

PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA**ANEXO II
MODELO DE PROPOSTA****PROCESSO DE SELEÇÃO 28/2024 PSC (HIMABA)****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 28/2024 PSC (HIMABA)** para Contratação de empresa especializada na prestação de **SERVIÇOS MÉDICOS: PEDIATRIA PRONTO SOCORRO (URGÊNCIA/EMERGÊNCIA), SALA VERMELHA E SALA AMARELA**, para atender as necessidades do Hospital Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves – HIMABA, pelo valor global mensal de **R\$ XXXXXXXX** (XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX). Sendo:

PRONTO SOCORRO PEDIÁTRICO (URGÊNCIA/EMERGÊNCIA)						
SERVIÇO	PERÍODO	QTDE MÉDICOS	VALOR POR HORA	VALOR TOTAL MENSAL	DIAS MÊS	HORAS MÊS
Plantão - 12h por período (todos dias da semana)	7h às 19h	3	R\$	R\$	30,5	1.098
	19h às 7h	3	R\$	R\$	30,5	1.098
Diarista - 4h por período (de 2ª feira a 6ª feira)	8h às 12h	3	R\$	R\$	22	264
	14h às 18h	1	R\$	R\$	22	88
Diarista - 6h por período (finais de semana)	7h às 13h	3	R\$	R\$	8,5	153
	13h às 19h	0	R\$	R\$	8,5	0

SALA VERMELHA						
SERVIÇO	PERÍODO	QTDE MÉDICOS	VALOR POR HORA	VALOR TOTAL MENSAL	DIAS MÊS	HORAS MÊS
Plantão - 12h por período (todos dias da semana)	7h às 19h	2	R\$	R\$	30,5	732
	19h às 7h	2	R\$	R\$	30,5	732

SERVIÇO	PERÍODO	QTDE MÉDICOS	VALOR MENSAL
Coordenação	20h/sem	1	R\$

SALA LARANJA (SERVIDOR CEDIDO)						
SERVIÇO	PERÍODO	QTDE MÉDICOS	VALOR POR HORA	VALOR TOTAL MENSAL	DIAS MÊS	HORAS MÊS
Plantão - 10h por período (de 2ª feira a 6ª feira)	8h às 18h	1	R\$	R\$	22	220

*Os plantões descritos para os serviços na **SALA LARANJA** são realizados por profissional médico cedido pela Secretaria Estadual de Saúde. Porém, **na ausência deste profissional, é de responsabilidade da CONTRATADA a cobertura do mesmo.**

Assinatura do responsável