

# DIÁRIO OFICIAL



**CONSAN**

CONSÓRCIO PÚBLICO INTERFEDERATIVO DE  
SAÚDE DO PIEMONTE DA CHAPADA NORTE

**ÍNDICE DO DIÁRIO**

**COMPRAS**

COTAÇÃO DE PREÇOS/ORÇAMENTO

---

**COMPRAS**

**COTAÇÃO DE PREÇOS/ORÇAMENTO**



**COTAÇÃO DE PREÇOS/ORÇAMENTO**

Solicitamos, nos apresentar orçamento a quem interessar possa haver, cotação – preço e demais condições para os itens/descriptivos constantes da tabela a seguir, para atender a demanda da Policlínica da Região de Saúde de Jacobina, mantida pelo Consórcio Público Interfederativo de Saúde de Piemonte da Chapada Norte-CONSAN. Os interessados deverão enviar para o e-mail [diretoria.administrativa@policlinicajacobina.ba.gov.br](mailto:diretoria.administrativa@policlinicajacobina.ba.gov.br) até o dia 28/09/2020.

**COTAÇÃO /2020**  
 Contratação para prestação de serviços de TESTES COM LEVANTAMENTO RADIOMÉTRICO.

|                                                      |                     |                          |
|------------------------------------------------------|---------------------|--------------------------|
| <b>NOME/RAZÃO SOCIAL</b>                             |                     |                          |
|                                                      |                     |                          |
| <b>ENDEREÇO</b>                                      |                     |                          |
|                                                      |                     |                          |
| <b>CEP</b>                                           | <b>FONE/CELULAR</b> | <b>E-MAIL</b>            |
|                                                      |                     |                          |
| <b>INSCRIÇÃO ESTADUAL:</b>                           |                     | <b>CNPJ:</b>             |
| <b>VALIDADE DA PROPOSTA:</b>                         |                     | <b>PRAZO DE ENTREGA:</b> |
| <b>PREÇOS E CONDIÇÕES OFERECIDAS PELO PROPONENTE</b> |                     |                          |
|                                                      |                     |                          |

| ITEM | DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS A SEREM PRESTADOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | UND | QTD | VLR UNIT | VLR TOTAL |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|----------|-----------|
| 1    | TESTES COM LEVANTAMENTO RADIOMÉTRICO<br>CÁLCULOS DE: Cálculo de blindagem de RX convencional fixo, mamógrafo, tomógrafo computadorizado.<br>DESCRIÇÃO DOS TESTES DE CONFORMIDADE<br>valores representativos de dose dada aos pacientes por exploração diagnóstica;<br>exatidão do indicador de tensão do tubo (kVp);<br>exatidão do tempo de exposição, quando aplicável;<br>camada semi-redutora;<br>alinhamento do eixo central do feixe de raios-x;<br>rendimento do tubo (mGy / mA min m2);<br>Medidor, não invasivo, de tensão do tubo para raios-x convencional e odontológico;<br>Medidor, não invasivo, de tensão do tubo para mamógrafos;<br>reprodutibilidade do sistema automático de exposição;<br>tamanho do ponto focal;<br>Exatidão do Sistema de Colimação;<br>Luminância de negatoscópios. | UND | 01  |          |           |

VALOR TOTAL DA PROPOSTA

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

|                             |               |
|-----------------------------|---------------|
| Nome Completo do Proponente | CNPJ          |
|                             |               |
| Funcionário:                | Fone/Celular: |
|                             |               |
| Local e data                |               |
|                             |               |

Av. Centenário, 420 – Nazaré- Jacobina - Bahia  
 E-mail: [diretoria.administrativa@policlinicajacobina.ba.gov.br](mailto:diretoria.administrativa@policlinicajacobina.ba.gov.br)  
 CNPJ 32.104.619/0001-32