

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