

Secretaria
Municipal de Saúde



ANEXO II (PESSOA FISICA)

EDITAL CREDENCIAMENTO PÚBLICO Nº 0012026

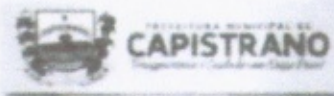


Ao Município de Capistrano,

Comissão de Contratação

O interessado Antônio Marcos Rêgo nascido aos: 20/11/1966, portador do RG nº 4956418-86 e do CPF nº 318724333-41 inscrito no Conselho de Odontologia sob o nº 165, residente e domiciliado à Maria Brígida nº 29 UF: CE requer sua inscrição no CREDENCIAMENTO 0124 divulgado pelo Município de Capistrano, objetivando a _____, conforme quantitativo e serviços abaixo propostos:

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	UNID.	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
1	PRÓTESE ORONÁRIAS/INTRARRADICULARES FIXAS/ADESIVAS (POR ELEMENTO) - CÓDIGO 07.01.07.014-5 - CONFECCAO LABORATORIAL DE COROAS, RESTAURACOES PARCIAIS INDIRETAS (ONLAYS E INLAYS), INCRUSTACOES (RMF), PROTESES CONVENCIONAIS OU ADESIVAS METALICAS, METALOPLASTICAS, METALOCERAMICAS, RESINAS REFORCADAS, PORCELANAS PURAS, COROAS COM ENCAIXE E/OU NUCLEOS INTRA RADICULARES POR ELEMENTO DENTAL.	360	Und	R\$ 225,00	R\$ 81.000,00
2	PRÓTESE PARCIAL MANDIBULAR REMOVÍVEL - CÓDIGO 07.01.07.009-9 - PRÓTESE SUPORTADA PELA MUCOSA QUE REVESTE O OSSO REMANESCENTE, INDICADA PARA OS INDIVÍDUOS QUE PERDERAM TODOS OS ELEMENTOS DENTÁRIOS DA ARCADA SUPERIOR. ESTE TIPO DE REABILITAÇÃO TEM O OBJETIVO DE PERMITIR O DESENVOLVIMENTO SATISFATÓRIO DAS ATIVIDADES FUNCIONAIS RELACIONADAS AO SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO, COMO FONAÇÃO E MASTIGAÇÃO, BEM COMO OFERECER CONFORTO E UMA APARÊNCIA ESTÉTICA ACEITÁVEL.	240	Und	R\$ 225,00	R\$ 54.000,00
3	PRÓTESE PARCIAL MAXILAR REMOVÍVEL - CÓDIGO 07.01.07.010-2 - PRÓTESE QUE REPÕE OU RESTAURA OS DENTES AUSENTES OU PERDIDOS NA ARCADA SUPERIOR. SEU PRINCIPAL OBJETIVO É A REABILITAÇÃO BUCAL, EM TODAS AS SUAS FUNÇÕES: ESTÉTICA, FONÉTICA E MASTIGAÇÃO, DE MODO A PRESERVAR AS ESTRUTURAS ORAIS AINDA EXISTENTES. PARA QUE HAJA ESSA CONSERVAÇÃO, É FUNDAMENTAL QUE AS FORÇAS MASTIGATÓRIAS SEJAM BEM DISTRIBUÍDAS SOBRE O REBORDO	180	Und	R\$ 225,00	R\$ 40.500,00



Secretaria
Municipal de Saúde



ITEM	ESPECIFICAÇÃO	QUANT.	UNID	VALOR UNIT.	VALOR TOTAL
	RESIDUAL E OS DENTES REMANESCENTES				
4	PRÓTESES TOTAL MANDIBULAR - CÓDIGO 07.01.07.129-9 - PRÓTESE SUPOSTADA PELA MUCOSA QUE REVESTE O OSSO REMANESCENTE, INDICADA PARA OS INDIVÍDUOS QUE PERDERAM TODOS OS ELEMENTOS DENTÁRIOS DA ARCADA INFERIOR. ESTE TIPO DE REABILITAÇÃO TEM O OBJETIVO DE PERMITIR O DESENVOLVIMENTO SATISFATÓRIO DAS ATIVIDADES FUNCIONAIS RELACIONADAS AO SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO, COMO FONAÇÃO E MASTIGAÇÃO, BEM COMO OFERECER CONFORTO E UMA APARÊNCIA ESTÉTICA ACEITÁVEL.	240	Und	R\$ 225,00	R\$ 54.000,00
5	PRÓTESES TOTAL MAXILAR - CÓDIGO 07.01.07.013-7 - PRÓTESE SUPOSTADA PELA MUCOSA QUE REVESTE O OSSO REMANESCENTE, INDICADA PARA OS INDIVÍDUOS QUE PERDERAM TODOS OS ELEMENTOS DENTÁRIOS DA ARCADA SUPERIOR. ESTE TIPO DE REABILITAÇÃO TEM O OBJETIVO DE PERMITIR O DESENVOLVIMENTO SATISFATÓRIO DAS ATIVIDADES FUNCIONAIS RELACIONADAS AO SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO, COMO FONAÇÃO E MASTIGAÇÃO, BEM COMO OFERECER CONFORTO E UMA APARÊNCIA ESTÉTICA ACEITÁVEL.	240	Und	R\$ 225,00	R\$ 54.000,00



DADOS PESSOAIS COMPLEMENTARES:

FILIAÇÃO:

Pai: Francisco Cândido de Maria
Mãe: Antônia Marques Araujo

TELEFONES:

Comercial: (85) _____ Cel (85) 9-92011521 E-mail hbprotese@hotmail.com

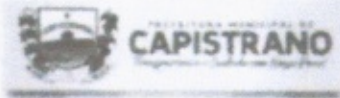
DADOS BANCÁRIOS:

Banco: Nordeste Agência: 88 Conta Corrente: 33126-6

Capistrano (), em 26 de 07 de 2024.

Antônio Marques Cândido
(assinatura do Médico Responsável)





Secretaria
Municipal de Saúde



ANEXO V

FICHA DE SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO (PESSOA FÍSICA)

NOME: Antonio Margus Lândido
CPF: 368724333-91 RG: _____
SOLICITA O CREDENCIAMENTO PARA TODOS OS ITENS.
Endereço: Rua Maria Beigida de Freitas
Bairro: Centro Cidade: Capistrano
CEP: 62.748 E-mail: Lb.protese@hotmail.com
Telefone(s): (85) 9.92061152 Fax: () _____



DADOS BANCÁRIOS:

Banco: Nordeste Agência: 88 Conta Corrente: 331266

Obs.:

Colocar dígito verificador. Não serão aceitas conta conjunta ou poupança. Para pagamento a conta deveser em nome do contratado.

Local e data: _____ de _____ de _____

Capistrano, 26 Julho 2024

Antonio Margus Lândido

Assinatura do representante legal





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CAPISTRANO

Secretaria
Municipal de Saúde



ANEXO VII - PESSOA FÍSICA

DECLARAÇÃO DE ATENDIMENTO AO ART 9º, §1º DA LEI 14.133/2021.

Declaramos para os devidos fins de direito, que a empresa Antônio M. Landido na qualidade de CREDENCIADA da contratação direta instaurada pelo Município de Capistrano na Modalidade Credenciamento nº 001/24 que objetiva a fixação de normas e regras prévias para cadastramento e posterior credenciamento/contratação de pessoas físicas e/ou jurídicas para com data de apresentação de documentos de habilitação e proposta a partir de 24 de 07 de 2024, que não sou servidor público municipal, conforme determina o art. 9º, §1º da lei 14.133/2021.

Por ser a expressão da verdade, firmamos a presente.



Capistrano 26 de Julho de 24

Antônio Marques Landido

Assinatura e CPF

