

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 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	ULTRASSONOGRAFIA OCULAR	20	137,50	2750,00
13	ANGIOFLUORESCENOLOGRAFIA	20	357,50	7150,00
Valor Global em R\$				78175,00

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 (MONOCULAR)	35	67,50	2362,50
07	OCULOPLASTIA (ECTRÓPIO OU ENTRÓPIO OU TUMOR PALPEBRAL SEM ENXERTO MONOCULAR)	20	775,00	15500,00
08	BLEFAROPLASTIA (SUPERIOR OU INFERIOR BINOCULAR)	35	1400,00	49000,00
09	GLAUCOMA (TRABECULECTOMIA MONOCULAR)	35	3000,00	105000,00
10	CATARATA (MONOCULAR COM LENTE BÁSICA DOBRÁVEL) + BIOMETRIA + MICROSCOPIA	70	1672,50	117.075,00
11	VITRECTOMIA	03	11000,00	33000,00
Valor Global em R\$				410.587,50

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
Valor Global em R\$				351766,98

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
Valor Global em R\$				207218,75

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
Valor Global em R\$				8946,67

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
Valor Global em R\$				66600,00

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
	Valor Global			209750,00

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 Getrudes / SP

PREGAO PRESENCIAL 04/2015

ANEXO II – FORMULÁRIO DE PROPOSTA FINANCEIRA

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	ULTRASSONOGRAFIA OCULAR	20		
13	ANGIOFLUOREDCENOGRRAFIA	20		
	Valor Global em R\$			

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 ENTRÓPIO OU TUMOR PALPEBRAL SEM ENXERTO MONOCULAR)	20		
08	BLEFAROPLASTIA (SUPERIOR OU INFERIOR BINOCULAR)	35		
09	GLAUCOMA (TRABECULECTOMIA MONOCULAR)	35		
10	CATARATA (MONOCULAR COM LENTE BÁSICA DOBRÁVEL) + BIOMETRIA + MICROSCOPIA	70		
11	VITRECTOMIA	03		
	Valor Global em R\$			

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		
	Valor Global em R\$			

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	DACRIOCICTOGRAFIA	15		
	Valor Global em R\$			

Lote 05. Exames de Biópsia:

Item	Descrição	Quant.	R\$ Unit.	R\$ Total
01	BIÓPSIA DA PRÓSTATA	5		
02	BIOPSIA HEPÁTICA	5		
03	BIÓPSIA DA MAMA	6		
	Valor Global em R\$			

Lote 06. Punção:

Item	Descrição	Quant.	R\$ Unit.	R\$ Total
01	PAAF DE MAMA	60		
02	PAF DE TIREÓIDE	60		
03	PUNÇÃO PERCUTANEA	60		
	Valor Global em R\$			

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		
	Valor Global			

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 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.**

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	ULTRASSONOGRAFIA OCULAR	20		
13	ANGIOFLUOREDCENOGRRAFIA	20		
	Valor Global em R\$			

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	TRIQUELASE (MONOCULAR)	35		
05	YAG LASER (MONOCULAR)	50		
06	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO (MONOCULAR)	35		
07	OCULOPLASTIA (ECTRÓPIO OU ENTRÓPIO OU TUMOR PALPEBRAL SEM ENXERTO MONOCULAR)	20		

08	BLEFAROPLASTIA (SUPERIOR OU INFERIOR BINOCULAR)	35		
09	GLAUCOMA (TRABECULECTOMIA MONOCULAR)	35		
10	CATARATA (MONOCULAR COM LENTE BÁSICA DOBRÁVEL) + BIOMETRIA + MICROSCOPIA	70		
11	VITRECTOMIA	03		
	Valor Global em R\$			

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		
	Valor Global em R\$			

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		
	Valor Global em R\$			

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		
	Valor Global em R\$			

Lote 06. Punção:

Item	Descrição	Quant.	R\$ Unit.	R\$ Total
01	PAAF DE MAMA	60		
02	PAF DE TIREÓIDE	60		
03	PUNÇÃO PERCUTANEA	60		
	Valor Global em R\$			

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		
	Valor Global			

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