

TERMO DE COTAÇÃO PARA PREÇO DE REFERÊNCIA

PROCESSO DE COTAÇÃO Nº 01/2025 CT (HRTL)

1. DO OBJETO

1.1 Cotação de mercado para fins de estabelecer preço de referência visando contratação de empresa especializada na prestação de **SERVIÇOS MÉDICOS EM NEFROLOGIA PEDIÁTRICA**, com intuito de atender as necessidades junto Hospital Regional da Costa Leste Magid Thomé, no Estado do Mato Grosso do Sul, referente ao CONTRATO DE GESTÃO nº 01/2022, firmado entre o CONTRATANTE e o Estado do Mato Grosso do Sul.

2. DO LOCAL DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

2.1 Hospital Regional da Costa Leste Magid Thomé – Anel Viário Engenheiro Samir Thomé, s/n – Distrito Industrial – Três Lagoas/MS – CEP 79.648-000.

3. DOS SERVIÇOS

3.1 Requisitos para o cargo:

- a) Diploma, devidamente registrado de curso de graduação em Medicina, fornecido por instituição de ensino superior, reconhecido pelo Ministério da Educação;
- b) Certificado de Conclusão de Residência Médica em Nefrologia Pediátrica, reconhecido pela Comissão Nacional de Residência Médica, Título de especialista com RQE – Registro de Qualificação de Especialista reconhecido pela Associação Médica Brasileira e registrado no Conselho Federal de Medicina.

3.2 A CONTRATADA será responsável por fornecer pareceres médicos conforme a necessidade, bem como realizar atendimentos médicos, na modalidade de telemedicina, com o

intuito de promover maior eficiência e otimização na assistência. Todos os procedimentos serão conduzidos em conformidade com as diretrizes estabelecidas, garantindo que atendam aos elevados padrões de qualidade exigidos.

3.3 Realizar cobertura em plantão sobreaviso, na modalidade de teleatendimento, 24h (vinte quatro) horas por dia, 7 (sete) dias da semana.

3.3.1 Atender aos chamados emergenciais, diurnos e noturnos, mesmo durante finais de semana e em feriados, com tempo de resposta máximo de 01 (uma) hora, visando uma maior cobertura a CONTRATADA.

3.4 Realizar consulta, exame clínico, solicitação e avaliação de exames, diagnósticos, prescrição de medicamentos com liberação das prescrições por horário indicado pelo responsável da Farmácia e Diretor Técnico.

3.5 Emissões de receitas, atestados médicos e declarações de comparecimento.

3.6 Prestar todas as informações médicas necessárias para os prepostos ou funcionários do CONTRATANTE, a fim de possibilitar a continuidade adequada da atenção à saúde do paciente, de acordo com as orientações e fluxos estabelecidos pela Diretoria Técnica Médica da Unidade.

3.7 Será de responsabilidade da CONTRATADA a coordenação dos serviços e responsável técnico pelo mesmo.

3.8 A CONTRATADA criará um ambiente personalizado na sua plataforma de telemedicina ao CONTRATANTE, para atendimento de consultas, com possibilidade de emissão de Receitas, Atestado, Guias de Solicitação de Exames e outros de acordo com a exigência dos órgãos locais.

3.9 A CONTRATADA apresentará solução de Prontuário Médico em nuvem diretamente na sua plataforma de telemedicina, onde em nenhuma hipótese poderá ter suspensão do acesso aos prontuários e em caso de rescisão a CONTRATADA deverá continuar fornecendo acesso ou disponibilizar outro meio.

3.10 A CONTRATADA deverá fornecer mensalmente backup com todos os prontuários para a CONTRATANTE.

4. QUANTITATIVO MÍNIMO DE PROFISSIONAIS

4.1 Disponibilizar profissionais especializados em NEFROLOGIA PEDIÁTRIA, sendo todos os que de uma forma ou outra, forem solicitados para o tratamento terapêutico e assistencial de todos os pacientes que adentrarem a unidade (emergencial ou não) e, ainda, realizar pareceres junto as unidades internas do hospital quando solicitados.

4.2 Em todos os casos a CONTRATADA se obrigará a cumprir com a escala realizada, com aval da Direção Técnica da CONTRATANTE.

5. DO PERÍODO DE VIGÊNCIA DA CONTRATAÇÃO

5.1 O prazo de vigência do contrato é de 12 (doze) meses consecutivos e ininterruptos, contados a partir da data da assinatura do Contrato, podendo ser prorrogado por igual e sucessivo período, no limite da vigência do Contrato de Gestão.

6. DA PROPOSTA DE COTAÇÃO

6.1 A proposta deverá ser apresentada conforme ANEXO I (abaixo) de maneira:

- a) Não conter rasuras ou emendas;
- b) Estar assinada, carimbada e rubricada em todas as suas vias pelo representante legal, com indicação do cargo por ele exercido na empresa;
- c) APRESENTAÇÃO DO VALOR MENSAL DO PLANTÃO DE SOBREAVISO VIA TELEMEDICINA E, POR EMISSÃO DE PARECER (DOCUMENTO EMETIDO);
- d) Os valores deverão ser apresentados em Reais;
- e) A proposta deverá ser emitida com validade de 60 (sessenta) dias corridos, contados a partir da data de abertura das propostas;
- f) A apresentação da proposta implica a declaração de conhecimento e aceitação de todas as condições do presente termo de referência;
- g) **O envio da proposta deve ser encaminhada até o dia 13/02/2025 às 17h, horário de Brasília, através do e-mail psc.hclmt@2025institutoacqua.org.br.**

**ANEXO I
MODELO PARA COTAÇÃO**

PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA

PROCESSO DE COTAÇÃO Nº 01/2025 CT (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 e anexos em epígrafe, **PROCESSO DE COTAÇÃO Nº 01/2025 CT (HRTL)** para Contratação de empresa especializada na prestação de **SERVIÇOS MÉDICOS EM NEFROLOGIA PEDIÁTRICA**, para atender as necessidades do Hospital Regional da Costa Leste Magid Thomé, pelos valores de:

PLANTÃO SOBREVISO VIA TELEMEDICINA MENSALMENTE: R\$ XXXXXXX (XXXXXXXXXXXX)

EMIÇÃO DE PARECER, POR DOCUMENTO EMITIDO: R\$ XXXXXXX (XXXXXXXXXXXX)

Assinatura do responsável