

## PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA

### ANEXO II

#### MODELO DE PROPOSTA

#### AO INSTITUTO ACQUA

A empresa ....., estabelecida na (endereço completo, telefone, fax e endereço eletrônico, se houver), inscrita no CNPJ sob nº ....., neste ato representada por ....., cargo, RG....., CPF....., (endereço), propõe prestar, em estrito cumprimento ao previsto no Termo de Referência e anexos em epígrafe, Processo de Seleção nº024/2021 (HIMABA) para Contratação de empresas especializadas na prestação de **SERVIÇOS MÉDICOS NA ÁREA DE CARDIOLOGIA PEDIÁTRICA** para atender as necessidades do **HOSPITAL INFANTIL E MATERNIDADE ALZIR BERNARDINO ALVES-HIMABA** o valor mensal é de R\$

- a) Na composição dos preços deverá apresentar os valores mensais, conforme solicitado no Anexo I do Termo de Referência:

SERVIÇOS/SETOR	QUANTIDADE DE PROCEDIMENTOS MENSAL	FORMA DE PRESTAÇÃO DO SERVIÇO	REFERÊNCIA MÉDIA HORAS MENSAIS
ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO – PACIENTES EXTERNOS	300 EXAMES	PRESENCIAL	132h
ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO – PACIENTES INTERNOS	CONFORME DEMANDA	PRESENCIAL	120h
SOBREAVISO DE ECOCARDIOGRAMA TRANSTORÁCICO	CONFORME DEMANDA	Das 13h às 19h	180h
	CONFORME DEMANDA	Das 19h às 7h	360h
AMBULATÓRIO DE CARDIOLOGIA	100 NOVAS CONSULTAS	PRESENCIAL	110h
	120 CONSULTAS RETORNOS	PRESENCIAL	
	30 CONSULTAS DE FETAL	PRESENCIAL	
UTIP E UTIN	CONFORME DEMANDA	DIARISTA (PRESENCIAL)	180h
UTIP	CONFORME DEMANDA	PLANTÃO PRESENCIAL (24h)	720h
ENFERMARIA (INTERNAÇÃO)	CONFORME DEMANDA	DIARISTA (PRESENCIAL)	132h

COORDENAÇÃO		SEMANAL	88h
-------------	--	---------	-----

SERVIÇOS	VALORES (R\$)
HORA TRABALHADA PRESENCIAL	
SOBREAVISO 13h às 19h	
SOBREAVISO 19h às 7h	
COORDENAÇÃO	
Médicos servidores efetivos estaduais	120h semanais

Assinatura do responsável