

**PREGÃO PRESENCIAL 04/2015**

**ANEXO I - TERMO DE REFÊRENCIA**

1. Os custos estimados foram calculados com base nas cotações prévias de mercado, cujas cópias foram devidamente juntadas ao processo, conforme segue:

Lote 01. Exames de Oftalmologia:

| Item                       | Descrição  | Quant. | R\$ Unit. | R\$ Total       |
|----------------------------|--|--------|-----------|-----------------|
| 01                         | CONSULTA OFTALMO                                   | 200    | 77,50     | 15500,00        |
| 02                         | CONSULTA RETINÓLOGO                                | 30     | 160,00    | 4800,00         |
| 03                         | CONSULTA GLAUCOMOLOGO                              | 30     | 135,00    | 4050,00         |
| 04                         | TOPOGRAFIA CORNEANA<br>COMPUTADORIZADA (BINOCULAR) | 50     | 135,00    | 6750,00         |
| 05                         | TESTE DE LENTE (BINOCULAR)                         | 20     | 82,50     | 1650,00         |
| 06                         | FUNDOSCOPIA (BINOCULAR)                            | 50     | 90,00     | 4500,00         |
| 07                         | RETINOGRAFIA (BINOCULAR)                           | 50     | 192,50    | 9625,00         |
| 08                         | OCT (Tomografia de coerência óptica)               | 20     | 375,00    | 7500,00         |
| 09                         | FOTOCOAGULAÇÃO                                     | 15     | 200,00    | 3000,00         |
| 10                         | PANTOFOTOCOAGULAÇÃO                                | 20     | 470,00    | 9400,00         |
| 11                         | MAPEAMENTO DE RETINA                               | 15     | 100,00    | 1500,00         |
| 12                         | BIOMETRIA  | 70     | 112,50    | 7875,00         |
| 13                         | MICROSCOPIA  | 70     | 185,00    | 12950,00        |
| 14                         | ULTRASSONOGRAFIA OCULAR                            | 20     | 137,50    | 2750,00         |
| 15                         | ANGIOFLUOREDCENOGRRAFIA                            | 20     | 357,50    | 7150,00         |
| <b>Valor Global em R\$</b> |  |        |           | <b>99000,00</b> |

Lote 02. Procedimentos Cirúrgicos - Oftalmologia:

| Item                       | Descrição  | Quant. | R\$ Unit. | R\$ Total        |
|----------------------------|--|--------|-----------|------------------|
| 01                         | INJEÇÃO INTRA-OCULAR   | 15     | 2800,00   | 42000,00         |
| 02                         | CALAZIO (MONOCULAR)  | 35     | 150,00    | 5250,00          |
| 03                         | PTERIGIO (MONOCULAR)   | 50     | 425,00    | 21250,00         |
| 04                         | TRIQUELASE (MONOCULAR)   | 35     | 290,00    | 10150,00         |
| 05                         | YAG LASER (MONOCULAR)  | 50     | 200,00    | 10000,00         |
| 06                         | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO<br>(MONOCULAR)  | 35     | 67,50     | 2362,50          |
| 07                         | OCULOPLASTIA (ECTRÓPIO OU<br>ENTRÓPIO OU TUMOR PALPEBRAL SEM<br>ENXERTO MONOCULAR) | 20     | 775,00    | 15500,00         |
| 08                         | BLEFAROPLASTIA (SUPERIOR OU<br>INFERIOR BINOCULAR)                                 | 35     | 1400,00   | 49000,00         |
| 09                         | GLAUCOMA (TRABECULECTOMIA<br>MONOCULAR)  | 35     | 3000,00   | 105000,00        |
| 10                         | CATARATA (MONOCULAR COM LENTE<br>BÁSICA DOBRÁVEL)                                  | 70     | 1375,00   | 96250,00         |
| 11                         | VITRECTOMIA  | 03     | 11000,00  | 33000,00         |
| <b>Valor Global em R\$</b> |  |        |           | <b>389762,50</b> |

Lote 03. Exames de Tomografia:

| Item | Descrição | Quant. | R\$ Unit. | R\$ Total |
|------|-----------|--------|-----------|-----------|
|------|-----------|--------|-----------|-----------|

|                            |                               |    |         |                  |
|----------------------------|-------------------------------|----|---------|------------------|
| 01                         | TOMO OUVIDO+MASTOIDES         | 10 | 455,00  | 4550,00          |
| 02                         | TOMO AB. E PELVE              | 10 | 992,88  | 9928,75          |
| 03                         | TOMO AB.+VIA BILIARES         | 10 | 662,25  | 6622,50          |
| 04                         | TOMO AB.INFERIOR              | 75 | 609,38  | 45703,13         |
| 05                         | TOMO AB.TOTAL                 | 75 | 867,88  | 65090,63         |
| 06                         | TOMO CERVICAL                 | 25 | 446,63  | 11165,63         |
| 07                         | TOMO CERVICAL+PELVE+TORAX+AB. | 25 | 2207,75 | 55193,75         |
| 08                         | TOMO COLUNA LOMBAR            | 25 | 466,69  | 11667,19         |
| 09                         | TOMO CRANIO C/ CONTRASTE      | 75 | 507,50  | 38062,50         |
| 10                         | TOMO DE OUVIDO                | 10 | 481,44  | 4814,38          |
| 11                         | TOMO FIGADO+AB.               | 10 | 737,88  | 7378,75          |
| 12                         | TOMO HIPOFISE                 | 10 | 654,17  | 6541,67          |
| 13                         | TOMO PERNA                    | 10 | 485,13  | 4851,25          |
| 14                         | TOMO SEIOS DA FACE            | 20 | 459,06  | 9181,25          |
| 15                         | TOMO TORAX                    | 50 | 657,06  | 32853,13         |
| 16                         | TOMO VIAS URINARIAS           | 50 | 763,25  | 38162,50         |
| <b>Valor Global em R\$</b> |                               |    |         | <b>351766,98</b> |

Lote 04. Exames de Radiologia:

| Item                       | Descrição                   | Quant. | R\$ Unit. | R\$ Total        |
|----------------------------|-----------------------------|--------|-----------|------------------|
| 01                         | COLANGIOGRAFIA              | 20     | 494,50    | 9890,00          |
| 02                         | DENSIOMETRIA OSSEA          | 100    | 186,83    | 18683,33         |
| 03                         | URETROCISTOGRAFIA           | 50     | 282,17    | 14108,33         |
| 04                         | URETROCISTOGRAFIA MICCIONAL | 50     | 248,13    | 12406,25         |
| 05                         | UROGRAFIA EXCRETORA         | 100    | 365,33    | 36533,33         |
| 06                         | RX CONTRASTADO              | 30     | 279,00    | 8370,00          |
| 07                         | ENEMA OPACO                 | 50     | 278,67    | 13933,33         |
| 08                         | ESCANOGRAMA                 | 10     | 152,17    | 1521,67          |
| 09                         | MAMOGRAFIA                  | 40     | 223,50    | 8940,00          |
| 10                         | RESSONÂNCIA                 | 100    | 747,00    | 74700,00         |
| 11                         | RX ESOFAGO                  | 10     | 213,50    | 2135,00          |
| 12                         | DACRIOCISTOGRAFIA           | 15     | 399,83    | 5997,50          |
| <b>Valor Global em R\$</b> |                             |        |           | <b>207218,75</b> |

Lote 05. Exames de Biópsia:

| Item                       | Descrição           | Quant. | R\$ Unit. | R\$ Total      |
|----------------------------|---------------------|--------|-----------|----------------|
| 01                         | BIÓPSIA DA PRÓSTATA | 5      | 610,00    | 3050,00        |
| 02                         | BIOPSIA HEPÁTICA    | 5      | 623,33    | 3116,67        |
| 03                         | BIÓPSIA DA MAMA     | 6      | 463,33    | 2780,00        |
| <b>Valor Global em R\$</b> |                     |        |           | <b>8946,67</b> |

Lote 06. Punção:

| Item                       | Descrição         | Quant. | R\$ Unit. | R\$ Total       |
|----------------------------|-------------------|--------|-----------|-----------------|
| 01                         | PAAF DE MAMA      | 60     | 403,33    | 24200,00        |
| 02                         | PAF DE TIREÓIDE   | 60     | 386,67    | 23200,00        |
| 03                         | PUNÇÃO PERCUTANEA | 60     | 320,00    | 19200,00        |
| <b>Valor Global em R\$</b> |                   |        |           | <b>66600,00</b> |

Lote 07. Exames de Endoscopia:

| Item | Descrição | Quant. | R\$ Unit. | R\$ Total |
|------|-----------|--------|-----------|-----------|
|------|-----------|--------|-----------|-----------|

|    |                              |     |        |                  |
|----|------------------------------|-----|--------|------------------|
| 01 | ENDOSCOPIA                   | 250 | 350,00 | 87500,00         |
| 02 | COLONOSCOPIA                 | 150 | 560,00 | 84000,00         |
| 03 | BIOPSIA GASTRO               | 25  | 80,00  | 2000,00          |
| 04 | BIOPSIA INTESTINOS           | 25  | 80,00  | 2000,00          |
| 05 | POLIPO                       | 25  | 250,00 | 6250,00          |
| 06 | RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXIVEL | 50  | 560,00 | 28000,00         |
|    | <b>Valor Global</b>          |     |        | <b>209750,00</b> |

## 2. Obrigações da licitante quando da prestação dos serviços:

2.1. Prestação de serviços de exames de apoio e diagnóstico junto a Secretaria de Saúde, com fornecimento de **insumos, mão de obra e equipamentos necessários**.

2.2. Os exames de apoio e diagnóstico somente serão realizados mediante a apresentação da solicitação médica e/ou de uma guia de autorização, sem os quais a empresa vencedora da presente licitação não estará habilitada a efetuar os serviços.

2.3. Os exames de apoio e diagnóstico serão realizados preferencialmente por agendamento, em dias e horários de expediente normais de funcionamento da empresa contratada.

2.4. Prazo para execução dos exames: até 15(quinze) dias após o recebimento do pedido feito pela Secretaria Municipal de Saúde;

2.5. Prazo para entrega dos resultados de exames: até 05(cinco) dias úteis após a realização do exame, com exceção dos exames solicitados com urgência, que deverão ter seus laudos no mesmo dia, e, quando solicitados com prioridade, deverão ter seus laudos entregues no dia seguinte ao da realização do exame;

2.6. Caso haja necessidade da realização de algum exame que seja caracterizado pelo profissional médico solicitante como de **urgência ou emergência, os mesmos deverão ser atendidos de imediato**, sem restrição de horário, sem nenhuma espécie de ônus ou alteração nos custos nos exames, **e, oferecer laudo no prazo máximo de 24(vinte e quatro) horas**.

2.7. Para atender as excepcionalidades e emergências, a empresa contratada deverá manter um numero de telefone ativo 24 (vinte e quatro) horas por dia, todos os dias da semana, para que a Prefeitura possa contatá-la. Tal telefone deverá ser informada a pessoa responsável pelos exames na Secretaria Municipal de Saúde.

2.8. Os exames deverão ser prestados na sede da contratada **até um raio de 80(oitenta) quilômetros, contados do Hospital e Maternidade Santa Francisca**, localizado a Rua 06, 310, Centro, Santa Gertrudes/SP.

2.8.1. As empresas que estejam num raio de distância superior a 80(oitenta), contados do Hospital e Maternidade Santa Francisca, localizado a Rua 06, 310, Centro, Santa Gertrudes/SP, poderão participar do certame, mas deverão instalar o posto de atendimento no município de Santa Gertrudes, às suas expensas.

2.9. A Prefeitura se responsabilizará pelo **deslocamento** dos pacientes até a sede da empresa contratada para que os exames sejam realizados desde que a distância seja de no máximo 80(oitenta) quilômetros, contados do Hospital e Maternidade Santa Francisca, localizado a Rua 06, 310, Centro, Santa Gertrudes/SP.

2.10. A licitante vencedora do certame deverá encaminhar **cópia do laudo dos exames realizados, feito por profissional cadastrado no CNES – Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde**, para o setor da UAC da Secretaria Municipal de Saúde para fins de faturamento, até o último dia do mês em que foram realizados os exames.

Santa Gertrudes/SP, 20 de março de 2015.

**Rogério Pascon**  
**Prefeito do Município de Santa Gertrudes / SP**

**PREGAO PRESENCIAL 04/2015**

**ANEXO II – FORMULÁRIO DE PROPOSTA FINANCEIRA**

Lote 01. Exames de Oftalmologia:

| <b>Item</b> | <b>Descrição</b>                                   | <b>Quant.</b> | <b>R\$ Unit.</b> | <b>R\$ Total</b> |
|-------------|--|---------------|------------------|------------------|
| 01          | CONSULTA OFTALMO                                   | 200           |                  |                  |
| 02          | CONSULTA RETINÓLOGO                                | 30            |                  |                  |
| 03          | CONSULTA GLAUCOMOLOGO                              | 30            |                  |                  |
| 04          | TOPOGRAFIA CORNEANA<br>COMPUTADORIZADA (BINOCULAR) | 50            |                  |                  |
| 05          | TESTE DE LENTE (BINOCULAR)                         | 20            |                  |                  |
| 06          | FUNDOSCOPIA (BINOCULAR)                            | 50            |                  |                  |
| 07          | RETINOGRAFIA (BINOCULAR)                           | 50            |                  |                  |
| 08          | OCT (Tomografia de coerência óptica)               | 20            |                  |                  |
| 09          | FOTOCOAGULAÇÃO                                     | 15            |                  |                  |
| 10          | PANTOFOTOCOAGULAÇÃO                                | 20            |                  |                  |
| 11          | MAPEAMENTO DE RETINA                               | 15            |                  |                  |
| 12          | BIOMETRIA  | 70            |                  |                  |
| 13          | MICROSCOPIA  | 70            |                  |                  |
| 14          | ULTRASSONOGRAFIA OCULAR                            | 20            |                  |                  |
| 15          | ANGIOFLUOREDCENOGRRAFIA                            | 20            |                  |                  |
|             | <b>Valor Global em R\$</b>                         |               |                  |                  |

Lote 02. Procedimentos Cirúrgicos - Oftalmologia:

| <b>Item</b> | <b>Descrição</b>   | <b>Quant.</b> | <b>R\$ Unit.</b> | <b>R\$ Total</b> |
|-------------|--|---------------|------------------|------------------|
| 01          | INJEÇÃO INTRA-OCULAR   | 15            |                  |                  |
| 02          | CALAZIO (MONOCULAR)  | 35            |                  |                  |
| 03          | PTERIGIO (MONOCULAR)   | 50            |                  |                  |
| 04          | TRIQUELASE (MONOCULAR)   | 35            |                  |                  |
| 05          | YAG LASER (MONOCULAR)  | 50            |                  |                  |
| 06          | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO<br>(MONOCULAR)  | 35            |                  |                  |
| 07          | OCULOPLASTIA (ECTRÓPIO OU<br>ENTRÓPIO OU TUMOR PALPEBRAL SEM<br>ENXERTO MONOCULAR) | 20            |                  |                  |
| 08          | BLEFAROPLASTIA (SUPERIOR OU<br>INFERIOR BINOCULAR)                                 | 35            |                  |                  |
| 09          | GLAUCOMA (TRABECULECTOMIA<br>MONOCULAR)  | 35            |                  |                  |
| 10          | CATARATA (MONOCULAR COM LENTE<br>BÁSICA DOBRÁVEL)                                  | 70            |                  |                  |
| 11          | VITRECTOMIA  | 03            |                  |                  |

|                            |  |  |  |
|----------------------------|--|--|--|
| <b>Valor Global em R\$</b> |  |  |  |
|----------------------------|--|--|--|

Lote 03. Exames de Tomografia:

| Item                       | Descrição                     | Quant. | R\$ Unit. | R\$ Total |
|----------------------------|-------------------------------|--------|-----------|-----------|
| 01                         | TOMO OUVIDO+MASTOIDES         | 10     |           |           |
| 02                         | TOMO AB. E PELVE              | 10     |           |           |
| 03                         | TOMO AB.+VIA BILIARES         | 10     |           |           |
| 04                         | TOMO AB.INFERIOR              | 75     |           |           |
| 05                         | TOMO AB.TOTAL                 | 75     |           |           |
| 06                         | TOMO CERVICAL                 | 25     |           |           |
| 07                         | TOMO CERVICAL+PELVE+TORAX+AB. | 25     |           |           |
| 08                         | TOMO COLUNA LOMBAR            | 25     |           |           |
| 09                         | TOMO CRANIO C/ CONTRASTE      | 75     |           |           |
| 10                         | TOMO DE OUVIDO                | 10     |           |           |
| 11                         | TOMO FIGADO+AB.               | 10     |           |           |
| 12                         | TOMO HIPOFISE                 | 10     |           |           |
| 13                         | TOMO PERNA                    | 10     |           |           |
| 14                         | TOMO SEIOS DA FACE            | 20     |           |           |
| 15                         | TOMO TORAX                    | 50     |           |           |
| 16                         | TOMO VIAS URINARIAS           | 50     |           |           |
| <b>Valor Global em R\$</b> |                               |        |           |           |

Lote 04. Exames de Radiologia:

| Item                       | Descrição                   | Quant. | R\$ Unit. | R\$ Total |
|----------------------------|-----------------------------|--------|-----------|-----------|
| 01                         | COLANGIOGRAFIA              | 20     |           |           |
| 02                         | DENSIOMETRIA OSSEA          | 100    |           |           |
| 03                         | URETROCISTOGRAFIA           | 50     |           |           |
| 04                         | URETROCISTOGRAFIA MICCIONAL | 50     |           |           |
| 05                         | UROGRAFIA EXCRETORA         | 100    |           |           |
| 06                         | RX CONTRASTADO              | 30     |           |           |
| 07                         | ENEMA OPACO                 | 50     |           |           |
| 08                         | ESCANOGRAMA                 | 10     |           |           |
| 09                         | MAMOGRAFIA                  | 40     |           |           |
| 10                         | RESSONÂNCIA                 | 100    |           |           |
| 11                         | RX ESOFAGO                  | 10     |           |           |
| 12                         | DACRIOCISTOGRAFIA           | 15     |           |           |
| <b>Valor Global em R\$</b> |                             |        |           |           |

Lote 05. Exames de Biópsia:

| Item                       | Descrição           | Quant. | R\$ Unit. | R\$ Total |
|----------------------------|---------------------|--------|-----------|-----------|
| 01                         | BIÓPSIA DA PRÓSTATA | 5      |           |           |
| 02                         | BIÓPSIA HEPÁTICA    | 5      |           |           |
| 03                         | BIÓPSIA DA MAMA     | 6      |           |           |
| <b>Valor Global em R\$</b> |                     |        |           |           |

Lote 06. Punção:

| Item                       | Descrição         | Quant. | R\$ Unit. | R\$ Total |
|----------------------------|-------------------|--------|-----------|-----------|
| 01                         | PAAF DE MAMA      | 60     |           |           |
| 02                         | PAF DE TIREÓIDE   | 60     |           |           |
| 03                         | PUNÇÃO PERCUTANEA | 60     |           |           |
| <b>Valor Global em R\$</b> |                   |        |           |           |

Lote 07. Exames de Endoscopia:

| Item | Descrição                    | Quant. | R\$ Unit. | R\$ Total |
|------|------------------------------|--------|-----------|-----------|
| 01   | ENDOSCOPIA                   | 250    |           |           |
| 02   | COLONOSCOPIA                 | 150    |           |           |
| 03   | BIOPSIA GASTRO               | 25     |           |           |
| 04   | BIOPSIA INTESTINOS           | 25     |           |           |
| 05   | POLIPO                       | 25     |           |           |
| 06   | RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXIVEL | 50     |           |           |
|      | <b>Valor Global</b>          |        |           |           |

Preços completos, computando todos os custos necessários para o atendimento do objeto desta licitação, bem como todos os impostos, encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais, comerciais, taxas, fretes e quaisquer outros que incidam ou venham a incidir sobre o objeto licitado, constante desta proposta.

Declaramos que os serviços ofertados por nossa empresa, atendem rigorosamente, as características necessárias arroladas no objeto da licitação.

Dados cadastrais da proponente:

Razão Social: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Município/UF: \_\_\_\_\_ Bairro: \_\_\_\_\_

Fone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Fax: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

CNPJ (MF): \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

Dados Bancários: Banco: \_\_\_\_\_; Agência: \_\_\_\_\_; Conta Corrente: \_\_\_\_\_

Validade da proposta: \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_) dias corridos (mínimo 60 dias)

Condições de pagamento: Os pagamentos serão realizados da seguinte forma: as notas fiscais processadas pela contabilidade, e atestadas pela unidade requisitante, entre os dias 01 à 10 serão pagas no até o dia 20 do mesmo mês, as atestadas entre os dias 11 à 31 serão pagas no até o dia 10 do mês subsequente;

**Prazo para execução dos exames: até 15(quinze) dias após o recebimento do pedido feito pela Secretaria Municipal de Saúde;**

**Prazo para entrega dos resultados de exames: até 05(cinco) dias úteis após a realização do exame, com exceção dos exames solicitados com urgência, que deverão ter seus laudos no mesmo dia, e, quando solicitados com prioridade, deverão ter seus laudos entregues no dia seguinte ao da realização do exame;**

Caso haja necessidade da realização de algum exame que seja caracterizado pelo profissional médico solicitante como de **urgência ou emergência, os mesmos deverão ser atendidos de**

**imeditato**, sem restrição de horário, sem nenhuma espécie de ônus ou alteração nos custos nos exames, **e, oferecer laudo no prazo máximo de 24(vinte e quatro) horas.**

Prazo para o início dos serviços: \_\_\_\_\_

Indicação dos Dados do Representante Legal que assinará a Ata de Registro de Preços, em caso de vitória no certame:

Nome:

\_\_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_; Profissão: \_\_\_\_\_

Estado Civil: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial(**completo- com CEP.**):

\_\_\_\_\_

Telefone: (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_; E-mail: \_\_\_\_\_

RG.: \_\_\_\_\_; CPF.: \_\_\_\_\_

Declaramos que assumimos o fornecimento dos serviços, por nossa conta e risco, ficando sob nossa inteira e exclusiva responsabilidade.

Local e Data: \_\_\_\_\_

Carimbo e Assinatura: \_\_\_\_\_



**PREGÃO PRESENCIAL 04/2015**

**ANEXO III - MODELO DE DECLARAÇÃO DE PLENO ATENDIMENTO AOS  
REQUISITOS DE HABILITAÇÃO**

**DECLARAÇÃO**

À  
Prefeitura do Município de Santa Gertrudes  
Rua 01A, 332, Centro  
**Santa Gertrudes - SP**

A empresa \_\_\_\_\_,  
estabelecida na \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_, Telefone (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_,  
inscrita com CNPJ \_\_\_\_\_, neste ato representada pelo seu  
(representante/sócio/procurador) \_\_\_\_\_, portador do RG  
\_\_\_\_\_ e do CPF \_\_\_\_\_, no uso de suas atribuições  
legais, vem:

Declarar, para fins de participação no processo licitatório em pauta,  
sob as penas da Lei, que cumpre plenamente aos requisitos de habilitação.

Por ser verdade assina a presente.

Local e Data: \_\_\_\_\_

Razão Social da Empresa  
Nome do responsável/procurador  
Cargo do responsável/procurador  
Documento de identidade

**PREGÃO PRESENCIAL 04/2015**

**ANEXO IV - MODELO DE DECLARAÇÃO DE INEXISTÊNCIA DE FATO  
IMPEDITIVO**

**DECLARAÇÃO**

À  
Prefeitura do Município de Santa Gertrudes  
Rua 01A, 332, Centro  
**Santa Gertrudes - SP**

A empresa \_\_\_\_\_,  
estabelecida na \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_, Telefone (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_,  
inscrita com CNPJ \_\_\_\_\_, neste ato representada pelo seu  
(representante/sócio/procurador) \_\_\_\_\_, portador do RG  
\_\_\_\_\_ e do CPF \_\_\_\_\_, no uso de suas atribuições  
legais, vem:

Declarar, para fins de participação no processo licitatório em pauta,  
sob as penas da Lei, que não se encontra penalizada por declaração de inidoneidade ou  
impedimento de licitar e contratar com quaisquer entes da Administração Pública, e que se  
compromete a comunicar ocorrência de fatos supervenientes.

Por ser verdade assina a presente.

Local e Data: \_\_\_\_\_

Razão Social da Empresa  
Nome do responsável/procurador  
Cargo do responsável/procurador  
Documento de identidade

**PREGÃO PRESENCIAL 04/2015**

**ANEXO V - MODELO DE DECLARAÇÃO DE REGULARIDADE PARA COM O  
MINISTÉRIO DO TRABALHO**

**DECLARAÇÃO**

À  
Prefeitura do Município de Santa Gertrudes  
Rua 01A, 332, Centro  
**Santa Gertrudes - SP**

A empresa \_\_\_\_\_,  
estabelecida na \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_, Telefone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_,  
inscrita com CNPJ \_\_\_\_\_, neste ato representada pelo seu  
(representante/sócio/procurador) \_\_\_\_\_, portador do RG  
\_\_\_\_\_ e do CPF \_\_\_\_\_, no uso de suas atribuições  
legais, vem:

Declarar, para fins de participação no processo licitatório em pauta,  
sob as penas da Lei, que está em situação regular perante o Ministério do Trabalho, no que se  
refere à observância do disposto no inciso XXXIII, do artigo 7º da Constituição Federal, e, para  
fins do disposto no inciso V do artigo 27 da Lei Federal 8.666/93, acrescido pela Lei 9.854, de  
27 de outubro de 1999, que não emprega menor de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno,  
perigoso ou insalubre e não emprega menor de 16 (dezesseis) anos.

Ressalva: emprega menor, a partir de 14 (quatorze) anos, na condição  
de aprendiz (\_\_\_\_). Observação: em caso afirmativo, assinalar a ressalva acima.

Por ser verdade assina a presente.

Local e Data: \_\_\_\_\_

Razão Social da Empresa  
Nome do responsável/procurador  
Cargo do responsável/procurador  
Documento de identidade

**PREGÃO PRESENCIAL 04/2015**

**ANEXO VI – MODELO DE DECLARAÇÃO DE MICRO E PEQUENA EMPRESA**

**DECLARAÇÃO**

À  
Prefeitura do Município de Santa Gertrudes  
Rua 01A, 332, Centro  
**Santa Gertrudes - SP**

A empresa \_\_\_\_\_,  
estabelecida na \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_,  
\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_, Telefone (\_\_\_\_\_) \_\_\_\_\_,  
inscrita com CNPJ \_\_\_\_\_, neste ato representada pelo seu  
(representante/sócio/procurador) \_\_\_\_\_, portador do RG  
\_\_\_\_\_ e do CPF \_\_\_\_\_, no uso de suas atribuições  
legais, vem

Declarar, para fins de participação no processo licitatório em pauta,  
sob as penas da Lei, que é Microempresa (ME) ou Empresa de Pequeno Porte (EPP), nos termos  
da Lei Complementar nº 123/06, estando apta, portanto, a exercer o direito de preferência a que  
faz jus no procedimento licitatório em epígrafe, realizado pela Prefeitura Municipal De Santa  
Gertrudes /SP.

Por ser verdade assina a presente.

Local e Data: \_\_\_\_\_

Razão Social da Empresa  
Nome do responsável/procurador  
Cargo do responsável/procurador  
Documento de identidade

ESTE DOCUMENTO DEVE SER APRESENTADO A PREGOEIRA NA FASE DE  
CREDENCIAMENTO FORA DOS ENVELOPES Nº 01(PROPOSTA) E 02  
(DOCUMENTAÇÃO)

**PREGÃO PRESENCIAL 04/2015**

**ANEXO VII – MINUTA DA ATA DE REGISTRO DE PREÇOS**

Aos \_\_\_\_\_ dias do mês de \_\_\_\_\_ do ano de dois mil e quinze, no Paço Municipal, à Rua 01A, 332, Centro, Santa Gertrudes/SP, a **Prefeitura do Município de Santa Gertrudes**, inscrita com CNPJ 45.732.377/0001-73, com sede à Rua 01A, 332, Centro, Santa Gertrudes/SP, representada neste ato pelo Prefeito Municipal, **Rogério Pascon**, brasileiro, casado, empresário, residente e domiciliado à Avenida 02, nº 572, Jd. Iporanga, Santa Gertrudes/SP, CEP.: 13.510-000, portador do CPF 082.535.568-02 e do RG 18.898.286-3/SSP/SP e a empresa \_\_\_\_\_, inscrita com CNPJ \_\_\_\_\_, com sede à Rua/Avenida \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_, Bairro \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_, CEP: \_\_\_\_\_, Telefone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_, Dados Bancários: \_\_\_\_\_, E-mail: \_\_\_\_\_,

\_\_\_\_\_, por seu representante legal, \_\_\_\_\_, nacionalidade, estado civil, portador do CPF \_\_\_\_\_ e do RG \_\_\_\_\_, acordam proceder ao **Registro de Preços, pelo tipo menor preço global por lote, visando a prestação de serviços de exames para apoio e diagnóstico, conforme as necessidades da secretaria de saúde, de forma parcelada e a pedido.**

Lote 01. Exames de Oftalmologia:

| Item | Descrição                                       | Quant. | R\$ Unit. | R\$ Total |
|------|---|--------|-----------|-----------|
| 01   | CONSULTA OFTALMO                                | 200    |           |           |
| 02   | CONSULTA RETINÓLOGO                             | 30     |           |           |
| 03   | CONSULTA GLAUCOMOLOGO                           | 30     |           |           |
| 04   | TOPOGRAFIA CORNEANA COMPUTADORIZADA (BINOCULAR) | 50     |           |           |
| 05   | TESTE DE LENTE (BINOCULAR)                      | 20     |           |           |
| 06   | FUNDOSCOPIA (BINOCULAR)                         | 50     |           |           |
| 07   | RETINOGRAFIA (BINOCULAR)                        | 50     |           |           |
| 08   | OCT (Tomografia de coerência óptica)            | 20     |           |           |
| 09   | FOTOCOAGULAÇÃO                                  | 15     |           |           |
| 10   | PANTOFOTOCOAGULAÇÃO                             | 20     |           |           |
| 11   | MAPEAMENTO DE RETINA                            | 15     |           |           |
| 12   | BIOMETRIA                                       | 70     |           |           |
| 13   | MICROSCOPIA                                     | 70     |           |           |
| 14   | ULTRASSONOGRAFIA OCULAR                         | 20     |           |           |
| 15   | ANGIOFLUOREDCENOGRRAFIA                         | 20     |           |           |
|      | <b>Valor Global em R\$</b>                      |        |           |           |

Lote 02. Procedimentos Cirúrgicos - Oftalmologia:

| Item | Descrição                              | Quant. | R\$ Unit. | R\$ Total |
|------|--|--------|-----------|-----------|
| 01   | INJEÇÃO INTRA-OCULAR                   | 15     |           |           |
| 02   | CALAZIO (MONOCULAR)                    | 35     |           |           |
| 03   | PTERIGIO (MONOCULAR)                   | 50     |           |           |
| 04   | TRIQUEIASE (MONOCULAR)                 | 35     |           |           |
| 05   | YAG LASER (MONOCULAR)                  | 50     |           |           |
| 06   | RETIRADA DE CORPO ESTRANHO (MONOCULAR) | 35     |           |           |
| 07   | OCULOPLASTIA (ECTRÓPIO OU              | 20     |           |           |

|    |  |    |  |  |
|----|--|----|--|--|
|    | ENTRÓPIO OU TUMOR PALPEBRAL SEM ENXERTO MONOCULAR) |    |  |  |
| 08 | BLEFAROPLASTIA (SUPERIOR OU INFERIOR BINOCULAR)    | 35 |  |  |
| 09 | GLAUCOMA (TRABECULECTOMIA MONOCULAR)               | 35 |  |  |
| 10 | CATARATA (MONOCULAR COM LENTE BÁSICA DOBRÁVEL)     | 70 |  |  |
| 11 | VITRECTOMIA  | 03 |  |  |
|    | <b>Valor Global em R\$</b>                         |    |  |  |

Lote 03. Exames de Tomografia:

| Item | Descrição                     | Quant. | R\$ Unit. | R\$ Total |
|------|-------------------------------|--------|-----------|-----------|
| 01   | TOMO OUVIDO+MASTOIDES         | 10     |           |           |
| 02   | TOMO AB. E PELVE              | 10     |           |           |
| 03   | TOMO AB.+VIA BILIARES         | 10     |           |           |
| 04   | TOMO AB.INFERIOR              | 75     |           |           |
| 05   | TOMO AB.TOTAL                 | 75     |           |           |
| 06   | TOMO CERVICAL                 | 25     |           |           |
| 07   | TOMO CERVICAL+PELVE+TORAX+AB. | 25     |           |           |
| 08   | TOMO COLUNA LOMBAR            | 25     |           |           |
| 09   | TOMO CRANIO C/ CONTRASTE      | 75     |           |           |
| 10   | TOMO DE OUVIDO                | 10     |           |           |
| 11   | TOMO FIGADO+AB.               | 10     |           |           |
| 12   | TOMO HIPOFISE                 | 10     |           |           |
| 13   | TOMO PERNA                    | 10     |           |           |
| 14   | TOMO SEIOS DA FACE            | 20     |           |           |
| 15   | TOMO TORAX                    | 50     |           |           |
| 16   | TOMO VIAS URINARIAS           | 50     |           |           |
|      | <b>Valor Global em R\$</b>    |        |           |           |

Lote 04. Exames de Radiologia:

| Item | Descrição                   | Quant. | R\$ Unit. | R\$ Total |
|------|-----------------------------|--------|-----------|-----------|
| 01   | COLANGIOGRAFIA              | 20     |           |           |
| 02   | DENSIOMETRIA OSSEA          | 100    |           |           |
| 03   | URETROCISTOGRAFIA           | 50     |           |           |
| 04   | URETROCISTOGRAFIA MICCIONAL | 50     |           |           |
| 05   | UROGRAFIA EXCRETORA         | 100    |           |           |
| 06   | RX CONTRASTADO              | 30     |           |           |
| 07   | ENEMA OPACO                 | 50     |           |           |
| 08   | ESCANOGRAMA                 | 10     |           |           |
| 09   | MAMOGRAFIA                  | 40     |           |           |
| 10   | RESSONÂNCIA                 | 100    |           |           |
| 11   | RX ESOFAGO                  | 10     |           |           |
| 12   | DACRIOCISTOGRAFIA           | 15     |           |           |
|      | <b>Valor Global em R\$</b>  |        |           |           |

Lote 05. Exames de Biópsia:

| Item | Descrição           | Quant. | R\$ Unit. | R\$ Total |
|------|---------------------|--------|-----------|-----------|
| 01   | BIÓPSIA DA PRÓSTATA | 5      |           |           |
| 02   | BIÓPSIA HEPÁTICA    | 5      |           |           |
| 03   | BIÓPSIA DA MAMA     | 6      |           |           |

|  |                            |  |  |  |
|--|----------------------------|--|--|--|
|  | <b>Valor Global em R\$</b> |  |  |  |
|--|----------------------------|--|--|--|

Lote 06. Punção:

| Item | Descrição                  | Quant. | R\$ Unit. | R\$ Total |
|------|----------------------------|--------|-----------|-----------|
| 01   | PAAF DE MAMA               | 60     |           |           |
| 02   | PAF DE TIREÓIDE            | 60     |           |           |
| 03   | PUNÇÃO PERCUTANEA          | 60     |           |           |
|      | <b>Valor Global em R\$</b> |        |           |           |

Lote 07. Exames de Endoscopia:

| Item | Descrição                    | Quant. | R\$ Unit. | R\$ Total |
|------|------------------------------|--------|-----------|-----------|
| 01   | ENDOSCOPIA                   | 250    |           |           |
| 02   | COLONOSCOPIA                 | 150    |           |           |
| 03   | BIOPSIA GASTRO               | 25     |           |           |
| 04   | BIOPSIA INTESTINOS           | 25     |           |           |
| 05   | POLIPO                       | 25     |           |           |
| 06   | RETOSSIGMOIDOSCOPIA FLEXIVEL | 50     |           |           |
|      | <b>Valor Global</b>          |        |           |           |

Fica declarado que os preços registrados na presente Ata são válidos pelo prazo de 12 (doze) meses corridos e consecutivos, contado da data de sua assinatura, ficando automaticamente prorrogado o prazo de validade da proposta apresentada na licitação em epígrafe.

Nada mais havendo a ser declarado, foi encerrada a presente Ata que, após lida e aprovada, será assinada pelas partes.

| NOMES                      | COMPOSIÇÃO         | ASSINATURAS |
|----------------------------|--------------------|-------------|
| Rafael Stabellini Colabone | Equipe de Apoio    |             |
| Shirlei Vieira Lançoni     | Equipe de Apoio    |             |
| Rosana Cristina Filier     | Pregoeira          |             |
| Rogério Pascon             | Prefeito Municipal |             |
|                            |                    |             |

**PREGÃO PRESENCIAL 04/2015**

**ANEXO VIII - TERMO DE CIÊNCIA E DE NOTIFICAÇÃO**

CONTRATO Nº (de Origem)

OBJETO: Registro de Preços, pelo tipo menor preço global por lote, visando a prestação de serviços de exames para apoio e diagnóstico, conforme as necessidades da secretaria de saúde, de forma parcelada e a pedido.

CONTRATADA:

CONTRATANTE: PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SANTA GERTRUDES

Na qualidade de Contratante e Contratada, respectivamente, do Termo acima identificado, e, cientes do seu encaminhamento ao **TRIBUNAL DE CONTAS DO ESTADO DE SÃO PAULO**, para fins de instrução e julgamento, damo-nos por CIENTES e NOTIFICADOS para acompanhar todos os atos da tramitação processual, até julgamento final e sua publicação e, se for o caso e de nosso interesse, para, nos prazos e nas formas legais e regimentais, exercer o direito da defesa, interpor recursos e o mais que couber.

Outrossim, declaramos estar cientes, doravante, de que todos os despachos e decisões que vierem a ser tomados, relativamente ao aludido processo, serão publicados no Diário Oficial do Estado, parte do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, de conformidade com o artigo 90 da Lei Complementar 709, de 14 de fevereiro de 1993, iniciando-se, a partir de então, a contagem dos prazos processuais.

Santa Gertrudes/SP, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

Contratada: \_\_\_\_\_

Contratante: Prefeitura do Município de Santa Gertrudes/SP