



## PROPOSTA DE PREÇOS

À COMISSÃO DE LICITAÇÃO DA PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTANA DO ACARAÚ-CE

Pela presente declaramos inteira submissão aos preceitos legais em vigor, especialmente os da Lei nº. 8.666/93 e alterações posteriores e às cláusulas e condições do Edital de Licitação tipo Pregão Presencial nº. 2906.01/2018.

Declaramos que, nos preços apresentados, bem como, nos lances verbais eventualmente ofertados por esta empresa, estão incluídos todos os custos e despesas, tais como: impostos, taxas, fretes, entre outros.

Declaramos ainda que não possuímos nenhum fato que nos impeça de participar da mencionada licitação e assumimos o compromisso de bem e fielmente executar os serviços cotados no **ANEXO I**, caso sejamos vencedores na presente licitação.

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	UNIDADE	QUANTIDADE MENSAL	QUANTIDADE TOTAL	MESES	PREÇO UNITÁRIO	PREÇO TOTAL
23	BIOPSIA PEÇA ACIMA DE 10 CM	MÊS	5	30	6	R\$ 201,00 (DUZENTOS E UM REAIS)	R\$ 6.030,00 (SEIS MIL E TRINTA REAIS)
24	BIOPSIA PEÇA ATE 10 CM	MÊS	10	60	6	R\$ 120,00 (CENTO E VINTE REAIS)	R\$ 7.200,00 (SETE MIL E DUZENTOS REAIS)

**VIDEN PATOLOGIA LTDA ME**

CNPJ: 29.119.417/0001-50 – AV. GODOFREDO MACIEL, Nº. 84, LOJA 63, PARANGABA, FORTALEZA-CE  
TELEFONE: (85) 3122.4221 – E-MAIL: ATENDIMENTO@VIDENPATOLOGIA.COM.BR

8. TAB. DE NOTAS E PROTESTO DE TITULOS.  
TAB. AGUIAR-Fortaleza-CE/Tel: 85-3466-7777  
INVALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

Reconheça por SEMELHANÇA a firma de:  
CC57003331-FERNANDO WAGNER DE ARAUJO.....  
CC57059131-FABIO GURGEL DO AMARAL.....  
PINHEIRO.....  
Fortaleza, 31 de Julho de 2018-11:26:32

Ex testeminho \_\_\_\_\_ da verdade.

GABRIEL ABREU SOUZA  
ESCREVENTE AUTORIZADO



Wagner de Araújo  
Viden Patologia da  
CNPJ: 29.119.417/0001-50

AGUIAR  
777  
EQUIPA.



8. TAB. DE NOTAS E PROTESTO DE TITULOS  
 ITAB-AGUIAR-Fortaleza-CE/Tel:85-3466-7777  
 VALIDO SOMENTE COM SELO DE AUTENTICIDADE

Reconheço por SEMELHANÇA a firma de:  
 CC57C4U34J-FERNANDO WAGNER DE ARAUJO.....  
 CC5765914J-FABIO GURGEL DO AMARAL.....  
 PINHEIRO.....  
 Fortaleza, 31 de Julho de 2018-11:26:53

Em testemunho \_\_\_\_\_ da verdade.

GABRIEL ABREU SOUZA  
 ESCRIVENTE AUTORIZADO



PROPONENTE: VIDEN PATOLOGIA LTDA ME  
 ENDEREÇO: AV. GODOFREDO MACIEL, Nº. 84, LOJA 63, PARANGABA, FOKTALEZA-CE, CEP: 60.710-000.  
 CNPJ Nº.: 29.119.417/0001-50  
 VALIDADE DA PROPOSTA: 61 (SESSENTA E UM) DIAS  
 DADOS BANCÁRIOS: BANCO DO BRASIL, AGÊNCIA Nº. 3472-X, CONTA CORRENTE Nº. 63.137-X  
 DATA: 31 DE JULHO DE 2.018.



*Fernando Wagner de Araujo*

FERNANDO WAGNER DE ARAÚJO

IDENTIDADE: 2007053305-3 SSP-CE

Fernando Wagner de Araujo  
 Vendedor Patologia Ltda  
 Telefone: 85-3119-4171/0001-50



FÁBIO GURGEL DO AMARAL PINHEIRO

IDENTIDADE: 8096 CRM-CE

Dr. Fábio Gurgel do Amaral Pinheiro  
 Vendedor Patologia Ltda  
 CNPJ: 29.119.417/0001-50

29.119.417/001-50  
 VIDEN PATOLOGIA LTDA  
 Av. Godofredo Maciel, 84-11-63  
 PARANGABA - CEP: 60710-000  
 CE

*h*  
*Am*  
*Y*

Equipe de  
 Rub: *270*

VIDEN PATOLOGIA LTDA ME  
 CNPJ: 29.119.417/0001-50 – AV. GODOFREDO MACIEL, Nº. 84, LOJA 63, PARANGABA, FORTALEZA-CE  
 TELEFONE: (85) 3122.4221 – E-MAIL: ATENDIMENTO@VIDENPATOLOGIA.COM.BR



**Labodlisa**

LABORATÓRIO & CLÍNICAS  
MEDICINA, FISIOTERAPIA E ODONTOLOGIA

ITEM	DESCRIÇÃO DO SERVIÇO	UNIDADE	QUANT. MENSAL	MESES	VALOR UNIT	VALOR TOTAL
1	ANTI TIREOGLOBULINA	MÊS	5	6	R\$ 17,00	R\$ 510,00
2	17 ALFA HIDROXIPROGESTERONA	MÊS	5	6	R\$ 43,00	R\$ 1.290,00
3	ALBUMINA	MÊS	10	6	R\$ 15,00	R\$ 900,00
4	ALDOSTERONA	MÊS	5	6	R\$ 25,00	R\$ 750,00
5	AMILASE	MÊS	10	6	R\$ 15,00	R\$ 900,00
6	ANTI TPO	MÊS	10	6	R\$ 17,00	R\$ 1.020,00
7	ANTI (SSA) RO	MÊS	8	6	R\$ 27,50	R\$ 1.320,00
8	ANTI BETA B2 GLICOPROTEINA	MÊS	8	6	R\$ 55,00	R\$ 2.640,00
9	ANTI CCP	MÊS	8	6	R\$ 24,50	R\$ 1.176,00
10	ANTI DNA	MÊS	8	6	R\$ 33,00	R\$ 1.584,00
11	ANTI ENDOMISIO	MÊS	10	6	R\$ 29,50	R\$ 1.770,00
12	ANTI FOSFOLIPIDEOS	MÊS	10	6	R\$ 27,90	R\$ 1.674,00
13	ANTI SM	MÊS	5	6	R\$ 27,90	R\$ 837,00
14	ANTI SS A	MÊS	5	6	R\$ 29,50	R\$ 885,00
15	ANTI TRANSGLUTAMINASE	MÊS	5	6	R\$ 67,00	R\$ 2.010,00
16	ANTIBIOGRAMA OU TESTE DE SENSIBILIDADE A ANTIBIOTICOS	MÊS	25	6	R\$ 43,00	R\$ 6.450,00
17	ANTICOAGULANTE LUPICO	MÊS	5	6	R\$ 39,00	R\$ 1.170,00
18	ANTICORPO ANTI RNA POLIMERASE I	MÊS	5	6	R\$ 110,00	R\$ 3.300,00
19	ASO	MÊS	20	6	R\$ 2,50	R\$ 300,00
20	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR HANSENIASE - LINFA	MÊS	8	6	R\$ 20,00	R\$ 960,00
21	BACILOSCOPIA DIRETA P/ BAAR TUBERCULOSE - ESCARRO	MÊS	25	6	R\$ 12,00	R\$ 1.800,00
22	BACTEROSCOPIA (GRAM)	MÊS	20	6	R\$ 10,00	R\$ 1.200,00
23	BIOPSIA PEÇA ACIMA DE 10 CM	MÊS	5	6	R\$ 200,00	R\$ 6.000,00

272

LABORATÓRIO CLÍNICO DE SANTANA  
Rua Nonato Arcanjo s/n - Centro  
CEP 62.150-000  
Santana de Acaraú Ceará

02.187.558/0001-53

7 H

24	BIOPSIA PEÇA ATE 10 CM	MÊS	10	6	R\$ 100,00	R\$ 6.000,00
25	CONTAGEM DE PLAQUETAS	MÊS	20	6	R\$ 5,00	R\$ 600,00
26	COOMBS DIRETO	MÊS	5	6	R\$ 21,50	R\$ 645,00
27	COOMBS INDIRETO	MÊS	5	6	R\$ 21,50	R\$ 645,00
28	COPROLOGIA FUNCIONAL	MÊS	5	6	R\$ 18,00	R\$ 540,00
29	CULTURA DE BACTERIAS P/ IDENTIFICACAO - CULTURAS EM GERAL	MÊS	30	6	R\$ 40,00	R\$ 7.200,00
30	DETERMINACAO DE TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA (TTP ATIVADA)	MÊS	15	6	R\$ 10,00	R\$ 900,00
31	DETERMINACAO DE VELOCIDADE DE HEMOSSIDIMENTACAO - VHS	MÊS	12	6	R\$ 8,00	R\$ 576,00
32	DETERMINACAO DIRETA E REVERSA DE GRUPO ABO	MÊS	15	6	R\$ 15,00	R\$ 1.350,00
33	DETERMINAÇÃO FATOR Rh	MÊS	15	6	R\$ 10,00	R\$ 900,00
34	DOSAGEM ANTIGENO C3	MÊS	10	6	R\$ 19,00	R\$ 1.140,00
35	DOSAGEM ANTIGENO C4	MÊS	10	6	R\$ 19,00	R\$ 1.140,00
36	DOSAGEM ANTIGENO CA 125	MÊS	10	6	R\$ 35,00	R\$ 2.100,00
37	DOSAGEM ANTIGENO CA 15-3	MÊS	10	6	R\$ 18,00	R\$ 1.080,00
38	DOSAGEM DE 25 HIDROXIVITAMINA D	MÊS	10	6	R\$ 55,00	R\$ 3.300,00
39	DOSAGEM DE ACIDO URICO	MÊS	20	6	R\$ 5,00	R\$ 600,00
40	DOSAGEM DE ALFA-FETOPROTEINA	MÊS	10	6	R\$ 28,00	R\$ 1.680,00
41	DOSAGEM DE BETA GONADOTROFINA CORIONICA HUMANA	MÊS	15	6	R\$ 12,00	R\$ 1.080,00
42	DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRAÇÕES	MÊS	15	6	R\$ 16,00	R\$ 1.440,00
43	DOSAGEM DE CALCIO	MÊS	10	6	R\$ 16,00	R\$ 960,00
44	DOSAGEM DE CLORO	MÊS	10	6	R\$ 18,00	R\$ 1.080,00
45	DOSAGEM DE COLESTEROL HDL	MÊS	30	6	R\$ 15,00	R\$ 2.700,00
46	DOSAGEM DE COLESTEROL LDL	MÊS	30	6	R\$ 16,00	R\$ 2.880,00
47	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL	MÊS	30	6	R\$ 14,00	R\$ 2.520,00
48	DOSAGEM DE COLESTEROL TOTAL E FRAÇÕES	MÊS	30	6	R\$ 30,00	R\$ 5.400,00
49	DOSAGEM DE CREATININA	MÊS	30	6	R\$ 5,00	R\$ 900,00
50	DOSAGEM DE CREATINOFOSFOQUINASE (CPK)	MÊS	30	6	R\$ 28,00	R\$ 5.040,00
51	DOSAGEM DE ESTRADIOL	MÊS	25	6	R\$ 28,50	R\$ 4.275,00
52	DOSAGEM DE FERRITINA	MÊS	15	6	R\$ 22,00	R\$ 1.980,00
53	DOSAGEM DE FERRO SERICO	MÊS	15	6	R\$ 16,00	R\$ 1.440,00
54	DOSAGEM DE FOSFATASE ALCALINA	MÊS	15	6	R\$ 16,00	R\$ 1.440,00
55	DOSAGEM DE FOSFORO	MÊS	5	6	R\$ 20,00	R\$ 600,00
56	DOSAGEM DE GAMA-GLUTAMIL-TRANSFERASE (GAMA GT)	MÊS	50	6	R\$ 16,00	R\$ 4.800,00
57	DOSAGEM DE GLICOSE EM JEJUM	MÊS	30	6	R\$ 5,00	R\$ 900,00
58	DOSAGEM GLICOSE POS - PANDRIAL	MÊS	25	6	R\$ 15,00	R\$ 2.250,00
59	DOSAGEM DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	MÊS	25	6	R\$ 29,00	R\$ 4.350,00
60	DOSAGEM DE HORMONIO FOLICULO-ESTIMULANTE (FSH)	MÊS	15	6	R\$ 28,50	R\$ 2.565,00

807

LABORATÓRIO CLÍNICO  
DE SANTANA  
Rua Nonato Arcanjo s/n - Centro  
CEP 62.150-000

Handwritten signature and initials.

Handwritten mark.

Handwritten mark.

61	DOSAGEM DE HORMONIO LUTEINIZANTE (LH)	MÊS	15	6	R\$ 25,00	R\$ 2.250,00
62	DOSAGEM DE HORMONIO TIREOSTIMULANTE (T4)	MÊS	15	6	R\$ 29,00	R\$ 2.610,00
63	DOSAGEM DE IMUNOGLOBULINA E (IGE)	MÊS	10	6	R\$ 28,00	R\$ 1.680,00
64	DOSAGEM DE LIPASE	MÊS	20	6	R\$ 21,00	R\$ 2.520,00
65	DOSAGEM DE MAGNESIO	MÊS	15	6	R\$ 20,00	R\$ 1.800,00
66	DOSAGEM DE MICROALBUMINURIA NA URINA	MÊS	13	6	R\$ 28,00	R\$ 2.184,00
67	DOSAGEM DE MUÇO-PROTEINAS	MÊS	15	6	R\$ 24,00	R\$ 2.160,00
68	DOSAGEM DE POTASSIO	MÊS	15	6	R\$ 10,00	R\$ 900,00
69	DOSAGEM DE PROGESTERONA	MÊS	15	6	R\$ 23,50	R\$ 2.115,00
70	DOSAGEM DE PROLACTINA	MÊS	15	6	R\$ 24,50	R\$ 2.205,00
71	DOSAGEM DE PROTEINAS (URINA DE 24 HORAS)	MÊS	15	6	R\$ 23,00	R\$ 2.070,00
72	DOSAGEM DE PROTEINAS TOTAIS	MÊS	20	6	R\$ 25,00	R\$ 3.000,00
73	DOSAGEM DE SODIO	MÊS	15	6	R\$ 10,00	R\$ 900,00
74	DOSAGEM DE TESTOSTERONA	MÊS	15	6	R\$ 28,00	R\$ 2.520,00
75	DOSAGEM DE TIROXINA (T4)	MÊS	20	6	R\$ 29,00	R\$ 3.480,00
76	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)	MÊS	20	6	R\$ 22,00	R\$ 2.640,00
77	DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)	MÊS	20	6	R\$ 22,00	R\$ 2.640,00
78	DOSAGEM DE HDL-COLESTEROL	MÊS	50	6	R\$ 18,00	R\$ 5.400,00
79	DOSAGEM DE TRIGLICERIDEOS	MÊS	50	6	R\$ 18,00	R\$ 5.400,00
80	DOSAGEM DE TRIODOTIRONINA (T3)	MÊS	20	6	R\$ 29,00	R\$ 3.480,00
81	DOSAGEM DE UREIA	MÊS	20	6	R\$ 5,00	R\$ 600,00
82	DOSAGEM DE ZINCO	MÊS	10	6	R\$ 27,90	R\$ 1.674,00
83	DOSAGEM VITB12	MÊS	10	6	R\$ 26,00	R\$ 1.560,00
84	ELETROCARDIOGRAMA	MÊS	20	6	R\$ 80,00	R\$ 9.600,00
85	ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	MÊS	15	6	R\$ 30,00	R\$ 2.700,00
86	ELETROFORESE DE PROTEINAS	MÊS	10	6	R\$ 25,00	R\$ 1.500,00
87	EPSTEIN BARR IGG	MÊS	5	6	R\$ 49,00	R\$ 1.470,00
88	EPSTEIN BARR IGM	MÊS	5	6	R\$ 49,00	R\$ 1.470,00
89	EXAME MICROBIOLÓGICO A FRESCO (DIRETO) SECREÇÃO VAGINAL	MÊS	20	6	R\$ 17,00	R\$ 2.040,00
90	INSULINA	MÊS	5	6	R\$ 30,00	R\$ 900,00
91	FAN	MÊS	5	6	R\$ 15,00	R\$ 450,00
92	HEMOGLOBINA GLICADA-H1A1	MÊS	25	6	R\$ 35,00	R\$ 5.250,00
93	HEMOGRAMA COMPLETO	MÊS	100	6	R\$ 14,00	R\$ 8.400,00
94	HEPATITE A HAV-IGG	MÊS	100	6	R\$ 25,00	R\$ 15.000,00
95	HEPATITE A HAV-IGM	MÊS	100	6	R\$ 28,00	R\$ 16.800,00
96	HEPATITE C ANTI-HVC	MÊS	100	6	R\$ 30,00	R\$ 18.000,00
97	HLAB27	MÊS	15	6	R\$ 55,00	R\$ 4.950,00
98	HOMOCISTEINA	MÊS	5	6	R\$ 25,00	R\$ 750,00

02.187.558/0001-53  
 LABORATÓRIO CLÍNICO  
 DE SANTANA  
 Rua Nonato Arcano s/n- Centro  
 CEP 62.150-000

Handwritten signature and initials.

99	IGE TOTAL		MÊS	5	6	R\$ 20,00	R\$ 600,00
100	IGE ESPECIFICO - POR PESQUISA UNIDADE		MÊS	5	6	R\$ 40,00	R\$ 1.200,00
101	IGE PAINEL- POR UNIDADE		MÊS	5	6	R\$ 45,00	R\$ 1.350,00
102	IGF 1 ( SOMATOMEDINA)		MÊS	5	6	R\$ 22,00	R\$ 660,00
103	INDICE SATURACAO TRANSFERRINA		MÊS	5	6	R\$ 25,00	R\$ 750,00
104	KA 39		MÊS	5	6	R\$ 50,00	R\$ 1.500,00
105	LATEX OU FATOR REUMATOIDE		MÊS	25	6	R\$ 15,00	R\$ 2.250,00
106	LDH		MÊS	25	6	R\$ 25,00	R\$ 3.750,00
107	LEUCOGRAMA		MÊS	50	6	R\$ 8,00	R\$ 2.400,00
108	PARASITOLOGICO SIMPLES		MÊS	30	6	R\$ 5,00	R\$ 900,00
109	PEAQUISA DE ANTICORPOS TOXOPLASMOSE IGG		MÊS	20	6	R\$ 29,00	R\$ 3.480,00
110	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI HTI-HTLV1 HTLV2		MÊS	20	6	R\$ 28,00	R\$ 3.360,00
111	PESQUISA DE ANTICORPOS CITOMEGALOVIRUS IGG		MÊS	50	6	R\$ 24,50	R\$ 7.350,00
112	PESQUISA DE ANTICORPOS CITOMEGALOVIRUS IGM		MÊS	50	6	R\$ 24,50	R\$ 7.350,00
113	PESQUISA DE ANTICORPO HIV 1 E 2		MÊS	50	6	R\$ 15,00	R\$ 4.500,00
114	PESQUISA DE ANTICORPO IGG ANTICARDIOLIPINA		MÊS	20	6	R\$ 30,00	R\$ 3.600,00
115	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-LEISHMANIAS IGM		MÊS	20	6	R\$ 24,50	R\$ 2.940,00
116	PESQUISA DE ANTICORPOS RUBEOLA IGG		MÊS	50	6	R\$ 29,00	R\$ 8.700,00
117	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-HELICOBACTER PYLORI		MÊS	10	6	R\$ 40,00	R\$ 2.400,00
118	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTI-LEISHMANIAS IGG		MÊS	20	6	R\$ 25,00	R\$ 3.000,00
119	PESQUISA DE ANTICORPOS ANTINUCLEO		MÊS	20	6	R\$ 28,00	R\$ 3.360,00
120	PESQUISA DE ANTICORPOS CITOMEGALOVIRUS IGG		MÊS	25	6	R\$ 29,00	R\$ 4.350,00
121	PESQUISA DE ANTICORPOS CITOMEGALOVIRUS IGM		MÊS	25	6	R\$ 29,00	R\$ 4.350,00
122	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG ANTITRYPANOSOMA CRUZI		MÊS	5	6	R\$ 29,00	R\$ 870,00
123	PESQUISA DE ANTICORPOS IGG CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES		MÊS	5	6	R\$ 24,50	R\$ 735,00
124	PESQUISA DE ANTICORPOS IGM CONTRA O VIRUS HERPES SIMPLES		MÊS	5	6	R\$ 24,50	R\$ 735,00
125	PESQUISA DE ANTICORPOS RUBEOLA IGM		MÊS	20	6	R\$ 29,00	R\$ 3.480,00
126	PESQUISA DE ANTICORPOS TOXOPLASMOSE IGM		MÊS	20	6	R\$ 29,00	R\$ 3.480,00
127	PESQUISA DE ANTIGENO DE SUPERFICIE DO VIRUS DA HEPATITE B (HBSAG)		MÊS	20	6	R\$ 35,00	R\$ 4.200,00
128	PESQUISA DE FATOR RH (INCLUI D FRACO)		MÊS	5	6	R\$ 22,00	R\$ 660,00
129	PESQUISA DE GONADOTROFINA CORIONICA (TIG)-URINA		MÊS	10	6	R\$ 15,00	R\$ 900,00
130	PESQUISA DE SANGUE OCULTO NAS FEZES		MÊS	5	6	R\$ 30,00	R\$ 900,00
131	PROTEINA C REATIVA		MÊS	5	6	R\$ 25,00	R\$ 750,00
132	PROVA DE RETRACAO DO COAGULO		MÊS	5	6	R\$ 22,00	R\$ 660,00
133	PROVA DO LACO		MÊS	5	6	R\$ 22,00	R\$ 660,00
134	PSA LIVRE E TOTAL		MÊS	10	6	R\$ 60,00	R\$ 3.600,00
135	PSA TOTAL		MÊS	30	6	R\$ 35,00	R\$ 6.300,00
136	TEMPO DE ATIVIDADE PROTOMBINICA		MÊS	20	6	R\$ 25,00	R\$ 3.000,00

LABORATÓRIO CLÍNICO  
DE SANTANA  
Rua Nonato Arcangelo s/n- Centro  
CEP 62 150-000

282

Handwritten signature and initials.

Handwritten mark.

137	TESTE DE TOLERANCIA A GLICOSE	MÊS	5	6	R\$ 28,00	R\$ 840,00
138	TESTE DE VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS	MÊS	5	6	R\$ 30,00	R\$ 900,00
139	TESTE FTA-ABS IGG P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	MÊS	5	6	R\$ 22,00	R\$ 660,00
140	TESTE FTA-ABS IGM P/ DIAGNOSTICO DA SIFILIS	MÊS	5	6	R\$ 22,00	R\$ 660,00
141	TESTE INDIRETO DE ANTIGLOBULINA HUMANA (TIA) COOMBS INDIRETO	MÊS	5	6	R\$ 30,00	R\$ 900,00
142	TIREOGLOBULINA	MÊS	5	6	R\$ 24,00	R\$ 720,00
143	TRAB-ANTICORPOS RECEPTORES DO TSH	MÊS	5	6	R\$ 60,00	R\$ 1.800,00
144	TRASFERRINA	MÊS	2	6	R\$ 18,00	R\$ 216,00
145	URINA TIPO 1, SUMARIO DE URINA	MÊS	20	6	R\$ 5,00	R\$ 600,00
146	URINOCULTURA/UROCULTURA COM CONTAGEM COLONIAS	MÊS	20	6	R\$ 30,00	R\$ 3.600,00
147	VDRL P/ DETECCAO DE SIFILIS EM GESTANTE	MÊS	10	6	R\$ 30,00	R\$ 1.800,00
148	WALLER ROSE	MÊS	10	6	R\$ 5,00	R\$ 300,00
<b>VALOR TOTAL</b>						<b>R\$ 382.536,00</b>

**VALOR TOTAL DOS SERVIÇOS : R\$ 382.536,00( trezentos e oitenta e dois mil , quinhentos e trinta e seis reais)**

**PROPONENTE: LABORATORIO CLINICO DE SANTANA S/C LTDA**

**ENDEREÇO: RUA NONATO ARCANJO,328**

**CENTRO-SANTANA DO ACARAU -CEP 62.150.000**

**CNPJ: 02.187.558/0001- 53**

**TELEFONE: (88)9.97093132**

**VALIDADE DA PROPOSTA: 60 DIAS.**

Santana do Acarau, 13 de julho de 2018

**F<sup>co</sup> Lúcio Tomes Arcanjo Filho**  
**FRANCISCO LUCIO TOMAS ARCANJO FILHO**

**CPF: 075.528.483-67**

**02.187.558/0001-537**

**LABORATÓRIO CLÍNICO**  
**DE SANTANA**

Rua Nonato Arcanjo s/n- Centro  
 CEP 62.150-000

Santana do Acarau Ceará

283  
 Rub: 