


FUNDAÇÃO SERVIÇOS SAÚDE DE NOVA ANDRADINA
CNPJ: 12.600.146/0001-57
Telefone: (67) 3441-5050
Avenida Eulenir de Oliveira Lima, 71
CEP: 79750-000 - Nova Andradina MS
PREGÃO ELETRÔNICO
Nr.: 11/2025 - PE
Processo Administrativo: 27/2025
Data do Processo: 24/03/2025
Fornecedor:
Endereço:
Cidade:
UF:
CEP:
CNPJ:
Telefone:

ANEXO III MODELO PROPOSTA DE PREÇO

Nº	Quantidade	Unid.	Especificação	Marca	Preço Unitário	Preço Total
1	12,000	Mês	Procedimento de anestesiologia (geral, local, condutiva, regional, vigilância clínica, avaliações ambulatoriais e beira leito e sala de recuperação pós anestésica) de todos procedimentos cirúrgicos em caráter de urgência, emergência, Cirurgias Eletivas e procedimentos ambulatoriais realizados na instituição Hospital Regional de Nova Andradina, conforme carga horaria descrita abaixo: 365 dias/ano e 366 dias/ano bissexto DE SEGUNDA A DOMINGO independente de feriado, férias, atestado e faltas. Incluído 60 procedimentos anestésicos de Cirurgia Eletivas Mensais. Plantão sobreaviso de 24hrs (vinte e quatro horas). Os plantões sobreaviso serão desempenhados por no mínimo 02 profissionais, sendo que a quantidade mínima de plantões para cada um dos médicos deverá ser de 03 plantões de sobreaviso. Atendimento ambulatorial para consultas pré-anestésica de todos pacientes da instituição de acordo com solicitação médica, com agendamento prévio em dias úteis de segunda a sexta nos horários de funcionamento do ambulatório existente na instituição das 07:00 às 11:00 hs e das 12:00 às 17:00hs. Em caso de solicitação de paciente internado será realizado beira leito. Independente dos números de consultas, com produtividade estimada de 70 consultas mensais. Agendamento de no mínimo 3/dia. Atendimento ambulatorial serão desempenhados por no mínimo 02 profissionais.			
2	120,000	UN	Produtividade de Cirurgia Eletivas será paga após o cumprimento dos 60 procedimentos anestésicos de Cirurgias Eletivas.			
			OBS: Cirurgias eletivas são aquelas que passam pelo processo de pré-anestésico e autorização previa de AIH pelo médico auditor.			

(Valores expressos em Reais R\$)	Total Geral:	
----------------------------------	--------------	--

_____, ____ de _____ de 20____

.....
Responsável