



FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
RUA DR. RENATO VIEIRA DA SILVA 07
Natividade/RJ - CNPJ nº. 12.396.542/0001-04

Cotação de Preços

Fornecedor : MÉDIA SANEADA

CNPJ :

Inscr. Est. :

Endereço :

RJ

Fones :

Contato :

Cotação : 00091/26

Centro de Custo : SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE, EVENTOS

Obs: **CONTRATAR SERVIÇO DE PESQUISA E AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DA SECRETARIA DE SAÚDE**

Item	Cód. Produto	Descrição	Unidade	Quantidade	Valor Unitário	Valor Total
1	001.123.001	REALIZAÇÃO DE PESQUISA BIMESTRAL DE AVALIAÇÃO DE SATISFAÇÃO DOS USUÁRIOS DOS SERVIÇOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE NATIVIDADE	SERV	6		

Realização de pesquisa bimestral de avaliação de satisfação dos usuários dos serviços da Secretaria Municipal de Saúde de Natividade-RJ, no âmbito do Sistema Único de Saúde, compreendendo planejamento metodológico, elaboração de instrumentos, aplicação da pesquisa, processamento, análise estatística e emissão de relatório técnico conclusivo.

A pesquisa deverá observar rigor metodológico compatível com estudos institucionais de grande porte, contemplando, no mínimo:

- Amostragem probabilística representativa da população usuária;
 - Quantitativo mínimo de 380 (trezentos e oitenta) entrevistas por ciclo bimestral;
 - Nível de confiança mínimo de 95%;
 - Margem de erro estimada de até 3,2 pontos percentuais;
 - Abordagem metodológica mista (quantitativa e qualitativa em profundidade);
 - Aplicação de questionários estruturados e semiestruturados;
 - Coleta presencial, telefônica ou digital, conforme desenho amostral;
 - Procedimentos contínuos de controle de qualidade, supervisão técnica e auditoria de campo;
 - Tratamento estatístico com cruzamento de variáveis socio demográficas;
 - Consolidação de banco de dados estruturado e série histórica comparativa;
 - Apresentação de relatório analítico contendo indicadores, gráficos, interpretação técnica, diagnóstico situacional e recomendações estratégicas.
- Eixo temático - Saúde Pública: avaliação do acesso aos serviços, qualidade do atendimento, resolatividade das demandas, tempo de espera, infraestrutura das unidades, disponibilidade de profissionais e medicamentos, percepção quanto à eficiência, humanização e confiança institucional no sistema municipal de saúde.

TOTAL : _____

MÉDIA SANEADA
Assinatura Responsável

Em, ____ de _____ de 2026.

Validade da Proposta: ____ dias.

Dados Bancários

Banco: _____

Agência: _____

Conta: _____



Carimbo CNPJ