

Anexo I

TERMO DE REFERENCIA

OBJETO: CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA E TOMOGRAFIA PARA ATENDER OS USUÁRIOS DO HOSPITAL REGIONAL DE NOVA ANDRADINA FUNSAU-NA.

Itens	Discriminação dos produtos		Unid.	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	CRÂNIO/ORBITA/SELA TURCICA		UN	250,00	425,00	106.250,00
2	OUVIDO/MASTOIDE SEM CONTRASTE		UN	30,00	470,00	14.100,00
3	SEIOS DA FACE SEM CONTRASTE		UN	30,00	425,00	12.750,00
4	MAXILAR/FACE SEM CONTRASTE		UN	30,00	425,00	12.750,00
5	ARTICULAÇÕES, EXTERNO CLAVICULAR, OMBROS, COTOVELOS, PUNHOS, SACROLIACAS, COXO-FEMURAL E JOELHOS SEM CONTRASTE		UN	30,00	400,00	12.000,00
6	REGIÃO DO PESCOÇO PARTES MOLES LARINGE TIREOIDE E FARINGE SEM CONTRASTE		UN	30,00	450,00	13.500,00
7	MANDIBULA - SEM CONTRASTE		UN	30,00	420,00	12.600,00
8	ABDOMEN SUPERIOR SEM CONTRASTE		UN	30,00	550,00	16.500,00
9	ABDOMEN INFERIOR/PELVICO - SEM CONTRASTE		UN	30,00	450,00	13.500,00
10	ABDOMEN TOTAL SEM CONTRASTE		UN	150,00	650,00	97.500,00
11	TÓRAX SEM CONTRASTE		UN	70,00	450,00	31.500,00
12	COLUNA INTEIRA - SEM CONTRASTE		UN	30,00	380,00	11.400,00
13	COLUNA CERVICAL/TORACICA E LOMBAR SEM CONTRASTE		UN	30,00	380,00	11.400,00
14	EXTREMIDADES/SEGMENTOS APENDICULARES, BRAÇO, ANTEBRAÇO, COXA E PERNA - SEM CONTRASTE		UN	30,00	400,00	12.000,00
15	CRÂNIO/ORBITA/SELA TURCICA COM CONTRASTE		UN	50,00	545,00	27.250,00
16	OUVIDO/MASTOIDE COM CONTRASTE		UN	30,00	590,00	17.700,00
17	SEIOS DA FACE COM CONTRASTE		UN	30,00	545,00	16.350,00
18	MAXILAR/FACE COM CONTRASTE		UN	30,00	545,00	16.350,00
19	ARTICULAÇÕES, EXTERNO CLAVICULAR, OMBROS, COTOVELOS, PUNHOS, SACROLIACAS, COXO-FEMURAL E JOELHOS COM CONTRASTE		UN	30,00	520,00	15.600,00
20	REGIÃO DO PESCOÇO PARTES MOLES LARINGE TIREOIDE E FARINGE COM CONTRASTE		UN	30,00	570,00	17.100,00
21	MANDIBULA COM CONTRASTE		UN	30,00	540,00	16.200,00
22	ABDOMEN SUPERIOR COM CONTRASTE		UN	30,00	670,00	20.100,00
23	ABDOMEN INFERIOR/PELVICO COM CONTRASTE		UN	30,00	570,00	17.100,00
24	ABDOMEN TOTAL COM CONTRASTE		UN	30,00	770,00	23.100,00
25	TÓRAX COM CONTRASTE		UN	150,00	570,00	85.500,00
26	COLUNA INTEIRA COM CONTRASTE		UN	30,00	500,00	15.000,00
27	COLUNA CERVICAL TORAXICA E LOMBAR COM CONTRASTE		UN	30,00	500,00	15.000,00
28	EXTREMIDADES/SEGMENTOS APENDICULARES, BRAÇO, ANTEBRAÇO, COXA E PERNA COM CONTRASTE		UN	30,00	520,00	15.600,00
29	Ultrassonografia Parede abdominal		UN	30,00	180,00	5.400,00
30	Ultrassonografia Próstata transretal		UN	30,00	280,00	8.400,00
31	ULTRASSONOGRAFIA ARTICULAÇÕES		UN	30,00	180,00	5.400,00
32	Ultrassonografia Globo ocular		UN	30,00	210,00	6.300,00

Anexo I

TERMO DE REFERENCIA

Itens	Discriminação dos produtos		Unid.	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
33	Ultrassonografia Mamas		UN	30,00	210,00	6.300,00
34	ÓRGÃOS SUPERFICIAIS (TIREOIDE/BOLSA ESCROTAL, PENIS)		UN	30,00	210,00	6.300,00
35	Ultrassonografia Couro cabeludo		UN	30,00	180,00	5.400,00
36	Ultrassonografia Glandulas salivares		UN	30,00	210,00	6.300,00
37	ULTRASSONOGRRAFIA ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL, AXILAS, TENDAO)		UN	30,00	180,00	5.400,00
38	ULTRASSONOGRRAFIA MUSCULO		UN	30,00	180,00	5.400,00
39	Ultrassonografia Panturrilha		UN	30,00	180,00	5.400,00
40	ULTRASSONOGRRAFIA PARTES MOLES		UN	30,00	180,00	5.400,00
41	ULTRASSONOGRRAFIA NUCAL		UN	30,00	210,00	6.300,00
42	Ultrassonografia Transfontanela		UN	30,00	180,00	5.400,00
43	Ultrassonografia Torax		UN	30,00	180,00	5.400,00
44	DOPPLER COLORIDO VASOS CERVICAIS ARTERIAL BILATERAL (CARÓTIDAS E VERTEBRAIS)		UN	30,00	280,00	8.400,00
45	DOPPLER COLORIDO VENOSO MEMBROS INFERIORES UNILATERAL		UN	30,00	380,00	11.400,00
46	DOPPLER COLORIDO VENOSO MEMBROS INFERIORES BILATERAL		UN	30,00	555,00	16.650,00
47	DOPPLER COLORIDO VENOSO MEMBROS SUPERIORES		UN	30,00	380,00	11.400,00
48	DOPPLER COLORIDO VENOSO MEMBROS SUPERIORES BILATRAL		UN	30,00	555,00	16.650,00
49	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL MEMBROS INFERIORES UNILATERAL		UN	30,00	380,00	11.400,00
50	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL MEMBROS INFERIORES BILATERAL		UN	30,00	555,00	16.650,00
51	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL MEMBROS SUPERIORES UNILATRAL		UN	30,00	380,00	11.400,00
52	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL MEMBROS SUPERIORES BILATERAL		UN	30,00	555,00	16.650,00
53	DOPPLER BOLSA ESCROTAL		UN	30,00	370,00	11.100,00
54	DOPPLER RENAL		UN	30,00	370,00	11.100,00
55	DOPPLER AORTA		UN	30,00	370,00	11.100,00
56	DOPPLER SISTEMA PORT/ HEPATICO		UN	30,00	370,00	11.100,00
57	DOPPLER ORGÃO SUPERFICIAIS (TIREOIDE, ESCROTO, PENIS E CRÂNIO)		UN	30,00	370,00	11.100,00
58	DOPPLER OBSTETRICO		UN	250,00	280,00	70.000,00
59	DOPPLER ABDOME		UN	30,00	370,00	11.100,00
60	DOPPLER TRANSVAGINAL		UN	30,00	370,00	11.100,00
61	US COM PUNÇÃO De nódulos e órgãos e estruturas superficiais (tireoide e linfonodomegalias)		UN	30,00	290,00	8.700,00
62	US COM PUNÇÃO Glândulas salivares (acrescentar nódulos adicional)		UN	30,00	290,00	8.700,00
63	US COM PUNÇÃO Mamas (acrescentar nódulos adicional)		UN	30,00	290,00	8.700,00
64	US COM PUNÇÃO Nódulos adicional		UN	30,00	290,00	8.700,00
65	BIOPSIAS Próstata		UN	30,00	700,00	21.000,00
66	BIOPSIAS Mamas		UN	30,00	620,00	18.600,00

Anexo I
TERMO DE REFERENCIA

Itens	Discriminação dos produtos		Unid.	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
67	BIOPSIAS Hepatica (pulmão)		UN	30,00	820,00	24.600,00
68	BIOPSIAS Biopsia de massa pulmonares		UN	30,00	820,00	24.600,00
Total da Coleta:						1.176.100,00

Valor Total estimado da aquisição: 1.176.100,00 (um milhão cento e setenta e seis mil e cem reais).

Justificativa : CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES DE ULTRASSONOGRAFIA E TOMOGRAFIA PARA ATENDER OS USUÁRIOS DO HOSPITAL REGIONAL DE NOVA ANDRADINA FUNSAU-NA.

Prazo de entrega: 24 HORAS

Condições de Pagamento: A PRAZO

Local de entrega: HOSPITAL REGIONAL NOVA ANDRADINA

Unidade Fiscalizadora: HOSPITAL REGIONAL NOVA ANDRADINA

Nova Andradina(MS), 19 de Setembro de 2018