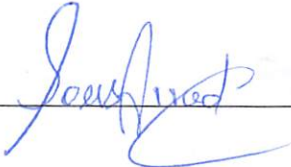
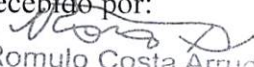




ESTADO DO MARANHÃO  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DOS CRENTES**  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

COMUNICAÇÃO INTERNA CI	Nº 081/2023
------------------------	-------------

<b>DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b>	<b>PARA: GABINETE DO PREFEITO</b>
Solicitamos autorização para abertura de processo licitatório, referente a Contratação de empresa na área de Saúde Bucal, para realização de serviços de confecção de próteses dentárias, com profissionais de nível superior e atendimento especializados, individuais ou coletivos aos usuários do SUS – Sistema Único de Saúde do Município de São Pedro dos Crentes – MA.	
Excelentíssimo Senhor Romulo Costa Arruda Prefeito Municipal de São Pedro dos Crentes - MA	
<p>Venho através desta, solicitar autorização para abertura de processo licitatório, referente a Contratação de empresa na área de Saúde Bucal, para realização de serviços de confecção de próteses dentárias, com profissionais de nível superior e atendimento especializados, individuais ou coletivos aos usuários do SUS – Sistema Único de Saúde do Município de São Pedro dos Crentes – MA, conforme especificações e quantitativos em anexo.</p> <p>De já agradecemos.</p> <p>Atenciosamente,</p>	

Data: 25/09/2023	Emitente: 	Recebido por:  Romulo Costa Arruda Prefeito Municipal CPF 028.230.653	Data: 25/09/2023
---------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------



**ESTADO DO MARANHÃO**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO PEDRO DOS CRENTES**  
**CNPJ Nº 01.577.844/0001-62**

**OBEJO: Contratação de empresa na área de Saúde Bucal, para realização de serviços de confecção de próteses dentárias, com profissionais de nível superior e atendimentos especializados individuais ou coletivos ou coletivos aos usuários do SUS – Sistema único de saúde do município de São Pedro dos Crentes- MA.**

IT	DESCRIÇÃO	QUANT. MENSAL	QUANT. MÊS	QUANT. ANUAL	UNID
1	Confecção de Prótese total Mandibular	10	12	120	UNID
2	Confecção de Prótese total Maxilar	10	12	120	UNID
3	Confecção de Prótese Parcial Mandibular Removível	4	12	48	UNID
4	Confecção de Prótese Parcial Maxilar Removível	4	12	48	UNID