



CNPJ:87.389.086/0001-74 CREA 086604/8* R- CNEN 104.829/75

PROPOSTA DE PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE DOSIMETRIA PESSOAL

Cachoeirinha/RS, 09 de junho de 2014

A

CAMARA DOS DEPUTADOS

UF: DF

Endereço: PC DOS TRES PODERES, SN ED ANEXO 1 3 ANDAR - PLANO PILOTO CEP: 70.100-000

Cidade: BRASÍLIA

CNPJ: 00.530.352/0001-59

Prezado (a) Senhor (a):

A PRO-RAD, empresa credenciada pela Comissão Nacional de Energia Nuclear (CNEN), oferece seus modernos serviços de Monitoração Pessoal Dosímetros Termoluminescentes - TLD. Estes dosímetros permitem a medida da dose de Radiação recebida por seus funcionários. Essas medidas constarão no laudo de doses emitido pela PRO-RAD. Este laudo além de possuir validade legal para a comprovação do nível de radiação atende também à Portaria nº 453 de 1º de Junho/98 (DOU 02/06/98) da então Secretaria de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde - SVS/MS.

Serviços:

Vigência da Proposta:	12 meses	
Dosímetro de Torax:	R\$ 10,50 x 21 Dosímetros x 12 meses	= R\$ 2646,00
Despesa de Expedição:	CORTESIA DA PRO-RAD	= R\$
Perfil do Cliente:	Perfil básico	= R\$
Valor da Proposta:		= R\$ 2646,00
Condições de Pagamento:	12 Parcelas de R\$220,50.	

BANCO DO BRASIL depósito no BANCO DO BRASIL - Ag. 0010-8 CC 9911-2

Certos da compreensão de V.Sas. para o acima exposto ficamos à sua inteira disposição para quaisquer esclarecimentos pelo e-mail ketrin.silero@prorad.com.br ou comercial@prorad.com.br, pelo Telefone (51)3287-3523 ou pelo Fax (51) 3287-3533.

Atenciosamente,

Ketrin Silero

(Nome e Carimbo)

"De Acordo":

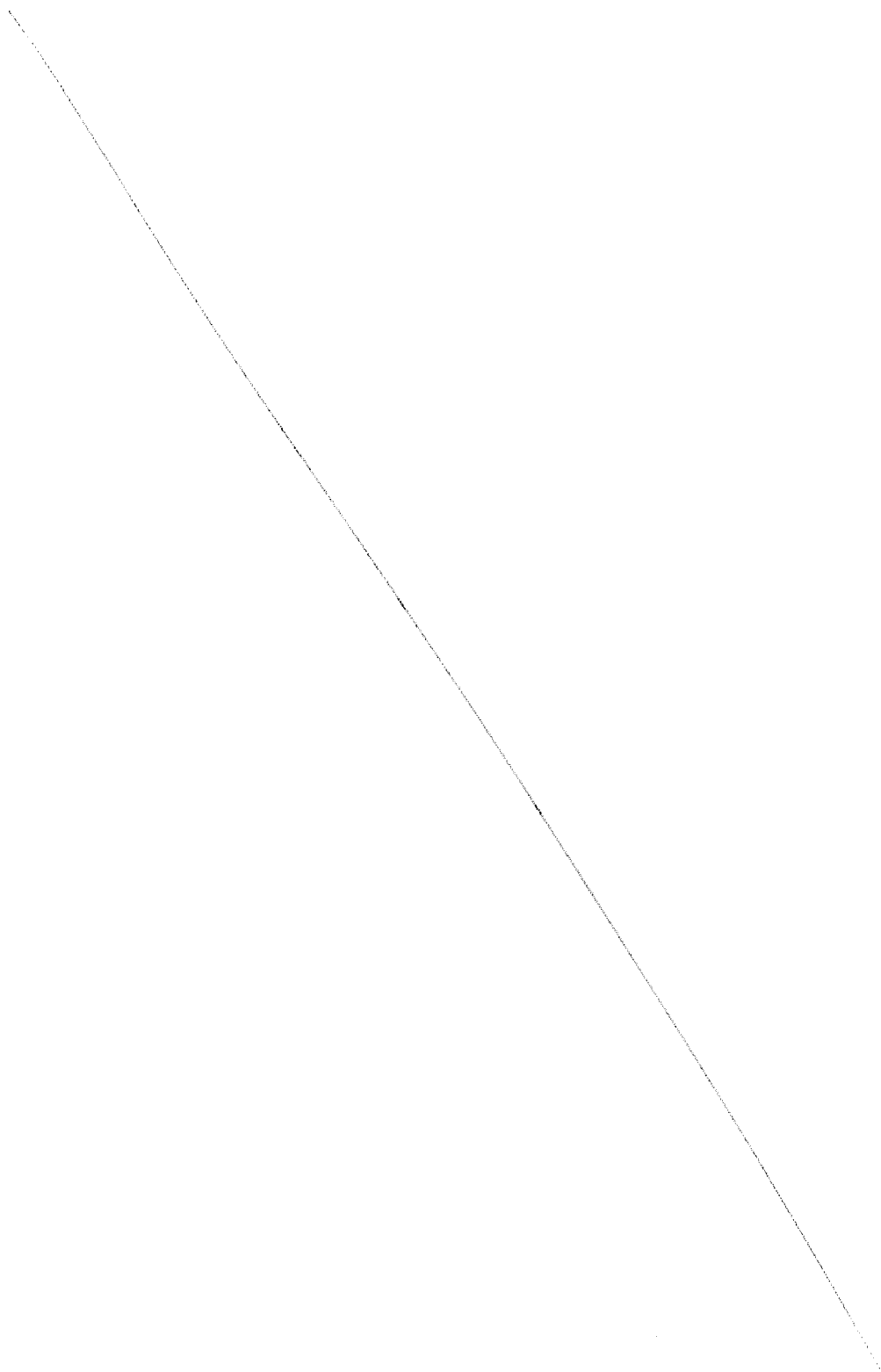
Concordamos com os valores e condições da presente proposta.

FAVOR ASSINAR PROPOSTA E ENVIAR POR FAX OU E-MAIL.

CASO NECESSITE DE EMPENHO, FAVOR ENCAMINHAR O MAIS BREVE POSSÍVEL

NOVO ENDEREÇO: RUA RUI BARBOSA, 116 VILA JARDIM AMÉRICA CEP: 94.920-510 CACHOEIRINHA-RS

Ketrin Silero
Depto. Comercial
Pro-Rad Cons. Radioproteção SIS Ltda.





Mês para alteração:

RQ-30i4

Rev. 1/40



Tipo de Monitor:
Mês para alteração:

RQ-3014

Rev. 1



Razão Social:

Mês para alteração:

RQ-3014

10/06/2014

1. INSTITUIÇÃO ONDE SERÃO USADOS OS DOSÍMETROS

Nome do local (hospital, clínica, unidade industrial, etc.):		
CNPJ (pessoa jurídica) ou CPF (pessoa física):		
Razão Social (ou nome, caso seja pessoa física):		
Setor (tomografia, mamografia, scanners, etc.):		
Tipo de equipamento e/ou fonte:		
Logradouro (Rua, Avenida, Praça, etc.):		
Número:	Complemento: E	Bairro:
Cidade:	UF:	CEP*:

*Preencher o CEP de acordo com www.buscape.correios.com.br

2. RESPONSÁVEL PELA PROTEÇÃO RADIOLÓGICA

(é quem poderá fazer alterações cadastrais e terá acesso às doses e informações correlatas)

Nome:	
CPF:	Setor:
Telefone (com ramal):	E-mail:

3. INFORMAÇÕES DE COBRANÇA

Nome do responsável pela cobrança:	Telefone:	
E-mail para NFSe (Nota Fiscal de Serviço Eletrônica)		
Há a necessidade de algum documento específico para a cobrança?		
☐ Nota de Empenho	☐ Ordem de compra	☐ Autorização de Fornecimento
☐ Outro? Especifique: _____		
Neste caso, a data de Emissão da NFe deverá ser: ☐ Anterior ao empenho ☐ Posterior ao empenho		

4. ENDEREÇO PARA COBRANÇA (se diferente do item 1)

CNPJ (pessoa jurídica) ou CPF (pessoa física):		
Razão Social (ou nome, caso seja pessoa física):		
Logradouro (Rua, Avenida, Praça, etc.):		
Número:	Complemento:	Bairro:
Cidade:	UF:	CEP*:

5. ENDEREÇO PARA ONDE OS DOSÍMETROS DEVEM SER ENVIADOS (se diferente do item 1)

Nome do local:		
Logradouro (Rua, Avenida, Praça, etc.):		
Número:	Complemento:	Bairro:
Cidade:	UF:	CEP*:

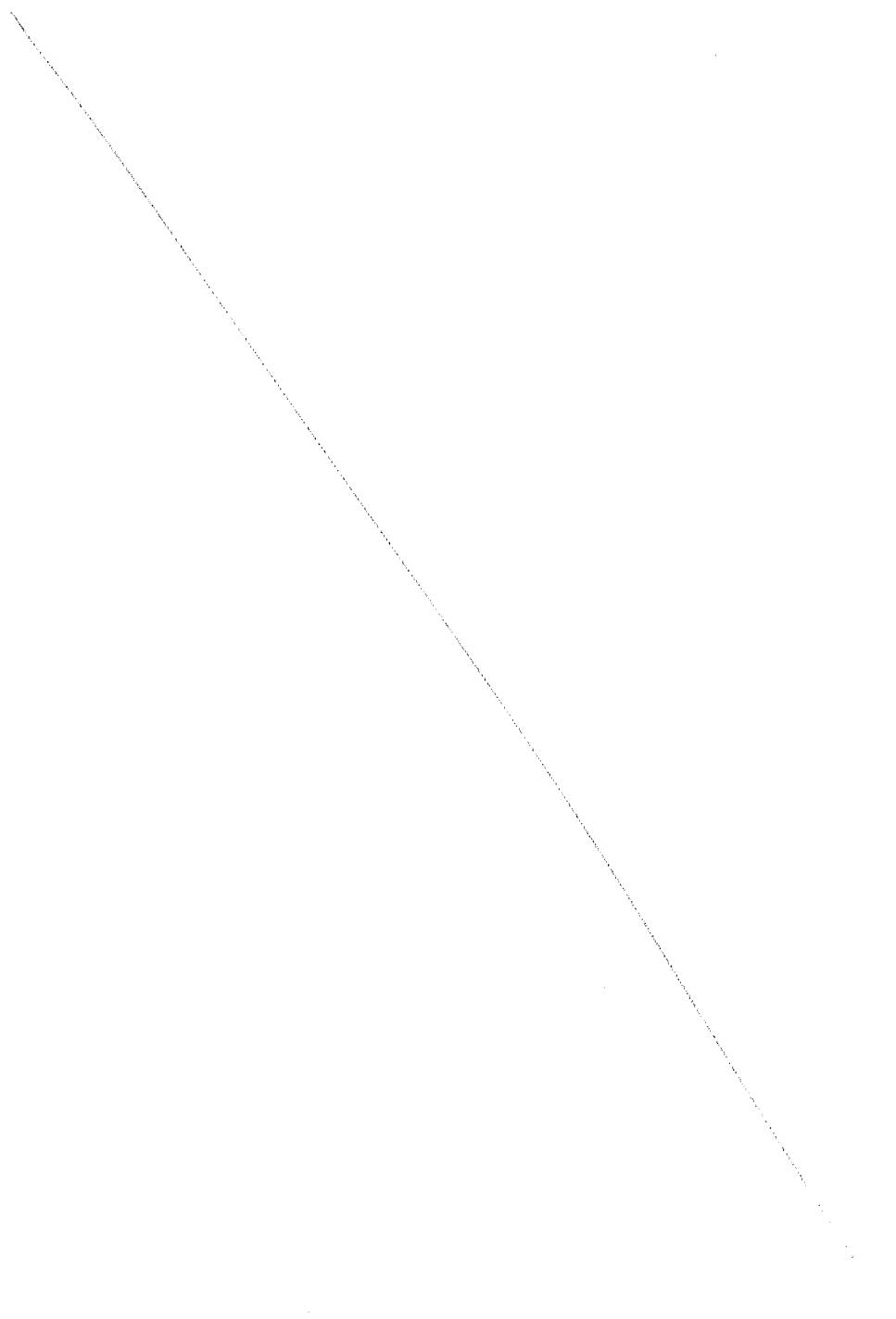
Nome do responsável pelo preenchimento:

, quarta-feira, 10 de junho de 2014

Local e Data

Assinatura

Reservado à Pro-Rad	Código da entidade:	RegInst:
----------------------------	---------------------	----------



(

(