



Organização das Voluntárias de Goiás - OVG - CNPJ.: 02.106.664/0001-65

**SOLICITAÇÃO DE ORÇAMENTO**

Contato:	JULIANA	Fone:	(62) 3201-9387	Fax.:	
e-mail:	<a href="mailto:juliana.ferreira@ovg.org.br">juliana.ferreira@ovg.org.br</a>				
Esta solicitação é válida até o dia:	15/04/2019				

**AREA FORNECEDOR****Por favor, encaminhar com as seguintes informações:**

Nome Fantasia:					
Razão Social:					
CNPJ.:			Inscrição Estadual:		
Contato:			Inscrição Municipal:		
Telefone:			e-mail:		
Celular:			Outros:		
Endereço:				CEP.:	
Banco:		Agência:		Conta:	

**Importante: Os dados BANCÁRIOS são necessários tanto no ORÇAMENTO quanto na NOTA FISCAL, pois a partir de agora só realizaremos pagamento por meio de depósito bancário.**

**Lista de Produtos / Serviços**

Item	Produto / Serviço	Marca	Uni	Qtd.	Vi. Uni	Total
1	Exame clínico		Uni	475		
2	Declaração Médica de Pessoa com Deficiência		Uni	25		
3	Audiometria		Uni	158		
4	Espirometria		Uni	12		
5	Raio X de tórax		Uni	12		
6	Eletroencefalograma		Uni	38		
7	Glicemia de jejum		Uni	37		
8	Hemograma completo		Uni	169		
9	Acuidade visual		Uni	38		
10	Ácido Hipúrico		Uni	11		
11	Ácido Metil Hipúrico		Uni	11		
12	Acetona urinária (Metil-Etil-Cetona)		Uni	11		
13	Eletrocardiograma		Uni	38		
14	Parasitológico de fezes		Uni	15		
15	Coprocultura de fezes		Uni	15		
16	Micológico de unha		Uni	15		
17	VDRL		Uni	15		
18	Anti HBS		Uni	43		
19	HBS AG		Uni	43		
20	Anti HCV		Uni	43		
21	Raio X da coluna lombar		Uni	4		
22	Dosagem de chumbo		Uni	3		
23	Raio X da coluna lombo sacra		Uni	7		

**Total:****Observação dos itens:**

- Contratação de empresa para realização de exames ocupacionais (clínicos e complementares) e emissão de Declaração Médica de Pessoa com Deficiência, de acordo com PCMSO da OVG, válido de janeiro a dezembro de 2019, durante um período de 12 (doze) meses, conforme especificações constantes no Termo de Referência 014/2019;

- Essa quantidade de exames poderá sofrer alterações conforme demanda de contratações e demissões da Sede e Unidades da OVG, assim como as Declarações Médicas de Pessoa com Deficiência também poderão ter sua quantidade alterada.

- Será contratada a empresa que oferecer o menor preço global.

<b>Condição de Pagamento:</b>					
<b>Validade da Proposta:</b>					
<b>Prazo de Entrega:</b>					
<b>Nota Fiscal:</b>	<b>Material:</b>	( )	<b>Serviço:</b>	( X )	

**Observações do Fornecedor:**