PEDIDO DE COTAÇÃO DE PREÇOS

A Secretaria da Saúde de Ituverava vem por meio deste pedido, solicitar a cotação de preços em reais, do(s) item(ens) apresentados abaixo:

**Dados da empresa necessários para cotação.**

Razão Social:

Nome Fantasia:

CNPJ:

Endereço/Bairro:

Cidade/CEP:

Telefone:

Responsável:

**Ref.:** Pedido de cotação para Compra de insumos para cirurgia da Paciente Maria Eduarda dos Santos Ribeiro Demanda Judicial.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ITEM** | **DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO** | **UNID** | **QUANT** | **VALOR TOTAL** |
| 1 | BARRA DE UNIÃO PEDICULAR OSTEOM 500MM - REF. 115060500 | UNID | 2 |  |
| 2 | BARRA DTT 35MM - REF. 115002035 | UNID | 2 |
| 3 | BROCA CORTANTE 2.30X100MM - REF. 1450623100E | UNID | 1 |
| 4 | DISPOSITIVO BLOQUEIO PEDICULAR DPZ - REF.113010 | UNID | 26 |
| 5 | GANCHO DTT PEDICULAR OSTEOMIA - REF. 121005 | UNID | 4 |
| 6 | KIT MONITORIZACAO - REF. NEUROMEP8 | UNID | 1 |
| 7 | MICRO LAMINA SAGITAL STD 25X9X0.4MM - REF. S100071041 | UNID | 1 |
| 8 | PARAFUSO DTT PEDICULAR OSTEOM DPZ TITANIO - REF. 121 | UNID | 4 |
| 9 | PARAFUSO POLIAXIAL DPZ 6X50 - REF. 117260050 | UNID | 26 |

**CONDIÇÕES GERAIS:**

* A proposta deve ser apresentada com Razão Social, CNPJ, endereço completo, telefone.
* A proposta deve estar assinada por representante legal.
* A proposta deve constar prazo de entrega.
* **Forma de pagamento:** até 30 dias após o recebimento e aceite definitivo do produto/serviço.

Favor enviar resposta para o e-mail: almoxarifadosaude@ituverava.sp.gov.br

Este pedido ficará disponível no site no período de 13 a 17 de Setembro de 2025.

Ituverava/SP, 13 de setembro de 2025.

At.te.

Luciana Piza

Setor de Compras Saúde

(16) 3729-2984