**ANEXO X**

**MODELO DE PROPOSTA**

**QUANTITATIVO DE PROCEDIMENTOS OFERTADOS MENSAL E ESPECIFICAÇÕES NOS TERMOS DO ANEXO I**

**(DEVE ESTAR EM PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA OU ENTIDADE)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **EMPRESA:** |  |  |  |  |  |
| **CNPJ:****CNES:** |  |  |  |  |  |
| **CHAMAMENTO PUBLICO 01/2023** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **CODIGO SIGTAP** | **SUBGRUPO** | **ITEM OFERTADO** | **QUANT. MENSAL** | **VALOR UNIT.** | **VALOR TOTAL** |
| 02.02.01.078-3 | DIAGNÓSTICO EM LABORATÓRIO CLÍNICO | ACIDEZ TITULÁVEL NO LEITE HUMANO (DORNIC) | 200 |  R$ 3,81  |  R$ 762,00  |
| 02.04.06.009-5 | DIAGNÓSTICO POR RADIOLOGIA | RADIOGRAFIA DE BACIA | 100 |  R$ 35,44  |  R$ 3.544,10  |
| 02.05.02.018-6 | DIAGNOSTICO POR ULTRASONOGRAFIA | ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL | 100 |  R$ 91,55  |  R$ 9.154,64  |
| 02.09.04.002-5 | DIAGNÓSTICO POR ENDOSCOPIA | LAPAROSCOPIA | 50 |  R$ 50,00  |  R$ 2.500,00 |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**(Data da Assinatura)**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Assinatura Eletrônica do Representante Legal**