

ANEXO II**REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO
(DEVERÁ SER ENTREGUE JUNTO COM O ANEXO III E DOCUMENTAÇÃO)****PREFEITURA MUNICIPAL DE MILHÃ-CE****ASSUNTO: CONTRATAÇÃO DE PROFISSIONAL NA ÁREA DA SAÚDE, CREDENCIAMENTO
003-2020-FMS**

Prezados Senhores,

Pelo presente, atendendo ao Edital de Credenciamento nº.003-2020-FMS ofereço aos usuários do Município de MILHÃ-CE, prestação de serviços de Profissionais de Saúde, conforme abaixo descritos.

ITEM	CÓDIGO PROCEDIMENTO	DESCRIÇÃO	UND	QTDE	VR. UNIT. ESTIMADO TABELA SUS	VR. TOTAL
1.0		LOTE ÚNICO				
1.1	021106001-1	BIOMETRIA ULTRASSONICA (MONOCULAR)	SERV.	30	24,24	727,20
1.2	021106005-4	CERATOMETRIA	SERV.	30	3,37	101,10
1.3	021106015-1	POTENCIAL DE ACUIDADE VISUAL	SERV.	160	3,37	539,20
1.4	021106025-9	TONOMETRIA - MAC/MED	SERV.	160	3,37	539,20
1.5	040501006-0	EPILAÇÃO DE CILIOS	SERV.	36	22,93	825,48
1.6	040501017-6	SUTURA DE PALPEBRAS	SERV.	6	143,99	863,94
1.7	040505008-9	EXERESE DE TUMOR DE CONJUTIVA	SERV.	14	82,28	1.151,92
1.8	040505025-9	RETIRADA DE CORPO ESTRANHO DA CORNEA	SERV.	38	25,00	950,00
1.9	040505036-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE PTERIGIO	SERV.	10	209,55	2.095,50
1.10	040505037-2	FACOEMULIFICAÇÃO C/IMPLANTE DE LENTE INTRA-OCULAR DOBRAVEL	SERV.	1	771,60	771,60
1.11	021106010-0	FUNDOSCOPIA	SERV.	100	3,37	337,00
1.12	030101007-2	CONSULTAS ESPECIALIZADAS EM OFTALMOLOGIA	SERV.	100	10,00	1.000,00
						9.902,14

Declaração: Para tanto, declaramos, sob as penas da Lei que:

- Conhecemos os termos do Edital e de seus Anexos com os quais concordamos;
- Não nos enquadrados nas situações de impedimento previstas no edital de credenciamento.
- Estamos cientes que o presente Edital de Credenciamento não significa obrigatoriedade da Secretaria Municipal de Saúde/Assistência Social solicitar a prestação de serviço, não caracterizando qualquer expectativa de demanda;
- A prestação do serviço será realizada em conformidade com as informações constantes do Edital;

Em anexo, seguem os documentos exigidos para o credenciamento.


Nome: CENTRO CEARENSE DE OFTALMOLOGIA EPP - LTDA

ENDEREÇO: Rua. João Facundes Bonfim, Nº 185 Centro Independencia - CE

CPF: 03000465/0001-30 RG: _____

Banco CAIXA ECONOMICA Agencia: 0747 Conta Corrente: 1445-8

Fone: (88) 3691-5990/9.9986-6900

e-mail: clinicacinco@gmail.comdata: 07/10/2020


 Wilson Claudio Gomes Bonfim
 155.246.123-87