



**PREFEITURA MUNICIPAL DE POÇÃO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

CNPJ: 10.872.937/0001-00

Nome: \_\_\_\_\_  
CPF/MF: \_\_\_\_\_ Fone: \_\_\_\_\_  
End: \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_  
Cidade: \_\_\_\_\_  
Responsável pela Informação: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Cotação de Preços**

ITEM	UTILIZAÇÃO	UNIDADE	QTD	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
01	EXAME CITOLÓGICO (PAPANICOLAU)	UND	2500		