



Município de Bernardino de Campos

Avenida Coronel Albino Alves Garcia, n° 510, Centro (antigo prédio da estação ferroviária)

Telefone: (14) 3346-8080 Cx Postal 51

CEP 18960-001 Bernardino de Campos Estado de São Paulo

Site: www.bernardinodecampos.sp.gov.br email: gabinete@bernardinodecampos.sp.gov.br

CNPJ: 44.563.591/0001-80

IE: Isento

ANEXO V

MODELO DE PROPOSTA

ORÇAMENTO PARA CONTRATAÇÃO DE ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS JUNTO ÀS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE BERNARDINO DE CAMPOS.

(nome da empresa), CNPJ-MF n.º, sediada (endereço completo), telefone (xx) xxxx-xxxx, email: xxxxxxxx@xxxxxx.com.br, tendo examinado o Edital em referência para elaboração de propostas, vem apresentar a proposta financeira para firmar Contrato de Gestão tem por objeto a Contratação de entidade de direito privado sem fins lucrativos, atuantes na área da saúde, credenciadas junto ao Poder Executivo Municipal, e devidamente qualificadas, com interesse em celebrar contrato de gestão com a Prefeitura do Município de Bernardino de Campos, tendo como objetivo a operacionalização, gerenciamento e execução dos serviços de saúde nas unidades de saúde do município, a partir do Programa de Trabalho, fornecido pelo Município de Bernardino de Campos, conforme condições estabelecidas de Chamamento Público nº 01/2025, no valor global de R\$ (valor por extenso)

Outrossim, declara que a validade desta proposta financeira será pelo prazo mínimo de 60 (sessenta) dias, contados da sua entrega.

PLANILHA DE CUSTO SINTÉTICA – PREENCHIDA PELA ENTIDADE

PROPOSTA		
DESPESA/CUSTEIO	VALOR MENSAL	VALOR ANUAL
1. PESSOAL		
1.1. Salários	0,00	0,00
1.2. Encargos Sociais	0,00	0,00
1.3. Benefícios	0,00	0,00
1.4. Provisões (13º Salário)	0,00	0,00
1.5. Médicos	0,00	0,00
1.6. Outros	0,00	0,00
TOTAL PESSOAL	0,00	0,00
2. SERVIÇOS (GESTÃO)		
2.1. Natureza a especificar...	0,00	0,00
TOTAL DE CONTRATOS	0,00	0,00
3. OUTROS		
3.1. Custos com Educação Continuada	0,00	0,00
3.2. Despesas com uniformes e crachás	0,00	0,00
3.3. Outros	0,00	0,00
TOTAL DE OUTROS		
4. DESPESAS FINANCEIRAS	0,00	0,00
TOTAL DE DESPESAS	0,00	0,00



Município de Bernardino de Campos

Avenida Coronel Albino Alves Garcia, n° 510, Centro (antigo prédio da estação ferroviária)

Telefone: (14) 3346-8080 Cx Postal 51

CEP 18960-001 Bernardino de Campos Estado de São Paulo

Site: www.bernardinodecampos.sp.gov.br email: gabinete@bernardinodecampos.sp.gov.br

CNPJ: 44.563.591/0001-80

IE: Isento

DEMONSTRAÇÃO DE CUSTO ANALÍTICO – PREENCHIDO PELA ENTIDADE

DEPARTAMENTO		FUNÇÃO	LOCAL	QUANTIDADE	CARGA HORÁRIA	PROVISÃO FOLHA MENSAL				TOTAL MENSAL	PROVISÕES					CUSTO UNITÁRIO X QUANTIDADE
USF BARRA FUNDA	SALÁRIO/ HORA					INSALUBR/ PERICULOS.	ENCARGOS	BENEFÍCIOS	1/12 FER		1/3 FER	1/12 13º	ENCARGOS	FGTS MULTA		
RECEPCIONISTA		USF	1	40H/SEMANAIS											0	
SERVIÇOS GERAIS		USF	1	40H/SEMANAIS											0	
MÉDICO CLÍNICO GERAL		USF	1	40H/CONSULTAS											0	
SERVIÇOS GERAIS		USF	1	40H/SEMANAIS											0	
MÉDICO CLÍNICO GERAL		USF	1	40H/SEMANAIS											0	
FISIOTERAPEUTA DOMICILIAR		USF	1	20H/SEMANAIS											0	
MÉDICO NEUROLOGISTA		CEM	1	50 Consultas/ 03 ENMG											0	
MÉDICO CARDIOLOGISTA		CEM	1	80 Consultas/06ECG+lau do/ 20 ECO											0	
MÉDICO REUMATOLOGISTA		CEM	1	20 CONSULTAS											0	
MÉDICO ORTOPEDISTA		CEM	1	80 Consultas											0	
MÉDICO GINECOLOGISTA/ OBSTETRA		CEM	1	280 Consultas /24 USG/ 15 C.C											0	



Pérola do Planalto

Município de Bernardino de Campos

Avenida Coronel Albino Alves Garcia, n° 510, Centro (antigo prédio da estação ferroviária)

Telefone: (14) 3346-8080 Cx Postal 51

CEP 18960-001 Bernardino de Campos Estado de São Paulo

Site: www.bernardinodecampos.sp.gov.br email: gabinete@bernardinodecampos.sp.gov.br

CNPJ: 44.563.591/0001-80

IE: Isento

	MÉDICO PEDIATRA	CEM	1	20 CONSULTAS															
	MÉDICO PSQUIATRA INFANTIL	CEM	1	20 CONSULTAS														0	
	MÉDICO EAP	CEM	1	20 HORAS SEMANAIS															
	COORDENADOR MÉDICO	GESTÃO	1	-----															
	SERVIÇOS GERAIS	CEM	1	40 HORAS SEMANAIS															
	GERENTE ADMINISTRATIVO	GESTÃO	1	-----															
	ASSISTENTE ADMINISTRATIVO	GESTÃO	1	40 HORAS SEMANAIS															
SAÚDE MENTAL	MÉDICO PSQUIATRA	USF	1	150 CONSULTAS														0	
FARMÁCIA MUNICIPAL	FARMACÉUTICO	FM	2	40 HORAS SEMANAIS															
	ATENDENTE DE FARMÁCIA	FM	2	30 HORAS SEMANAIS															

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO – PREENCHIDO PELA ENTIDADE

CRONOGRAMA DE DESEMBOLSO FINANCEIRO				
Categoria Econômica	1º Mês	2º Mês	3º Mês	4º Mês
Despesas/Custeio	R\$	R\$	R\$	R\$
Categoria Econômica	5º Mês	6º Mês	7º Mês	8º Mês
Despesas/Custeio	R\$	R\$	R\$	R\$
Categoria Econômica	9º Mês	10º Mês	11º Mês	12º Mês
Despesas/Custeio	R\$	R\$	R\$	R\$

Prazo de validade da proposta: 60 (sessenta dias)

(local), (data)

(assinatura)

(nome por extenso)

(cargo)