇÃO DE PREÇOS.

Miguel Calmon, 01 de Novembro de 2023.

Prezado Sr,

Convidamos a apresentar cotação para pesquisa de preço de EXAMES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE (RESSONÂNCIA E TOMOGRAFIA), através do e-mail comprasmcsaude@hotmail.com ou entregar na sede da prefeitura, situada na Avenida Odonel Miranda Rios, nº 45 – 1ºAndar, CEP: 44.720.000, conforme planilha em anexo.

Em caso de dúvida, entrar em contato pelo telefone: (74) 9 9994-6547

Atenciosamente,

Alyson N. Martins da Silva
Gerente de controle operacional



	<p align="center">PREFEITURA MUNICIPAL DE MIGUEL CALMON AVENIDA ODONEL MIRANDA RIOS, 45 - CENTRO - MIGUEL CALMON/BAHIA. Cep 44720000 CNPJ: 13.913.363/0001-60</p> <p align="center">COTAÇÃO DE PREÇOS</p>
--	---

Solicitamos de V.Sª. que nos seja informado preços e demais condições para a possível aquisição do(s) item(ns) abaixo discriminado(s):

COTAÇÃO Nº. 233/2023
DESCRIÇÃO : AQUISIÇÃO DE EXAMES DE MÉDIA E ALTA COMPLEXIDADE, GARANTINDO AOS CIDADÃOS ATENDIMENTO NAS DEMANDAS DE URGÊNCIA, ASSEGURANDO OS PRINCÍPIOS DA UNIVERSALIDADE E INTEGRALIDADE.

NOME/RAZÃO SOCIAL:		
ENDEREÇO:		
CEP:	FONE/FAX:	CONTATO:
INSCRIÇÃO ESTADUAL:		CPF/CNPJ:
VALIDADE DA PROPOSTA:		PRAZO PARA ENTREGA:

PREÇOS E CONDIÇÕES OFERECIDAS PELA PROPONENTE							
ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO DETALHADA	MARCA	UND.	QUANT.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
1	160732	KIT CONTRASTE P/ RESSONÂNCIA		UND	700,00		
2	160731	KIT CONTRATE P/ TOMOGRAFIA		UND	650,00		
3	145925	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ABDOMEM SUPERIOR OU INFERIOR		UND	120,00		
4	145921	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA BOLSA ESCROTAL		UND	50,00		
5	145923	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COLUNA CERVICAL OU DORSAL OU LOMBAR		UND	120,00		
6	154392	RESSONANCIA MAGNETICA DA PERNA		UND	120,00		
7	154390	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEM TOTAL		UND	60,00		
8	154389	RESSONANCIA MAGNETICA DE ARTICULAÇÃO		UND	60,00		
9	145924	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA OU PELVE OU QUADRIL		UND	60,00		
10	145920	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO		UND	30,00		
11	154388	RESSONANCIA MAGNETICA DE FACE		UND	30,00		
12	145922	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX		UND	60,00		
13	154391	RESSONANCIA MAGNETICA HIPÓFISE		UND	20,00		
14	145926	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA PESCOÇO		UND	20,00		
15	154387	RESSONANCIA MAGNÉTICA SELATURCICA		UND	20,00		
16	160730	TOMOGRAFIA ABDOMEN SUPERIOR OU INFERIOR		UND	120,00		
17	160726	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ABDOMEN TOTAL		UND	100,00		
18	160727	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COLUNA, CERVICAL, DORSAL, LOMBAR		UND	100,00		
19	160724	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE CRÂNIO		UND	50,00		
20	145932	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE PESCOÇO		UND	50,00		
21	145931	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX		UND	100,00		
22	112902	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DIAGNÓSTICA PELVE OU BACIA		UND	100,00		
23	160725	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA FACE		UND	50,00		



PREÇOS E CONDIÇÕES OFERECIDAS PELA PROPONENTE							
ITEM	CÓDIGO	DESCRIÇÃO DETALHADA	MARCA	UND.	QUANT.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
24	160728	TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA OUVIDO/ MASTOIDE		UND	30,00		

Valor Total da Proposta

Nota Técnica:

Declaramos que no preço ofertado estão incluídas todas as despesas necessárias ao fornecimento do objeto desta cotação de preços, sendo de nossa exclusiva responsabilidade todas as despesas, como transporte, alimentação, tributos, emolumentos, contribuições sociais, fiscais, parafiscais, seguros e outras não especificadas e que estamos cientes de que não cabe quaisquer reivindicações devidas a erros nesta avaliação.

Nome completo do proponente	CPF/CNPJ
FUNÇÃOÁRIO / CONTATO	
TELEFONE	
LOCAL	

Data _____ / _____ / _____