

## TERMO DE REFERÊNCIA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO

### 1. OBJETO DA CONTRATAÇÃO

- 1.1. Contratação emergencial de empresa especializada na prestação de serviços médicos especializados para atuação no Hospital Estadual Mário Covas.

### 2. JUSTIFICATIVA

- 2.1. Considerando que os serviços médicos têm como finalidade promover o acesso à saúde e as necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS
- 2.2. Considerando a garantia de medidas que visem a redução de doenças e de outros agravos e ao acesso igualitário e universal as ações e serviços para a sua promoção e recuperação.
- 2.3. Considerando o foco na melhora da qualidade do atendimento com realização das consultas e procedimentos cirúrgicos que auxiliem na prevenção e resolutividade de doenças.
- 2.4. Garantindo assim, a qualidade no atendimento por meio da ampliação do quadro médico no Hospital Estadual Mário Covas
- 2.5. A contratação de empresa para prestação de serviços médicos para atuação nas áreas previstas no presente termo é medida efetiva para suportar a oferta dos serviços de maneira global, visto que possibilita a cobertura integral de todos os procedimentos, a continuidade do serviço, a prestação de serviços de acordo com a sistematização estabelecida pela gestão e a remuneração adequada.
- 2.6. É importante ressaltar, que a contratação de empresas especializadas também contribui para a otimização orçamentária, considerando-se a eliminação de passivos trabalhistas diretamente ligados à administração pública. O ônus decorrente dos encargos trabalhistas e recolhimentos previdenciários é de responsabilidade das empresas contratadas e deve compor as propostas dessas.

### 3. ESPECIFICAÇÃO DO SERVIÇO

- 3.1. A **CONTRATADA** deverá garantir atendimento nas seguintes modalidades:
- a) **Atendimento ambulatorial** – plantões conforme quadro estimado do Item 6 nos dias de cada especialidade sendo sempre de 2ª a 6ª feira das 7h às 19h;
- b) **Acompanhamento e visitas dos pacientes internados** – clínica médica e/ou cirúrgica (pré e pós-operatório) conforme pertinência as especialidades previstas na estimativa do Item 6;
- c) **Realização de procedimentos cirúrgicos** – plantões conforme quadro estimado do item 6 para realização de cirúrgicas eletivas e/ou cirúrgicas de urgência e emergência;
- d) **Plantão UTI neonatal** – plantões para cobertura da rotina da UTI Neonatal;

- e) **Realização de plantões a distância** – suporte a distância para as especialidades previstas no item 6, o qual diante de necessidade e urgência pode ser acionado para comparecimento presencial.
- f) **Plantão no PS referenciado** – atendimento de urgência e emergência no Pronto Socorro Referenciado

3.2. A **CONTRATADA** responderá por todos e quaisquer danos pessoais ou materiais ocasionados por seus empregados nos locais de trabalho, os quais deverão apresentar-se sempre identificados.

3.3. Comunicar a **CONTRATANTE** no prazo mínimo de 36 horas e mediante entrega de documento escrito e devidamente protocolado, no caso de qualquer alteração da escala de profissionais da **CONTRATADA**, bem como de qualquer contratação ou desligamento de seus funcionários.

3.4. A execução de atividades de cada profissional deve seguir as especificações/atribuições de cada especialidade médica.

3.5. Os serviços prestados pela **CONTRATADA** deverão garantir atendimento, avaliação e acompanhamento nas diferentes áreas clínicas, procedimentos cirúrgicos quando for o caso, ou de tratamento intensivo, aos pacientes internados no Hospital Estadual Mário Covas.

3.6. Prestar preceptoria aos residentes do Centro Universitário – FMABC alocados no Hospital, nas suas respectivas especialidades e em conformidade com os ciclos existentes.

3.7. O atendimento prestado aos pacientes deverá contemplar admissão, evolução, prescrição e condução clínica ou cirúrgica nas diferentes áreas.

3.8. A **CONTRATADA** deverá realizar interconsultas em conformidade com os plantões sob sua execução (no horário dos plantões previstos no Item 6) para os pacientes internados nas enfermarias e unidades de terapia intensiva (UTI), sempre que solicitado, conforme especialidades de cada área.

3.8.1. As solicitações de interconsultas eletivas deverão ser atendidas em até 24(vinte e quatro) horas, conforme protocolo de gerenciamento do corpo clínico.

3.8.2. As solicitações de interconsultas de urgência/emergência deverão ser atendidas em até 01(uma) hora.

3.9. A **CONTRATADA** deverá prestar suporte a distância, nas modalidades previstas no presente termo, devendo neste caso estar disponível para conversão do referido plantão a presencial diante de eventual imprescindibilidade do médico para avaliação de urgências e intercorrências, devendo neste caso comparecer na unidade em até 01 hora do chamado realizado.

3.9.1. Os chamados serão acionados pelo Núcleo Interno de Regulação – NIR do Hospital ao médico previsto na escala.

3.9.2. Os contatos dos profissionais sob regime de plantão a distância deverão ser entregues pela **CONTRATADA** com 05 dias de antecedência.

3.10. Os serviços descritos neste Termo de Referência são de natureza continuada, não podendo ser interrompidos devido: férias, congressos, afastamentos, dentre outros. Caso

haja necessidade de substituição de profissional previsto em escala, este deverá ser comunicado e impreterivelmente substituído com no máximo 48 (quarenta e oito) horas de antecedência.

- 3.11. A CONTRATADA deverá manter sempre o quadro de profissionais completo, realizando substituições e cobertura, em caso de ausência de algum profissional, com habilitação e qualificação compatível a especialidade em referência.
- 3.12. O prazo para início dos serviços será de até 05 (cinco) dias a contar da data da assinatura do contrato

#### 4. DOCUMENTAÇÃO ESPECÍFICA

- 4.1. Considerando a natureza do objeto da contratação, a empresa melhor classificada deverá apresentar, quando solicitado, os documentos abaixo relacionados:
- 4.2. Cópia do Registro no Conselho Regional de Medicina (CRM) de cada profissional;
- 4.3. Cópia do documento comprobatório da conclusão da residência médica nas respectivas áreas;
- 4.4. Cópia do Título de especialista na área, se possuir;
- 4.5. Cópia do registro da empresa no Conselho Regional de Medicina - CRM

#### 5. LOCAL DA PRESTAÇÃO

- 5.1. A prestação de serviços descritos neste instrumento deverá ocorrer nas dependências do Hospital Estadual Mário Covas, localizado na Rua Dr. Henrique Calderazzo, nº321, Santo André – SP CEP: 09190-615.

#### 6. DESCRIÇÃO AS ESCALAS MÉDICA

- 6.1 A prestação de Serviços Médicos inicial e imediata será ofertada de acordo com a seguinte demanda:

EQUIPE MÉDICA						
ESPECIALIDADE	POSTO DE TRABALHO	CARGA HORÁRIA	COBERTURA SEMANAL	QUANTIDADE PLANTÕES/MÊS	HORAS MENSAIS	OBSERVAÇÕES
ESPECIALIDADES CIRURGICAS COM ACOMPANHAMENTO PRÉ E PÓS OPERATÓRIO DE INTERNAÇÃO						

CIRURGIA VASCULAR	01 PLANTONISTA	19:00 HS ÀS 07:00HS	5ª FEIRA	4	48	para realização de atendimentos de urgência e emergência do Pronto Socorro - PS referenciado, procedimentos cirurgicos, de urgência e emergência ou ainda de demandas clínicas de pacientes internados mediante interconsulta interna
	01 PLANTONISTA	07:00H ÀS 19:00H	3ª FEIRA	4	48	
NEUROCIRURGIA	02 PLANTONISTA	07:00H ÀS 19:00H	SÁBADO	8	96	
	01 PLANTONISTA	19:00 ÀS 07:00	SABÁDO	4	48	
	01 PLANTONISTA À DISTÂNCIA	19:00 ÀS 07:00	SABÁDO	4	48	
	02 PLANTONISTA	07:00H ÀS 19:00H	DOMINGO	8	96	
	01 PLANTONISTA	19:00 ÀS 07:00	DOMINGO	4	48	
	01 PLANTONISTA	07:00H ÀS 19:00H	QUINTA	4	48	
	01 PLANTONISTA Á DISTÂNCIA	19:00 ÀS 07:00	DOMINGO	4	48	
CIRURGIA PEDIÁTRICA	01 PLANTONISTA	07: 00 ÀS 07:00 HS	DOMINGO - A CADA 15 DIAS	2	48	
UTI NEONATAL	01 PLANTONISTA	07:00H ÀS 19:00H	2ª FEIRA	4	48	para realização de plantões intensivistas

	02 PLANTONISTA	19:00 ÀS 07:00	SÁBADO	8	96	em unidade de neonatalogia
	02 PLANTONISTA	07:00H ÀS 19:00H	DOMINGO	8	96	
<b>TOTAL HORAS MENSAIS ESTIMADAS</b>	<b>816</b>					
ESPECIALIDADES AMBULATORIAIS COM POSSIBILIDADE DE CHAMADOS DE INTERCONSULTA						
ONCOLOGIA CLÍNICA	01 HORISTA	A DEFINIR	A DEFINIR	CARGA HORARIA: 20 HORAS		realização de consultas ambulatoriais, ou ainda de demandas clínicas de pacientes internados mediante interconsulta interna

6.2. A CONTRATADA receberá por execução.

6.3. As interconsultas correspondem à avaliação da especialidade para pacientes internados na UTI e enfermaria adulto, que serão realizadas após a autorização da diretoria do Hospital.

6.4. A **CONTRATADA** deverá dispor de equipe em quantidade suficiente e adequada para a execução contratual considerando a estimativa do item 6.1 devendo observar:

6.4.1. Todos os médicos integrantes de seu quadro deverão ter residência médica e/ou título de especialista para atender a demanda ambulatorial e hospitalar da Contratante;

6.4.2. Todos os profissionais médicos deverão possuir registro no Conselho Regional de Medicina.

6.5. As demais especialidades abaixo, A CONTRATANTE se compromete em comunicar a CONTRATADA, em até 05 dias úteis, conforme a necessidade de atendimentos, podendo solicitar plantões adicionais nas seguintes especialidades e modalidades:

EQUIPE MÉDICA						
ESPECIALIDADE	POSTO DE TRABALHO	CARGA HORÁRIA	COBERTURA SEMANAL	QUANTIDADE PLANTÕES/MÊS	HORAS MENSAIS	OBSERVAÇÕES

CIRURGIA PLÁSTICA	01 HORISTA	A DEFINIR	20 HORAS SEMANAS	A DEFINIR	A DEFINIR	REALIZAÇÃO DE CONSULTAS AMBULATORIAS, INTRECONSULTAS, CIRURGIAS E PRONTO SOCORRO REFERENCIADO
ORTOPEDIA	01 PLANTONISTA	A DEFINIR	1 PLANTÃO	A DEFINIR	A DEFINIR	
ONCO ORTOPEDISTA	01 HORISTA	A DEFINIR	20 HORAS SEMANAS	A DEFINIR	A DEFINIR	

## 7. APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA

- 7.2. As empresas participantes deverão apresentar sua proposta contemplando as especificações descritas no “**ANEXO I – MODELO DE APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA**”, sob pena de desclassificação.
- 7.3. O preço ofertado deverá contemplar todos os custos básicos diretos, bem como tributos, fretes, tarifas e despesas decorrentes da execução do serviço, encargos sociais e trabalhistas e quaisquer outros custos ou despesas que incidam ou venham a incidir direta ou indiretamente sobre o objeto do Termo de Referência, convenientes à plena execução do objeto durante todos o período de contratação.
- 7.4. Serão desclassificadas as empresas que apresentarem propostas e ofertas diferentes das especificações contidas neste Termo de Referência e no ato de Convocação.
- 7.5. A apresentação da proposta e a tramitação da concorrência seguirá as exigências e formalidades estabelecidas no Memorial Descritivo e no ato de Convocação.

## 8. CRITÉRIO DE CLASSIFICAÇÃO DAS EMPRESAS

- 8.2. Será considerado para o presente certame o critério de julgamento de “**Menor Preço Global Anual**” para determinar a ordem de classificação das empresas participantes, e atender todas as exigências especificadas no Termo de Referência e no Ato de Convocação.

## 9. DAS OBRIGAÇÕES TÉCNICAS DA CONTRATADA

- 9.2. A **CONTRATADA** se compromete a seguir todas as exigências estabelecidas nas “Especificações do Serviço”, constante no item 3 deste instrumento.
- 9.3. Não obstante o quantitativo de profissionais elencados, a **CONTRATADA** se compromete, durante a execução dos serviços, a disponibilizar os profissionais médicos necessários, conforme solicitação e demanda da **CONTRATANTE**, número este que poderá oscilar, em razão da necessidade da ampliação ou redução dos serviços.

- 9.4. Caso haja o aumento ou diminuição da quantidade de profissionais por solicitação da **CONTRATANTE**, será respeitado, em qualquer hipótese, o valor do profissional, estipulado na proposta da empresa considerada vencedora, para acréscimo ou dedução no valor constante do contrato.
- 9.5. A **CONTRATADA** se compromete a manter atualizados os prontuários dos pacientes, zelando pela veracidade das informações inseridas, sua integridade e conservação.
- 9.6. A **CONTRATADA** deverá providenciar junto a Diretoria Técnica o cadastro dos profissionais que prestarão serviço diretamente na instituição, garantindo que todos portem crachá de identificação em local visível e utilizem os mesmos nas catracas de acesso ao hospital, pois o controle das catracas será utilizado como forma comprobatória de presença e permanência dos profissionais na instituição.
- 9.7. A **CONTRATADA** deverá manter atualizado na Diretoria Técnica da **CONTRATANTE** a relação dos profissionais que prestam serviços na instituição, informando imediatamente a **CONTRATANTE**, sempre que ocorrer qualquer alteração no seu quadro de profissionais.
- 9.8. Em caso de qualquer alteração no quadro dos profissionais médicos prestadores de serviços encaminhados pela Contratada, obrigatoriamente deverá ser informado à Diretoria Técnica para atualização do cadastro.
- 9.9. A **CONTRATADA** deverá fornecer a escala dos plantonistas do próximo mês, até o dia 25 do mês corrente para a Diretoria Técnica da **CONTRATANTE**.
- 9.10. A **CONTRATADA** deverá informar e formalizar por Email, com antecedência de 24 h a Diretoria Técnica, eventuais trocas na escala ou justificá-las em caso de impossibilidade de informar com antecedência, ficando certo de que é de sua responsabilidade a substituição de eventual falta/ausência do profissional escalado.
- 9.11. Toda e qualquer notificação sobre escala dos profissionais, deverá ser direcionada e efetuada à Diretoria Técnica do **CONTRATANTE**, sobretudo quando por ela for solicitado.
- 9.12. A **CONTRATADA** deverá responsabilizar-se pela cobertura de folgas, férias e eventuais ausências de seus profissionais.
- 9.13. A **CONTRATADA** deverá manter os plantonistas até o momento da troca do plantão.
- 9.14. A **CONTRATADA** deverá garantir que todos os profissionais médicos designados para a prestação do serviço possuam registro regular no Conselho Regional de Medicina – CRM/CREMESP
- 9.15. A **CONTRATADA** se compromete em manter atualizadas as fichas de profissionais no CNES (cadastro nacional de estabelecimento de saúde) do Sistema Único de Saúde – SUS e outros documentos que se fizerem necessários.
- 9.16. Os profissionais da **CONTRATADA** deverão certificar-se da assinatura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelo paciente ou seu representante legal, antes dos procedimentos médicos, informando sobre seus riscos inerentes.
- 9.17. A **CONTRATADA** deverá cumprir em todos os protocolos, regulamentos, procedimentos e normas institucionais elegíveis a especialidade.

- 9.18. A **CONTRATADA** deverá respeitar integralmente todos os protocolos, procedimentos, regulamentos, normas e indicadores estabelecidos pela **CONTRATANTE**, contribuindo para a acreditação ou manutenção da qualidade nas certificações nacionais e internacionais que o hospital esteja inserido.
- 9.19. Caso o objeto da prestação de serviço requeira a utilização dos equipamentos de propriedade da **CONTRATANTE**, caberá a **CONTRATADA** zelar pelo equipamento utilizado, fazendo uso dentro das especificações técnicas recomendadas pelos fabricantes.
- 9.20. A **CONTRATADA** deverá comunicar por escrito à **CONTRATANTE** sempre que constatar defeito, desgaste ou algum outro problema que reduza ou impossibilite o uso normal de qualquer equipamento utilizado durante a execução dos serviços objeto deste contrato.
- 9.21. A **CONTRATADA** deverá informar, imediatamente, à **CONTRATANTE**, sempre que constatar quaisquer avarias, defeito, desgaste ou defeitos de funcionamento dos equipamentos e materiais que reduza ou impossibilite o uso normal deles ou que possam acarretar riscos à segurança dos pacientes nos procedimentos.
- 9.22. A Contratada, através de seus profissionais, deverá auxiliar tecnicamente o Contratante com elaboração de relatórios e, se necessário, atuação como assistente técnico em processos judiciais cujo pleito for relacionado ou pertencente ao objeto da presente contratação.
- 9.23. A **CONTRATADA** se compromete a executar seus serviços respeitando todas as disposições estabelecidas neste Termo de Referência, bem como as demais determinações estabelecidas no contrato.

## 10. DAS OBRIGAÇÕES TÉCNICAS DA CONTRATANTE

- 10.2.A **CONTRATANTE** se compromete a seguir todas as exigências estabelecidas nas “Especificações do Serviço”, constante no item 3 deste instrumento, que forem de sua competência.
- 10.3.A **CONTRATANTE** acompanhará e fiscalizará o cumprimento das obrigações da empresa **CONTRATADA**.
- 10.4. A **CONTRATANTE** fornecerá o local e as instalações para o desenvolvimento dos serviços contratados.
- 10.5.A **CONTRATANTE** efetuará os pagamentos referentes ao objeto contratual, desde que cumprido os requisitos estabelecidos no Termo de Referência e no Contrato.

## 11. DO PREÇO E DAS CONDIÇÕES DE PAGAMENTOS

- 11.2. A **CONTRATANTE** compromete-se a pagar o valor correspondente aos serviços efetivamente executados, consoante proposta da **CONTRATADA**, observando as seguintes condições:
- 11.3. A **CONTRATADA** receberá pelo fornecimento, observando o valor correspondente aos preços unitários contratados.

11.4. A CONTRATADA deverá apresentar, mensalmente, a CONTRATANTE, documento contendo a relação dos serviços efetivamente realizados.

11.5. A CONTRATANTE efetuará análise nos documentos apresentados pela CONTRATADA, e aprovará os procedimentos executados e valores correspondentes, solicitando que a CONTRATADA emita nota fiscal para o devido pagamento.

11.6. A CONTRATADA deverá encaminhar nota fiscal eletronicamente para o e-mail: [financeiro@hemc.org.br](mailto:financeiro@hemc.org.br), bem como ao setor indicado pelo gestor responsável. Somente após a conferência da referida nota fiscal pela CONTRATANTE e validação da sua diretoria é que o documento será encaminhado ao setor responsável pelo pagamento.

11.7. Nos termos da resolução 23/2022, que aprova as alterações as instruções nº 1/2020, do Tribunal de Contas do Estado de São Paulo, as notas fiscais deverão conter obrigatoriamente:

- a) Descrição do serviço prestado;
- b) Número do Processo de Compras;
- c) Indicação do órgão Público CONTRATANTE: FUABC – Hospital Estadual Mario Covas CNPJ 57.571275/0006-07
- d) Número do Contrato de Gestão: Contrato de Gestão - S.E.S - . PRC -2022/12096

11.8. Não serão admitidas inserções destas informações após a emissão do respectivo documento.

11.9. Os pagamentos serão realizados mensalmente até o 20 (vigésimo) dia do mês subsequente a prestação dos serviços, mediante emissão de notas fiscais, após atestação dos serviços realizados no período.

11.10. A CONTRATADA deverá indicar, com a documentação fiscal, o número da conta corrente e agência, preferencialmente do Banco do Brasil, a fim de agilizar o pagamento.

11.11. Em hipótese alguma será aceito boleto bancário como meio de cobrança.

11.12. O pagamento será efetuado mediante a apresentação, pela CONTRATADA, dos seguintes documentos, que serão arquivados pela CONTRATANTE:

a) Nota Fiscal constando discriminação detalhada do serviço prestado. Somente após a conferência da referida nota fiscal pelo gestor e validação da sua diretoria é que o documento será encaminhado ao setor responsável pelo pagamento.

b) Comprovante de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica (CNPJ).

c) CND válida, provando regularidade do prestador de serviço contínuo de contrato formal, junto à Previdência Social;

d) Prova de regularidade perante o FGTS.

e) Prova de inexistência de débitos trabalhistas, através do documento “Certidão Negativa de Débitos Trabalhistas – CNDT ou Certidão Positiva de Débitos Trabalhistas com os mesmos efeitos da CNDT”, expedida pela Justiça do Trabalho conforme a Lei nº 12.440/2011.

11.12 As notas fiscais, referentes aos serviços prestados, deverão ser entregues, impreterivelmente, até o 5º (quinto) dia útil do mês subsequente à prestação dos serviços. Na hipótese de descumprimento desta data por parte da CONTRATADA, haverá a aplicação de multa contratual no montante de 3% do valor global do contrato.

11.13 A CONTRATANTE procederá a retenção tributária, referente aos serviços prestados, nas alíquotas legalmente devidas, incidentes sobre o valor destacado em nota fiscal.

11.14 A CONTRATANTE compromete-se a pagar o preço constante da proposta da CONTRATADA, desde que não ocorram atrasos e/ou paralisações dos repasses pelo Estado de São Paulo para a CONTRATANTE, relativo ao custeio do objeto do Contrato de Gestão.

11.15 A CONTRATADA, neste ato, declara estar ciente de que os recursos utilizados para pagamento dos serviços ora contratados serão aqueles repassados pelo Estado de São Paulo, em razão do Contrato de Gestão vigente, firmado entre a Fundação do ABC - OSS e a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, para gestão do Hospital Estadual Mario Covas/CONTRATANTE.

11.16 No caso de eventuais atrasos, os valores serão atualizados de acordo com a legislação vigente, salvo quando decorram de atrasos e/ou paralisações dos repasses pelo Estado de São Paulo.

11.17 A presente avença extinguir-se-á automaticamente em caso de rescisão do contrato de gestão/convênio celebrado entre a CONTRATANTE e a Administração Pública, não cabendo indenização de qualquer natureza às partes.

11.19 Não ocorrerão pagamentos antecipados pela prestação de serviços.

## 12. VIGÊNCIA DE CONTRATO

12.2.O contrato terá a duração de 12 meses com cl resolutiva, a contar da sua assinatura, podendo, no entanto, ser prorrogado pelo mesmo período, desde que assim fique acordada entre as partes.

## 13. GESTÃO DO CONTRATO

13.2.A avaliação da execução do contrato será acompanhada Gestor Médico e Diretoria Técnica

## 14. CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS EXECUTADOS

14.2.A **CONTRATADA** deverá entregar mensalmente para análise, validação e monitoramento da **CONTRATANTE**, todos os indicadores que forem pactuados com o setor de qualidade do Hospital.

14.3.A **CONTRATADA** terá seu desempenho submetido a acompanhamentos sistemáticos de acordo com os critérios de avaliação e controle da **CONTRATANTE**, através de formulários próprios.

14.4.A **CONTRATADA** garantirá livre acesso a informações, dos procedimentos e à documentação referente aos serviços prestados, aos gestores indicados pela **CONTRATANTE**, para o acompanhamento da gestão contratual.

14.5.A fiscalização ou acompanhamento da execução deste Contrato, por parte dos órgãos competentes da **CONTRATANTE**, não exclui nem reduz a responsabilidade da **CONTRATADA**.

Santo André, 06 de agosto de 2023.

Gestor Responsável

Ciente e de acordo,

Diretor Responsável

(Inserir no cabeçalho timbre da empresa proponente)  
**ANEXO I – MODELO DE APRESENTAÇÃO DA PROPOSTA**

**RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA:** \_\_\_\_\_  
**INSCRITA NO CNPJ N°:** \_\_\_\_\_

ITEM	ESPECIALIDADE		QUANTIDADE DE PLANTÕES	VALOR TOTAL	VALOR TOTAL ANUAL ESTIMADO
1	CIRURGIA VASCULAR			R\$ _____	R\$ _____
2	NEUROCIRURGIA			R\$ _____	R\$ _____
3	UTINEONATAL			R\$ _____	R\$ _____
4	ONCOLOGIA CLÍNICA			R\$ _____	R\$ _____

**VALOR TOTAL GERAL:**

ITEM	ESPECIALIDADE	VALORES POR HORA/PLANTÃO	QUANTIDADE DE PLANTÕES	VALOR TOTAL	VALOR TOTAL ANUAL ESTIMADO
1	CIRURGIA PLÁSTICA	POR HORA		R\$ _____	R\$ _____
2	ORTOPEDIA	POR PLANTÃO		R\$ _____	R\$ _____
3	ONCO ORTOPEDIA	POR HORA		R\$ _____	R\$ _____

**VALOR TOTAL GERAL:**



**ESCREVER VALOR TOTAL GLOBAL POR EXTENSO:**

R\$ \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_\_)

**DATA DE EMISSÃO DA PROPOSTA:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DATA DE VALIDADE DA PROPOSTA:** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**DECLARO ESTAR CIENTE E DE ACORDO COM O INTERIOR TEOR DO ATO DE CONVOCAÇÃO, TERMO DE REFERÊNCIA E/OU MEMORIAL DESCRITIVO**

---

**ASSINATURA DO REPRESENTANTE DA EMPRESA**  
**(Nome Completo, CPF)**