

EDITAL DE CHAMAMENTO PÚBLICO 02/2014

ANEXO B – MODELO DE LISTAGEM DE PROCEDIMENTOS

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

A empresa _____, estabelecida na _____, Bairro _____, CEP: _____, Telefone (_____) _____, E-mail: _____, inscrita com CNPJ _____, neste ato representada pelo seu (representante/sócio/procurador) _____, portador do RG _____ e do CPF _____, no uso de suas atribuições legais, vem apresentar os procedimentos que se propõe a realizar de acordo com a listagem contida no item 7.1 do edital em epígrafe.

Código	Descrição	Valor do Credenciamento R\$
04.04.01.001-6	ADENOIDECTOMIA	1.044,54
04.08.06.001-8	ALONGAMENTO / ENCURTAMENTO MIOTENDINOSO	761,79
04.04.01.002-4	AMIGDALECTOMIA	919,71
04.04.01.003-2	AMIGDALECTOMIA C/ ADENOIDECTOMIA	1.011,66
04.08.03.027-5	ARTRODESE TORACO-LOMBO-SACRA POSTERIOR (TRES NIVEIS - INCLUI INSTRUMENTACAO)	8.345,10
04.08.06.005-0	ARTRODESE DE PEQUENAS ARTICULACOES	641,37
04.08.04.005-0	ARTROPLASTIA DE QUADRIL PARCIAL	4.711,98
04.08.05.005-5	ARTROPLASTIA TOTAL DE JOELHO - REVISAO / RECONSTRUCAO	4.624,02
04.08.04.007-6	ARTROPLASTIA TOTAL DE QUADRIL (REVISAO / RECONSTRUCAO)	5.036,61
04.08.05.006-3	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO JOELHO	3.464,52
04.08.04.008-4	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO QUADRIL CIMENTADA	4.905,81
04.08.04.009-2	ARTROPLASTIA TOTAL PRIMARIA DO QUADRIL NAO CIMENTADA / HIBRIDA	3.644,16
04.08.06.021-2	RESSECCAO DE CISTO SINOVIAL	274,47
04.07.03.002-6	COLECISTECTOMIA	2.087,31
04.09.07.005-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR	1.417,29
04.09.06.002-0	COLPOPERINEOPLASTIA ANTERIOR E POSTERIOR C/ AMPUTACAO DE COLO	1.347,60

04.05.02.001-5	CORRECAO CIRURGICA DE ESTRABISMO (ACIMA DE 2 MUSCULOS)	2.084,64
04.05.02.002-3	CORRECAO CIRURGICA DO ESTRABISMO (ATE 2 MUSCULOS)	1.456,11
04.09.06.004-6	CURETAGEM SEMIOTICA C/ OU S/ DILATACAO DO COLO DO UTERO	502,26
04.08.02.032-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEDO EM GATILHO	723,45
04.08.06.057-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE DEDO EM MARTELO / EM GARRA (MAO E PE)	805,23
04.08.03.038-0	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (1 NIVEL C/ MICROSCOPIO)	5.160,81
04.04.01.010-5	ESTAPEDECTOMIA	2.028,78
04.04.02.008-9	EXCISAO DE RANULA OU FENOMENO DE RETENCAO SALIVAR	468,51
04.08.05.091-8	TRATAMENTO CIRURGICO DO HALUX VALGUS S/ OSTEOTOMIA DO PRIMEIRO OSSO METATARSIANO	1.009,80
04.07.02.028-4	HEMORROIDECTOMIA	947,82
04.08.03.040-2	DISCECTOMIA CERVICAL / LOMBAR / LOMBO-SACRA POR VIA POSTERIOR (DOIS NIVEIS)	3.016,44
04.07.04.009-9	HERNIOPLASTIA INGUINAL (BILATERAL)	1.278,06
04.07.04.010-2	HERNIOPLASTIA INGUINAL / CRURAL (UNILATERAL)	1.336,53
04.07.04.012-9	HERNIOPLASTIA UMBILICAL	1.304,97
04.07.04.008-0	HERNIOPLASTIA INCISIONAL	1.619,76
04.09.06.013-5	HISTERECTOMIA TOTAL	1.902,09
04.07.04.016-1	LAPAROTOMIA EXPLORADORA	1.911,57
04.04.01.017-2	LARINGECTOMIA PARCIAL	3.219,06
04.04.01.018-0	LARINGECTOMIA TOTAL	2.940,93
04.04.01.019-9	LARINGECTOMIA TOTAL C/ ESVAZIAMENTO CERVICAL	2.940,93
04.08.02.054-7	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO OU FRATURA-LUXACAO DO COTOVELO	934,26
04.08.01.018-5	TRATAMENTO CIRURGICO DE LUXACAO / FRATURA-LUXACAO ACROMIO-CLAVICULAR	1.132,77
04.04.01.023-7	MICROCIRURGIA OTOLOGICA	1.130,25
04.09.06.019-4	MIOMECTOMIA	1.586,82
04.03.02.005-0	MICRONEUROLISE DE NERVO PERIFERICO	2.355,12
04.09.06.021-6	OOFORECTOMIA / OOFOROPLASTIA	1.529,58
04.08.05.076-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE PE TORTO CONGENITO	852,18
04.09.05.008-3	POSTECTOMIA	657,36

04.08.02.058-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE PSEUDARTROSE AO NIVEL DO COTOVELO	1.332,24
04.08.05.017-9	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO POSTERIOR C/ OU S/ ANTERIOR)	4.806,54
04.08.05.016-0	RECONSTRUCAO LIGAMENTAR INTRA-ARTICULAR DO JOELHO (CRUZADO ANTERIOR)	4.806,54
04.08.06.037-9	RETIRADA DE PLACA E/OU PARAFUSOS	675,78
04.04.01.048-2	SEPTOPLASTIA PARA CORRECAO DE DESVIO	742,38
04.04.01.052-0	SEPTOPLASTIA REPARADORA NAO ESTETICA	641,25
04.08.01.014-2	REPARO DE ROTURA DO MANGUITO ROTADOR (INCLUI PROCEDIMENTOS DESCOMPRESSIVOS)	887,25
04.03.02.012-3	TRATAMENTO CIRURGICO DE SINDROME COMPRESSIVA EM TUNEL OSTEO-FIBROSO AO NIVEL DO CARPO	1.042,86
04.04.01.032-6	SINUSOTOMIA BILATERAL	1.047,72
04.04.01.033-4	SINUSOTOMIA ESFENOIDAL	1.136,94
04.08.06.044-1	TENOLISE	688,20
04.04.01.035-0	TIMPANOPLASTIA (UNI / BILATERAL)	1.854,45
04.09.07.027-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE INCONTINENCIA URINARIA POR VIA VAGINAL	1.118,67
04.08.05.089-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	996,78
04.06.02.056-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (BILATERAL)	1.746,12
04.06.02.057-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE VARIZES (UNILATERAL)	1.450,11
04.01.02.014-2	TRATAMENTO CIRURGICO DE HIPERCERATOSE PLANTAR (C/ CORRECAO PLASTICA)	906,24
04.09.01.043-0	TRATAMENTO CIRURGICO DE CISTOCELE	1.117,62
04.09.04.021-5	TRATAMENTO CIRURGICO DE HIDROCELE	770,91
04.08.05.088-8	TRATAMENTO CIRURGICO DE ROTURA DE MENISCO COM SUTURA MENISCAL UNI / BICOMPATIMENTAL	1.736,67
04.08.05.089-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE ROTURA DO MENISCO COM MENISCECTOMIA PARCIAL / TOTAL	996,78
04.04.01.041-5	TURBINECTOMIA	946,95
03.01.01.007-2	CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA	30,00
03.01.01.007-2	CONSULTA PARA AVALIAÇÃO DE ANESTESIOLOGIA	30,00

Preço Global: R\$ _____

Preço Global por extenso: _____

Dados Cadastrais da Proponente:

Razão Social: _____

Endereço: _____

Município/UF: _____ Bairro: _____

Telefone: (_____) _____ Telefax: (_____) _____

CNPJ (MF): _____

Inscrição Estadual: _____

Correio eletrônico de mensagens: _____

Dados Bancários: Banco: _____; Agência: _____;

Conta Corrente: _____;

Condições de pagamento após cada medição: Os pagamentos serão realizados 10 (dez) dias após o decêndio de recebimento da nota fiscal, **devidamente atestada pela unidade requisitante e processada pela contabilidade, com a respectiva medição**, ou seja, as notas atestadas pela unidade nos dias 01 à 10 serão pagas no dia 20 do mesmo mês, as atestadas entre os dias 11 e 20 serão pagas no dia 30 do mesmo mês e as atestadas nos dias 21 à 31 serão pagas no dia 10 do mês subsequente;

Prazo de validade desta proposta: _____ (_____) dias corridos a contar do dia de abertura das propostas;

Prazo máximo para início dos serviços: 15 dias após assinatura do contrato;

Prazo máximo para agendamento das cirurgias: 30 dias após a solicitação da Secretaria Municipal de Saúde;

Declaro que nos preços propostos estão inclusas todas as parcelas relativas aos custos de fornecimento de materiais, mão de obra, implantação e manutenção de escritório/almojarifado, manutenção e operação de equipamentos e veículos, encargos sociais e trabalhistas, contribuições fiscais, acréscimos decorrentes de trabalhos noturnos, domingos e feriados e quaisquer outras despesas diretas ou indiretas, constituindo-se, portanto, na única remuneração a ser paga pela Prefeitura pela execução das obras e serviços objeto da presente licitação;

Declaro que utilizaremos os equipamentos e as equipes técnica e administrativa que forem necessárias para a perfeita execução dos serviços, comprometendo-nos desde já a substituir ou aumentar a quantidade de equipamentos e de pessoal, desde que assim o exija a fiscalização da Prefeitura, para o cumprimento das obrigações assumidas.

Local e Data: _____

Carimbo e Assinatura: _____