|  |
| --- |
| **PROPOSTA DE PREÇO** |

**Razão Social do Proponente:**

**CNPJ:**

**Inscrição Estadual:**

**Endereço:**

**Cidade:**

**Estado:**

**CEP:**

**Fone:**

**Contato:**

**E-mail:**

1. **OBJETO**

Contratação de Clinica de Internação de Recuperação de Dependentes Químicos para transferência do adolescente, em atendimento a determinação judicial no processo 0002862-28.2023.8.12.0001, para atender a Secretaria Municipal de Assistência Social, Trabalho e Cidadania.

**DESCRIÇÃO E VALOR**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Item** | **Descrição** | **Und** | **Quant.** | **Valor unitário** | **Valor**  **total** |
| 01 | Prestação de serviços de internação e tratamento para recuperação de dependentes químicos | Mês | 06 |  |  |

**Cidade/Estado, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_2024.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Nome completo, CPF e assinatura do representante legal da empresa.**