

**ANEXO I
MODELO DE PROPOSTA**

PAPEL TIMBRADO DA EMPRESA

PROCESSO DE SELEÇÃO 07/2025 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 e anexos em epígrafe, **PROCESSO DE SELEÇÃO 07/2025 PSC (HRTL)** para Contratação de empresa especializada na prestação de **SERVIÇOS MÉDICOS EM NEUROLOGIA E PSIQUIATRIA**, para atender as necessidades do Hospital Regional da Costa Leste Magid Thomé, pelos valores de:

INTERNAÇÃO	PERÍODO	QTDE MÉDICOS	VALOR POR PLANTÃO	VALOR MENSAL
NEUROLOGIA CLÍNICA - DIA (SOBREAVISO)	7H ÀS 19H	1	R\$	R\$
NEUROLOGIA CLÍNICA - NOITE (SOBREAVISO)	19H ÀS 7H	1	R\$	R\$
PSIQUIATRIA	7H ÀS 19H	1	R\$	R\$

CENTRO CIRÚRGICO	PERÍODO	QTDE MÉDICOS	VALOR POR PLANTÃO	VALOR MENSAL
NEUROCIRURGIÃO - DIA (SOBREAVISO)	7H ÀS 19H	1	R\$	R\$
NEUROCIRURGIÃO - NOITE (SOBREAVISO)	19H ÀS 7H	1	R\$	R\$
NEUROCIRURGIÃO - DIA (PRESENCIAL)	7H ÀS 19H	1	R\$	R\$
NEUROINTERVENCIONISTA / HEMODINÂMICA - DIA (SOBREAVISO)	7H ÀS 19H	1	R\$	R\$
NEUROINTERVENCIONISTA / HEMODINÂMICA - NOITE (SOBREAVISO)	19H ÀS 7H	1	R\$	R\$

SERVIÇOS AMBULATORIAIS	MÉDIA DE CONSULTAS MÊS	VALOR POR CONSULTA	VALOR MENSAL
------------------------	------------------------	--------------------	--------------

Neurologista Clínico	150	R\$	R\$
Neurocirurgião	100	R\$	R\$
Neurologia em subespecialidades (Epilepsia, Parkinson ...)	20	R\$	R\$

VALOR TOTAL			R\$
--------------------	--	--	------------

CIRURGIAS DO SISTEMA NERVOSO CENTRAL E PERIFÉRICO		
CÓDIGO	PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	VALOR UNITÁRIO
04.03.01.002-0	CRANIOTOMIA DESCOMPRESSIVA	R\$
04.03.01.028-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA INTRACEREBRAL	R\$
04.03.01.030-6	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA SUBDURAL AGUDO	R\$
04.03.01.031-4	TRATAMENTO CIRURGICO DE HEMATOMA SUBDURAL CRONICO	R\$
04.03.01.009-8	DERIVACAO VENTRICULAR EXTERNAR-SUBGALEAL EXTERNA	R\$
04.03.01.010-1	DERIVACAO VENTRICULAR PARA PERITONEO / ATRIO / PLEURA / RAQUE	R\$
04.03.01.031-4	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO (UNILATERAL)	R\$
04.03.01.034-9	TREPANAÇÃO CRANIANA PARA PROPEDEUTICA NEUROCIRURGICA/IMPLANTE PARA MONITORIZAÇÃO PIC	R\$
04.03.01.027-6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE HEMATOMA EXTRADURAL	R\$
04.03.01.026-8	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FRATURA DO CRÂNIO COM AFUNDAMENTO	R\$
04.03.01.024-1	TRATAMENTO CIRÚRGICO DE FÍSTULA LIQUÓRICA CRANIANA	R\$
04.03.01.008-0	DERIVAÇÃO RAQUE-PERITONEAL	R\$

EXAMES	MÉDIA DE EXAMES MENSIS	VALOR POR EXAME
ELETROENCEFALOGRAMA	30	R\$
ELETRONEUROMIOGRAFIA	20	R\$
ANGIOGRAFIA DIGITAL	20	R\$

 Assinatura do responsável