

TERMO DE REFERÊNCIA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇO EMERGENCIAL

1. OBJETO

1.1. Prestação emergencial de serviços médicos especializados em Unidade de Terapia Intensiva Adulto do Tipo II para o período de 90 (noventa) dias para atender as necessidades do Hospital Estadual Mário Covas.

2. JUSTIFICATIVA DA CONTRATAÇÃO

2.1. A presente contratação emergencial se faz necessária para a manutenção e continuidade dos serviços de complexidade alta, nas Unidades de Terapia Intensiva Adulto do Tipo II, do Hospital Estadual Mário Covas (HEMC).

2.2. Os atendimentos dos pacientes graves, são oriundos dos órgãos de regulação de acesso da Secretaria de Estado da Saúde (SES), assim como, soma-se a este grupo, as demandas internas do **H.E.M.C.**

3. ESPECIFICAÇÕES DO SERVIÇO

3.1. Descrição detalhada do serviço a ser executado:

3.1.1. A **PRESTADORA** deverá realizar os serviços de medicina especializada em Unidade de Terapia Intensiva Adulto do Tipo II, seguindo as Normativas dos Órgãos Reguladores: Resolução do CFM nº2.271/2020, Portaria Ministerial – ANVISA nº895/2017 – 2994/2011;; Instrução Normativa ANVISA nº04/2010; RDC ANVISA nº07/2010; nº26/12; nº137/17, bem como outras normas legais e técnicas que por ventura vierem alterá-las, substituí-las ou complementá-las.

3.2. Definição de equipe para execução do serviço:

3.2.1. A **PRESTADORA** deverá disponibilizar médicos Intensivistas, devidamente cadastrados no Conselho Regional de Medicina, em quantitativo suficiente para atender a legislação e a demanda de referência descrita no item 4 e seus subitens, bem como a todas as exigências presentes neste instrumento, contendo:

3.2.1.1. 1(um) responsável técnico para assumir a função de coordenação-geral e chefia das unidades, realizando interface entre **PRESTADORA** e o **H.E.M.C**, devendo possuir título de especialista em medicina intensiva.

3.2.1.2. Profissionais médicos plantonistas intensivistas que possuam residência médica formal concluída, preferencialmente em

medicina intensiva e/ou título de especialização, preferencialmente em medicina intensiva.

- 3.2.1.3. Profissionais médicos diaristas para elaboração e supervisão a condução do plano e planejamento diagnóstico e terapêutico, devendo possuir título de especialista em medicina intensiva.

3.3. Horário da prestação do serviço, frequência e periodicidade:

- 3.3.1. **Plantonistas:** A **PRESTADORA** deverá garantir cobertura 24h, 07 (sete) dias por semana, conforme legislação vigente. Sendo 6 plantões de 12h / dia; e 6 plantões de 12h / noite
- 3.3.2. **Diaristas:** A **PRESTADORA** deverá disponibilizar 6 diaristas, conforme legislação vigente.
- 3.3.2.1. A **PRESTADORA** deverá responsabilizar-se pela cobertura de folgas, férias e eventuais ausências de seus profissionais.
- 3.3.2.2. Não será admitido pelo **H.E.M.C.**, a prestação de serviços assistenciais a distância.
- 3.3.3. A **PRESTADORA** deverá garantir que os plantonistas aguardem até a efetiva cobertura do plantão para sua saída.
- 1.1.1. O **H.E.M.C** fornecerá aos profissionais designados pela **PRESTADORA** para a execução dos serviços objeto deste Instrumento, crachá de identificação/ acesso para registro de catraca de entrada e permanência na instituição e livro ponto para controle, que será utilizado como outra opção de conferência.
- 1.1.1.1. A falta de registro em catraca de entrada ou ausência de justificativa prévia poderão acarretar descontos proporcionais e multas, previstos no item “**13 e seguintes**” deste instrumento.
- 1.1.1.2. A falta, ausência ou abandono de plantão pelo plantonista ou diarista acarretará desconto e multa, previstos no item “**13 e seguintes**” deste instrumento.
- 1.1.2. É vedado que qualquer profissional disponibilizado pela **PRESTADORA** realize plantões com carga horária superior a 24 (vinte e quatro) horas ininterruptas, conforme estabelece o artigo 8º da resolução nº 90/2000 do Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo (CREMESP), bem como a **PRESTADORA** deverá respeitar o intervalo mínimo de 11 (onze) horas entre 02 (duas) jornadas de trabalho, conforme estabelecido no artigo 66 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

- 1.1.2.1. O não cumprimento dessa exigência poderá acarretar na notificação da **PRESTADORA** pelo **H.E.M.C.** e na imposição de multa prevista no item “**13 e seguintes**” deste instrumento e demais medidas administrativas que se fizerem necessárias.

3.4. Local da Prestação:

- 3.4.1. Os serviços serão prestados nas Unidades de Terapia Intensiva Adulto do Tipo II do Hospital Estadual Mário Covas, localizadas na Rua: Dr. Henrique Calderazzo, nº321, Santo André – SP CEP: 09190-615.

3.5. Serviços a serem executados pela **PRESTADORA**:

- 3.5.1. Atendimento de alta complexidade aos pacientes graves ou de risco, internados nas Unidades de Terapia Intensiva, tipo II do **H.E.M.C.**
- 3.5.2. Prestar assistência médica em conformidade com o modelo assistencial do **H.E.M.C.**;
- 3.5.3. Realizar o acolhimento e internação de todos os pacientes encaminhados para internação via Núcleo Interno de Regulação (NIR) do **H.E.M.C** ou demanda interna;
- 3.5.4. Coletar dados da anamnese clínica, do exame físico de forma complementar, solicitar exames radiológicos e de análises clínicas necessários para viabilizar a definição do plano terapêutico;
- 3.5.5. Elaborar as hipóteses diagnósticas;
- 3.5.6. Elaborar e executar plano terapêutico em conjunto com a equipe multidisciplinar do **H.E.M.C.**;
- 3.5.7. Realizar o atendimento das intercorrências clínicas em pacientes internados;
- 3.5.8. Realizar a análise de riscos assistenciais em conjunto com equipe multidisciplinar do **H.E.M.C.**;
- 3.5.9. Executar procedimentos de internação e alta - segundo as diretrizes da instituição;
- 3.5.10. Realizar os procedimentos de transferência de cuidados médicos assistenciais, em conformidade as rotinas institucionais;
- 3.5.11. Solicitar visita de especialidade médica do **H.E.M.C.**, sempre que necessário para esclarecimentos terapêuticos e condutas;
- 3.5.12. Realizar o registro da assistência médica em prontuário eletrônico, em conformidade com as regras definidas pela instituição;

- 3.5.12.1. Considerando a inexistência, até o presente momento, de certificação digital no prontuário eletrônico do paciente utilizado pelo **H.E.M.C.**, a equipe médica da **PRESTADORA** deverá imprimir, assinar e carimbar, imediatamente após a sua realização, todos os documentos médicos de sua autoria, para que esses sejam arquivados respeitando a legislação vigente.
- 3.5.12.2. A não prática do quesito anterior será considerada infração contratual e poderá ser penalizada com a multa contratual prevista no item “**13 e seguintes**” deste instrumento.
- 3.5.13. Prestar informações aos familiares dos pacientes, sobre quadro clínico, através dos dados do boletim médico;
- 3.5.14. Comunicar o óbito aos familiares repassando as informações necessárias;
- 3.5.15. Preencher e fornecer aos familiares, a declaração de óbito sempre que tiver as condições de estabelecer a causa de morte, caso não tenha, encaminhar o paciente falecido para o Instituto Médico Legal – IML ou Serviço de Verificação de Óbito – SVO;
- 3.5.16. Manter interface com equipe interdisciplinar; sugerir, elaborar, participar e realizar procedimentos que visem melhorar o atendimento aos pacientes da Instituição.
- 3.6. Dos equipamentos, bens e materiais:
- 3.6.1. Responsabilidades do Hospital estadual Mário Covas (H.E.M.C):
- 3.6.1.1. O **H.E.M.C** será responsável pela disponibilização de todos os equipamentos/bens/materiais necessários para a execução dos serviços a serem prestados, objeto deste instrumento.
- 3.7. Equipamentos de Proteção Individual (EPI) necessários a execução dos serviços:
- 3.7.1. O **H.E.M.C** providenciará aos profissionais da **PRESTADORA**, todos os Equipamentos de Proteção Individual (EPI) necessários a execução dos serviços.
- 3.8. Demais especificações que se fazem necessárias:
- 3.8.1. Os serviços descritos neste Termo de Referência são de natureza Continuada.
- 3.9. Prazo de início da execução dos serviços:

3.9.1. O prazo de execução dos serviços será de até 03 (três) dias úteis a contar da data de assinatura do contrato.

4. CENÁRIO DE REFERÊNCIA

4.1. Quantidades totais de leitos de UTI's Adulto do tipo II:

4.1.1. **59 (cinquenta e nove) leitos.**

4.2. Perfil do paciente internado nas UTI's Adulto do tipo II:

4.2.1. Pacientes agudos ou crônico agudizados, portadores de quaisquer afecções clínicas ou de origem traumática, que ofereça risco de morte (Ex: Traumatismo Crânio Encefálico (TCE), choque de qualquer etiologia, Acidente Vascular Cerebral (AVC), etc., entre outros:

4.2.2. Pacientes portadores de doença coronariana;

4.2.3. Pacientes pós-operatórios não complicados.

4.3. APRESENTAÇÃO DE ORÇAMENTO

4.4. As empresas participantes deverão apresentar seu orçamento nos mesmos moldes estabelecidos no ANEXO I;

4.5. O preço ofertado deverá contemplar todos os tributos, fretes, tarifas e despesas decorrentes da execução do serviço.

5. OBRIGAÇÕES TÉCNICAS DA CONTRATADA

5.1. A **CONTRATADA** se compromete a seguir todas as exigências estabelecidas nas "Especificações do Serviço", constante no item 3 deste instrumento, que forem de sua competência.

5.2. Após assinatura do contrato vinculado ao presente instrumento, a **CONTRATADA** deverá apresentar à **CONTRATANTE**, com prazo máximo de 15 (quinze) dias corrido, a relação do quadro de funcionários, com nomes, cargos, data de admissão, os respectivos Curriculum Vitae dos profissionais vinculados e comprovante do vínculo empregatício com a empresa, bem como deverá apresentar:

5.2.1. Relação contendo a qualificação completa (nome, estado civil, número de RG, CPF, CRM, Registro no órgão regulador de especialidade, endereços residencial e do consultório, número dos telefones comercial, celular e residencial) de todos os profissionais que ela designará para prestar os serviços e, ainda, cópia dos seguintes documentos:

- 5.2.1.1. Diploma de graduação em Medicina, Cópia do Certificado de residência médica concluída, e/ou Cópia do Título de Especialista preferencialmente na área de medicina Intensiva.
- 5.2.1.2. Certificado de registro junto ao órgão regulador da especialidade, se aplicável;
- 5.3.A **CONTRATADA** deverá manter atualizada 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.
- 5.4.A **CONTRATADA** deverá solicitar autorização prévia à Diretoria Técnica da **CONTRATANTE**, antes de tomar quaisquer medidas que acarretem alteração dos termos contidos no presente instrumento.
- 5.5. Os profissionais da **CONTRATADA** deverão certificar-se da assinatura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pelo paciente ou seu representante legal, antes da realização dos procedimentos médicos, informando sobre seus riscos inerentes, sempre que possível.
- 5.6.A **CONTRATADA** se compromete a manter atualizados os prontuários dos pacientes, zelando pela veracidade das informações inseridas, sua integridade e conservação.
- 5.7.A **CONTRATADA** deverá fornecer a escala dos plantonistas do próximo mês, até o dia 25 do mês corrente para a Diretoria Técnica da **CONTRATANTE**.
- 5.8.A **CONTRATADA** deverá informar com antecedência de 24 horas à Diretoria Técnica eventuais trocas na escala. Na impossibilidade de informar com antecedência, deverá apresentar justificativa.
- 5.9.A **CONTRATADA** deverá garantir que todos os profissionais médicos designados para prestação do serviço possuam registro regular no Conselho Regional de Medicina (CRM) / CREMESP.
- 5.10.A **CONTRATADA** deverá informar ao Núcleo Interno de Regulação (NIR) as previsões de alta para o dia seguinte até às 11h.
- 5.11.A **CONTRATADA** diariamente deverá avisar ao NIR o número de vagas disponíveis, até às 07h30min.
- 5.12.A **CONTRATADA** deverá responsabilizar-se pela preceptorial dos alunos de graduação do Centro Universitário da Faculdade de Medicina do ABC e dos residentes, quando estiverem no ciclo de Medicina Intensiva.
- 5.13.A **CONTRATADA** deverá providenciar o cadastro dos profissionais que prestarão serviço diretamente na instituição, junto à Diretoria Técnica da **CONTRATANTE**, garantindo que todos portem crachá de identificação em local visível.

- 5.14. A **CONTRATADA** deverá seguir as diretrizes de todas as comissões instituídas pela **CONTRATANTE**.
- 5.15. 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.
- 5.16. A **CONTRATADA**, através de seu representante, deverá prestar esclarecimentos sempre que convocada pela **CONTRATANTE**.
- 5.17. Caso o objeto da prestação de serviços requeira a utilização de equipamentos de propriedade da **CONTRATANTE**, caberá a **CONTRATADA** zelar pelo equipamento utilizado, fazendo uso dentro das especificações técnicas recomendadas pelos fabricantes.
- 5.18. Considerando que a **CONTRATANTE** utiliza sistema eletrônico de gestão hospitalar, caso o objeto de contratação seja vinculado ao uso do referido sistema, os profissionais que prestarão serviços à **CONTRATADA** deverão passar por treinamento ministrado pela **CONTRATANTE**.
- 5.19. 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.
- 5.20. 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.
- 5.20.1. A falta da atualização prevista no parágrafo anterior poderá acarretar multa prevista no item “**13 e seguintes**” deste instrumento.

6. OBRIGAÇÕES TÉCNICAS DO CONTRATANTE

- 6.1. Acompanhar e fiscalizar o cumprimento das obrigações da empresa **CONTRATADA**.
- 6.2. A **CONTRATANTE** fornecerá o local e as instalações para o desenvolvimento dos serviços contratados.
- 6.3. Responsabilizar-se pela manutenção predial, conservação e limpeza das instalações da **CONTRATANTE**, onde os serviços serão executados.

7. CONDIÇÕES DE PAGAMENTO

- 7.1. O pagamento será efetuado até 45 (quarenta e cinco) dias subsequente aos serviços prestados, caso essa data seja em finais de semana ou feriados, o pagamento ocorrerá no próximo dia útil vigente.

1.2. A **CONTRATADA** deverá encaminhar ao gestor do contrato, até o dia 3 do mês subsequente à prestação dos serviços, a nota fiscal com a descrição dos serviços realizados no mês anterior, bem como o relatório detalhado dos atendimentos realizados, juntamente com os indicadores pactuados previamente, com a devida análise crítica de cada um deles. O gestor do contrato, após avaliação dos aspectos técnicos quantitativos e qualitativos do serviço, validará a nota e os relatórios, encaminhando os documentos ao setor financeiro para pagamento.

7.2. Nos pagamentos será retido na fonte o valor correspondente aos tributos, nos termos da legislação específica e demais tributos que recaiam sobre o valor faturado.

7.3. Não ocorrerão pagamentos antecipados pela prestação de serviços.

7.4. O pagamento será efetuado mediante a apresentação mensal pela Contratada dos seguintes documentos que serão arquivados pelo Contratante:

- A) Nota Fiscal constando a discriminação detalhada do serviço prestado;

- A) CND - Federal: (Certidão conjunta fornecida pela Secretaria da Receita Federal do Brasil e pela Procuradoria Geral da Fazenda Nacional, respectivamente, em conjunto, nos termos da IN/RFB nº 734/07 e do Decreto nº 6.106/2007);

- B) Prova de regularidade perante o FGTS. Quando isento, deverá o Prestador apresentar justificativa e comprovante;

- C) Cópia de guia de recolhimentos do INSS, acompanhada da folha resumo da GEFIP correspondente. Quando isento, o prestador deverá apresentar justificativa e comprovante, nos termos da instrução normativa RFB N 971/2009.

- D) Relação nominal atualizada de todos os profissionais que trabalham na empresa, prestando serviços diretamente nas dependências da **CONTRATANTE**.

- E) Demonstrativos dos pagamentos realizados a todos os empregados (salário, vale transporte e benefícios), acompanhado do respectivo recibo firmado pelo empregado.

8. DAS CONDIÇÕES PARA O USO DO REFEITÓRIO

8.1. A **CONTRATANTE** permitirá à **CONTRATADA** a utilização do refeitório localizado em suas instalações para alimentação dos funcionários vinculados aos seus prestadores de serviço, desde que o valor integral correspondente às refeições consumidas seja devidamente descontado da respectiva fatura ao final de cada período.

8.1.1. Para tanto, a **CONTRATADA** se responsabilizará por encaminhar relação nominal dos profissionais que utilizarão o serviço, à Coordenação da Unidade de Nutrição da **CONTRATANTE** e mantê-la sempre atualizada.

8.2. O valor correspondente às refeições poderá ser reajustado sempre que necessário, após notificação.

9. DA GESTÃO E FISCALIZAÇÃO DO CONTRATO

9.1. A gestão dos serviços contratados será acompanhada pelo gestor médico designado pela Diretoria Técnica.

10. VIGÊNCIA CONTRATUAL

11.1 O prazo de vigência do contrato é de até 90 (noventa) dias a contar da data da assinatura, podendo ser prorrogado, por iguais períodos mediante termos aditivos, respeitado os limites máximos estabelecidos no Regulamento de Compras e Serviços da Fundação do ABC.

11. CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO DOS SERVIÇOS EXECUTADOS

11.1.A **CONTRATADA** deverá entregar mensalmente ao gestor do contrato para análise, validação e monitoramento, todos os indicadores que forem pactuados com o HEMC, bem como aqueles exigidos pelas RDC's que regularizam os serviços de UTI, dentro eles:

- 11.1.1. Admissão do paciente (Score de gravidade dos pacientes que internam na UTI);
- 11.1.2. % de alta até as 10:00 horas da manhã;
- 11.1.3. % efetividade de desmame ventilatório;
- 11.1.4. Tempo médio de utilização da ventilação;
- 11.1.5. % de adesão aos protocolos institucionais gerenciados;
- 11.1.6. Nº de notificações de não conformidades;
- 11.1.7. Nº de notificações de eventos adversos;
- 11.1.8. % Previsão de altas diárias informadas dentro do prazo;
- 11.1.9. % Confirmação de Altas ao NIR dentro do prazo;
- 11.1.10. % de mortalidade;
- 11.1.11. % de infecção de UTI.

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

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

- 11.4. A fiscalização ou acompanhamento da execução deste Contrato, por parte dos órgãos competentes da **CONTRATANTE**, não exclui nem reduz a responsabilidade da **CONTRATADA**.
- 11.5. O não cumprimento do estabelecido no item anterior poderá acarretar multa prevista no item “**13 e seguintes**” deste instrumento.

12. SANÇÕES ADMINISTRATIVAS

- 12.1. As não conformidades constatadas e registradas pela **CONTRATANTE**, após concessão do direito de defesa prévia à **CONTRATADA**, serão penalizadas com multa de **2%** do valor total do contrato no respectivo mês.
- 12.2. A reincidência de qualquer não conformidade no mesmo mês de prestação do serviço, além dos descontos correspondentes, acarretará multa de **5%** do valor total do contrato no respectivo mês.
- 12.3. Se a **CONTRATADA** tiver um somatório maior que 5 (cinco) não conformidades em um mês, devidamente registradas, após concessão do direito de defesa prévia, será penalizada com multa de **10%** do valor total do contrato no respectivo mês ou rescisão contratual, dependendo do caso.
- 12.4. Qualquer não conformidade constatada, após concessão do direito de defesa prévia à **CONTRATADA**, além das penalidades previstas nos itens anteriores, a depender da gravidade dos fatos, poderá acarretar rescisão contratual imediata, bem como a indenização de eventuais prejuízos e danos causados pela **CONTRATADA** à **CONTRATANTE** ou a terceiros.
- 12.5. A **CONTRATANTE**, a após analisar a gravidade dos fatos, poderá substituir as penalidades descritas nos itens anteriores por “Advertência Escrita”.
- 12.6. A **CONTRATADA** será multada se não cumprir o 3.2.1, referente ao quantitativo mínimo de profissionais médicos. O valor da multa será descontado no pagamento da nota do referido mês e será composta da seguinte forma:
- 12.6.1. Na falta de um plantonista ou diarista será cobrado o valor diário correspondente ao período de ausência em questão, baseado na proporcionalidade daquele período em relação ao valor mensal do contrato para plantonista ou diarista, conforme apresentado na Tabela 02 do ANEXO I. Ou seja, se em um determinado mês ocorrer a falta de um plantonista por 12 (doze) horas, no pagamento da nota referente a esse período, além de não serem pagas as horas desse profissional, tendo em vista que o serviço não foi prestado, será descontado o valor, a título de multa, do equivalente a 12 (doze) horas no montante total do custo mensal de 01 (um) plantonista. A mesma lógica de cálculo se aplicará no caso dos médicos diaristas.
- 12.6.2. Da quarta ausência em diante, contada essa ausência por período de 12 (doze) horas, quando plantonista, ou 06 (seis) horas, quando diaristas, além dos valores descritos na cláusula anterior para cada ausência, será cobrada

uma multa adicional de 5% sobre o valor total mensal da nota de serviço prestados no respectivo mês.

12.7. Se a **CONTRATADA** não respeitar o item 3.3.4 desse termo, referente ao abandono de posto de trabalho na UTI sem a devida substituição por outro médico, será aplicada multa no valor abaixo especificado:

12.7.1. Do abandono do posto será cobrado o valor correspondente ao dobro do valor do plantão, de 12 (doze) horas de plantonista. Se comprovada causa justa, a **CONTRATADA** deverá realizar o desligamento imediato do plantonista.

12.7.2. Do quarto abandono em diante, além dos valores descontados para cada abandono, será cobrada uma multa adicional de 5% sobre o valor total mensal da nota de serviços prestados no respectivo mês.

12.8. O não envio pela **CONTRATADA** do relatório mensal, conforme item 9.2 desse termo, juntamente com a nota fiscal, acarretará multa de 2% do valor total do contrato no respectivo mês.

12.9. Se a **CONTRATADA** tiver um somatório maior que 5 (cinco) ocorrências em um mês, devidamente registradas e comunicadas pela **CONTRATANTE**, se referindo ao não cumprimento dos requisitos técnicos básicos da equipe médica (itens 3.2.1 e seguintes), à realização de plantões de mais de 24 (vinte e quatro) horas ininterruptas por um mesmo profissional (item 3.3.6), ao desrespeito no cumprimento dos horários de previsão de alta (item 6.10) ou alta médica (item 6.11), ao desrespeito às normas de prestação dos boletins médicos (item 3.5.13) ou aos protocolos institucionais, municipais, estaduais ou federais (item 6.15), à ocorrências envolvendo o não preenchimento ou preenchimento inadequado do prontuário do paciente (item 3.5.12), ou não envio pela **CONTRATADA** da escala dos profissionais da equipe médica (item 6.7), a **CONTRATADA** será multada no valor de 5% sobre o valor total mensal da nota de serviços prestados do respectivo mês.

(Empresa: Inserir timbre no cabeçalho)

**ANEXO I – MODELO DE APRESENTAÇÃO DO ORÇAMENTO PARA
CONTRATAÇÃO EMERGENCIAL – PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS MÉDICOS
UTI ADULTO TIPO II PARA O HOSPITAL ESTADUAL MÁRIO COVAS**

RAZÃO SOCIAL DA EMPRESA: _____

INSCRITA NO CNPJ N°: _____

TABELA 01		
SERVIÇOS	VALOR TOTAL (Mensal)	VALOR TOTAL 90 dias
Prestação de serviços de medicina especializada em Unidade de Terapia Intensiva Adulto do Tipo II	R\$ _____	R\$ _____

TABELA 02*	
Valor plantão (12h)	R\$ _____ (_____)
Valor do diarista (mês)	R\$ _____ (_____)
Valor do coordenador (mês)	R\$ _____ (_____)

Os serviços deverão ser iniciados no prazo máximo de até 03 (três) dias a contar da data de assinatura do Contrato.

ASSINATURA DO REPRESENTANTE DA EMPRESA



(Nome Completo, CPF)