

PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA**ANEXO II****MODELO DE PROPOSTA****PROCESSO DE SELEÇÃO 30/2024 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 30/2024 PSC (HIMABA)** para Contratação de empresa especializada na prestação de **SERVIÇOS MÉDICOS: ORTOPEDIA PEDIÁTRICA**, para atender as necessidades do Hospital Infantil e Maternidade Alzir Bernardino Alves – HIMABA, valor global mensal de **R\$ XXXXXXXX** (XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX), conforme segue:

a) Dos serviços ambulatoriais:

SERVIÇO	PERÍODO	QTDE MÉDICOS	VALOR HORA	VALOR MENSAL	DIAS MÊS	HORAS MÊS
Ambulatório - 6h por período PRESENCIAL (de 2ª feira a 6ª feira)	7h às 13h	1	R\$	R\$	22	132

b) Do atendimento no Pronto Socorro:

SERVIÇO	PERÍODO	QTDE MÉDICOS	VALOR HORA	VALOR MENSAL	DIAS MÊS	HORAS MÊS
PLANTÃO - 12H PRESENCIAL (todos dias da semana)	7h às 19h	1	R\$	R\$	30,5	366
	19h às 7h	1	R\$	R\$	30,5	366

c) Do Centro Cirúrgico:

SERVIÇO	PERÍODO	QTDE MÉDICOS	VALOR HORA	VALOR MENSAL	DIAS MÊS	HORAS MÊS
PLANTÃO - 12H PRESENCIAL (todos dias da semana)	7h às 19h	2	R\$	R\$	30,5	732
	19h às 7h	1	R\$	R\$	30,5	366

d) Do serviço médico horizontal:

SERVIÇO	PERÍODO	QTDE MÉDICOS	VALOR HORA	VALOR MENSAL	DIAS MÊS	HORAS MÊS
Plantão - 12h por período (de 2ª feira a 6ª feira) horizontal	7h às 19h	1	R\$	R\$	22	264

e) Da coordenação médica:**VALOR MENSAL: R\$ XXXXX (XXXXXXXXXXXXXX)**

Assinatura do responsável