

PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA**ANEXO II
MODELO DE PROPOSTA****PROCESSO DE SELEÇÃO 28/2024 PSC (HRTL)****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, **PROCESSO DE SELEÇÃO 28/2024 PSC (HRTL)** para Contratação de empresa especializada na prestação de **SERVIÇOS MÉDICOS: INTERCONSULTAS / HEMODINÂMICA**, pelo valor global mensal de **R\$ XXXXXXXX (XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX)**. Sendo:

SERVIÇOS MÉDICOS: INTERCONSULTAS				
INTERCONSULTAS PRESENCIAIS	PERÍODO	QTDE MÉDICOS	VALOR MENSAL	QUANTIDADE DIAS MÊS
HEMATOLOGA	20h/sem	1	R\$	22
CARDIOLOGIA	20h/sem	1	R\$	22
NEFROLOGIA	20h/sem	1	R\$	22
INFECTOLOGIA	20h/sem	2	R\$	22
NEUROLOGIA	20h/sem	1	R\$	22
TOTAL			R\$	

SERVIÇOS MÉDICOS: HEMODINAMICA					
HEMODINAMICISTA	PERÍODO	QTDE MÉDICOS	VALOR POR PLANTÃO	VALOR MENSAL	QUANTIDADE DIAS MÊS
COORDENADOR - PRESENCIAL	20h/sem	1		R\$	22
HEMODINAMICISTA - DIA* (SOBREAVISO)	7h às 19h	1	R\$	R\$	31

HEMODINAMICISTA - NOITE* (SOBREAVISO)	19h às 7h	1	R\$	R\$	31
			TOTAL	R\$	

***REALIZAR PROCEDIMENTOS DE CATETERISMOS E ANGIOPLASTIA - POR DEMANDA (URGÊNCIA/EMERGÊNCIA) SEM PAGAMENTO POR PROCEDIMENTO**

SERVIÇOS MÉDICOS: HEMODINAMICA				
PROCEDIMENTOS AGENDADOS	PERÍODO	MÉDIA DE PROCEDIMENTOS MENSAL	VALOR POR PROCEDIMENTO	MÉDIA VALOR MENSAL
CATETERISMO	7h às 19h	35	R\$	R\$
ANGIOPLASTIA	7h às 19h	35	R\$	R\$
			TOTAL	R\$

Assinatura do responsável