

ANEXO II

PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA

MODELO DE PROPOSTA

AO

INSTITUTO ACQUA – AÇÃO, CIDADANIA, QUALIDADE URBANA E AMBIENTAL

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: **Processo de Seleção nº 04/2021 (HIMABA)** para Contratação de empresa especializada na Prestação de **SERVIÇOS PARA GESTÃO DO SETOR DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM**, com fornecimento de mão de obra médica qualificada, com experiência em pediatria e neonatologia, para realizar diagnósticos por imagem, bem como demais profissionais e a coordenação do setor de imagens, visando atender as necessidades junto ao Hospital Estadual Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves – HIMABA, no Estado do Espírito Santo, referente ao CONTRATO DE GESTÃO nº 001/2021, com o valor global mensal de R\$..... e valor global anual de R\$

Caso a produção mensal ultrapasse o número de exames apresentados neste Termo de Referência, a produção excedente será remunerada conforme tabela de valores EXCEDENTE abaixo:

EXAMES	CUSTO (R\$) VALOR EXCEDENTE POR PROCEDIMENTO
ULTRASSONOGRÁFIA	R\$
ENDOSCOPIA / COLONOSCOPIA	R\$
RAIO-X	R\$
ELETROENCEFALOGRAMA	R\$
ECOCARDIOGRAMA	R\$

INSTITUTO ACQUA

Para os exames realizados fora da unidade de saúde do CONTRATANTE, os valores serão:

TIPOS DE EXAMES		VALOR UNITÁRIO
TOMOGRAFIA	CONVENCIONAL	R\$
	ANGIO TC	R\$
RESSONÂNCIA	CONVENCIONAL	R\$
	ANGIO RIM	R\$
RAIO-X PANORÂMICO	MEMBROS INFERIORES	R\$
	COLUNA	R\$
PROCEDIMENTO ANESTÉSICO INFANTIL	SEDAÇÃO (HM + MAT/MED)	R\$
OUTROS EXAMES CARDIOLÓGICOS	TESTE ERGOMÉTRICO	R\$
	MAPA	R\$

Quanto aos equipamentos de que trata o item 6.1, os valores para locação correspondem a:

EQUIPAMENTOS	CUSTO INDIVIDUAL POR EQUIPAMENTO
Aparelho de Raio-X Fixo	R\$
Aparelho de Ultrassom Convencional	R\$
Aparelho de Ultrassom Portátil (beira leito) com sondas para realização de Exames Cardiológicos (ECC)	R\$
Aparelho de Endoscopia e Colonoscopia (menos a torre)	R\$
Aparelho de Eletroencefalograma	R\$
Aparelho de Holter	R\$
Aparelho de Tomografia	R\$

Assinatura do responsável