

RAZÃO SOCIAL/NOME:

CNPJ/CPF:

ENDEREÇO:

RESPONSÁVEL LEGAL:

TELEFONE :

E-MAIL:

COTAÇÃO DE PREÇO PARA O MUNICÍPIO DE SÃO FERNANDO/RN

| ITEM | DESCRIÇÃO | ESPECIFICAÇÕES | UNIDADE | QUANT | VLR. UNIT. |
|------|---|---------------------------|---------|-------|--------------------|
| 1 | PRÓTESE TOTAL SUPERIOR COM PALATO INCOLOR | DENTE,CERA,GESSO E RESINA | SV | 150 | |
| 2 | PRÓTESE TOTAL INFERIOR COM LINGUAL INCOLOR | DENTE,CERA,GESSO E RESINA | SV | 150 | |
| 3 | PRÓTESE PARCIAL SUPERIOR REMOVÍVEL EM GRAMPO COM PALATO INCOLOR | DENTE,CERA,GESSO E RESINA | SV | 150 | |
| 4 | PRÓTESE PARCIAL INFERIOR REMOVÍVEL EM GRAMPO COM LÍNGUA INCOLOR | DENTE,CERA,GESSO E RESINA | SV | 150 | |
| | | | | | VALOR TOTAL |

_____/____, ____ DE _____ DE 2019.

PROPOSTA VÁLIDA POR _____ DIAS.

ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

| |
|-------------------|
| VLR. TOTAL |
| |
| |
| |
| |
| 0,00 |