

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	ABDOMEN INFERIOR/PELVICO - SEM CONTRASTE		UN	30,00	310,00	9.300,00
2	ABDOMEN INFERIOR/PELVICO COM CONTRASTE		UN	30,00	500,00	15.000,00
3	ABDOMEN SUPERIOR COM CONTRASTE		UN	50,00	500,00	25.000,00
4	ABDOMEN SUPERIOR SEM CONTRASTE		UN	50,00	310,00	15.500,00
5	ABDOMEN TOTAL COM CONTRASTE		UN	150,00	750,00	112.500,00
6	ABDOMEN TOTAL SEM CONTRASTE		UN	150,00	550,00	82.500,00
7	ARTICULAÇÕES, EXTERNO CLAVICULAR, OMBROS, COTOVELOS, PUNHOS, SACROLIACAS, COXO-FEMURAL E JOELHOS SEM CONTRASTE		UN	10,00	310,00	3.100,00
8	ARTICULAÇÕES, EXTERNO CLAVICULAR, OMBROS, COTOVELOS, PUNHOS, SACROLIACAS, COXO-FEMURAL E JOELHOS COM CONTRASTE		UN	10,00	500,00	5.000,00
12	BIOPSIAS Próstata		UN	5,00	1.690,00	8.450,00
13	COLUNA CERVICAL TORAXICA OU LOMBAR COM CONTRASTE		UN	50,00	500,00	25.000,00
14	COLUNA INTEIRA - SEM CONTRASTE		UN	30,00	870,00	26.100,00
15	COLUNA INTEIRA COM CONTRASTE		UN	30,00	990,00	29.700,00
16	CRÂNIO/ORBITA/SELA TURCICA		UN	300,00	310,00	93.000,00
17	CRÂNIO/ORBITA/SELA TURCICA COM CONTRASTE		UN	150,00	500,00	75.000,00
18	DOPPLER ABDOME		UN	10,00	650,00	6.500,00
19	DOPPLER AORTA		UN	10,00	650,00	6.500,00
20	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL MEMBROS INFERIORES BILATERAL		UN	15,00	800,00	12.000,00
21	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL MEMBROS SUPERIORES BILATERAL		UN	20,00	800,00	16.000,00
22	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL MEMBROS SUPERIORES UNILATRAL		UN	10,00	400,00	4.000,00
23	DOPPLER COLORIDO VASOS CERVICAIS ARTERIAL BILATERAL (CARÓTIDAS E VERTEBRAIS)		UN	5,00	450,00	2.250,00
24	DOPPLER COLORIDO VASOS CERVICAIS ARTERIAL UNILATERAL- (CARÓTIDAS E VERTEBRAIS)		UN	5,00	450,00	2.250,00
25	DOPPLER COLORIDO VASOS CERVICAIS ARTERIAL UNILATERAL - (CARÓTIDAS E VERTEBRAIS)		UN	10,00	450,00	4.500,00
26	DOPPLER COLORIDO VENOSO MENBROS INFERIORES UNILATERAL		UN	20,00	400,00	8.000,00

Anexo I

TERMO DE REFERENCIA

Itens	Discriminação dos produtos		Unid.	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
27	DOPPLER COLORIDO VENOSO MEMBROS INFERIORES BILATERAL		UN	15,00	800,00	12.000,00
28	DOPPLER COLORIDO VENOSO MENBROS SUPERIORES		UN	10,00	800,00	8.000,00
29	DOPPLER COLORIDO VENOSO MENBROS SUPERIORES BILATERAL		UN	10,00	800,00	8.000,00
30	DOPPLER COLORIDO VENOSO VASOS CERVICAIS BILATERAL- (CARÓTIDAS E VERTEBRAIS)		UN	10,00	450,00	4.500,00
31	DOPPLER OBSTETRICO		UN	20,00	350,00	7.000,00
32	DOPPLER ORGÃO SUPERFICIAIS (TIREOIDE, ESCROTO, PENIS OU CRÂNIO)		UN	5,00	250,00	1.250,00
33	DOPPLER RENAL		UN	5,00	600,00	3.000,00
34	DOPPLER SISTEMA PORT/ HEPATICO		UN	5,00	600,00	3.000,00
35	DOPPLER TRANSVAGINAL		UN	3,00	280,00	840,00
36	EXTREMIDADES/SEGMENTOS APENDICULARES, BRAÇO, ANTEBRAÇO, COXA E PERNA COM CONTRASTE		UN	5,00	500,00	2.500,00
37	EXTREMIDADES/SEGMENTOS SEM CONTRASTE BILATERAL- APENDICULARES, BRAÇO, ANTEBRAÇO, COXA OU PERNA - SEM CONTRASTE BILATERAL.		UN	5,00	310,00	1.550,00
38	EXTREMIDADES/SEGMENTOS SEM CONTRASTE UNILATERAL- APENDICULARES, BRAÇO, ANTEBRAÇO, COXA OU PERNA - SEM CONTRASTE UNILATERAL.		UN	5,00	310,00	1.550,00
39	MANDIBULA - SEM CONTRASTE		UN	5,00	310,00	1.550,00
40	MANDIBULA COM CONTRASTE		UN	5,00	500,00	2.500,00
41	MAXILAR/FACE COM CONTRASTE		UN	3,00	500,00	1.500,00
42	MAXILAR/FACE SEM CONTRASTE		UN	3,00	310,00	930,00
43	ÓRGÃOS SUPERFICIAIS (TIREOIDE/BOLSA ESCROTAL, PENIS)		UN	10,00	250,00	2.500,00
44	OUVIDO/MASTOIDE COM CONTRASTE		UN	3,00	500,00	1.500,00
45	OUVIDO/MASTOIDE SEM CONTRASTE		UN	3,00	310,00	930,00
46	REGIÃO DO PESCOÇO PARTES MOLES LARINGE TIREOIDE E FARINGE COM CONTRASTE		UN	5,00	500,00	2.500,00
47	REGIÃO DO PESCOÇO PARTES MOLES LARINGE TIREOIDE E FARINGE SEM CONTRASTE		UN	5,00	310,00	1.550,00
48	SEIOS DA FACE SEM CONTRASTE		UN	3,00	310,00	930,00
49	TÓRAX COM CONTRASTE		UN	150,00	500,00	75.000,00
50	TÓRAX SEM CONTRASTE		UN	150,00	310,00	46.500,00
51	Ultrassonografia Couro cabeludo		UN	2,00	210,00	420,00
52	ULTRASSONOGRAMA ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL, AXILAS, TENDAO)		UN	5,00	250,00	1.250,00
53	Ultrassonografia Glandulas salivares		UN	3,00	250,00	750,00
54	Ultrassonografia Globo ocular		UN	2,00	250,00	500,00

Anexo I

TERMO DE REFERENCIA

Itens	Discriminação dos produtos		Unid.	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
55	Ultrassonografia Mamas		UN	5,00	250,00	1.250,00
56	ULTRASSONOGRRAFIA NUCAL		UN	3,00	250,00	750,00
57	Ultrassonografia Panturrilha		UN	2,00	200,00	400,00
58	Ultrassonografia Parede abdominal		UN	10,00	250,00	2.500,00
59	ULTRASSONOGRRAFIA PARTES MOLES		UN	5,00	200,00	1.000,00
60	Ultrassonografia Próstata transretal		UN	5,00	360,00	1.800,00
61	Ultrassonografia Torax		UN	10,00	210,00	2.100,00
62	Ultrassonografia Transfontanela		UN	15,00	250,00	3.750,00
63	US COM PUNÇÃO Nódulos adicional		UN	5,00	290,00	1.450,00
64	US COM PUNÇÃO De nódulos e órgãos e estruturas superficiais (tireoide e linfonodomegalias)		UN	5,00	290,00	1.450,00
65	US COM PUNÇÃO Glândulas salivares (acrescentar nódulos adicional)		UN	5,00	290,00	1.450,00
66	US COM PUNÇÃO Mamas (acrescentar nódulos adicional)		UN	5,00	290,00	1.450,00
67	US DE ABDOMÊN TOTAL RN		UN	5,00	290,00	1.450,00
Total da Coleta:						801.950,00

Valor Total estimado da aquisição: 801.950,00 (oitocentos e um mil novecentos e cinquenta reais).

Justificativa : CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE EXAMES DE ULTRASSONOGRRAFIA 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), 5 de Janeiro de 2023

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	ABDOMEN INFERIOR/PELVICO - SEM CONTRASTE		UN	30,00	310,00	9.300,00
2	ABDOMEN INFERIOR/PELVICO COM CONTRASTE		UN	30,00	500,00	15.000,00
3	ABDOMEN SUPERIOR COM CONTRASTE		UN	50,00	500,00	25.000,00
4	ABDOMEN SUPERIOR SEM CONTRASTE		UN	50,00	310,00	15.500,00
5	ABDOMEN TOTAL COM CONTRASTE		UN	150,00	750,00	112.500,00
6	ABDOMEN TOTAL SEM CONTRASTE		UN	150,00	550,00	82.500,00
7	ARTICULAÇÕES, EXTERNO CLAVICULAR, OMBROS, COTOVELOS, PUNHOS, SACROLIACAS, COXO-FEMURAL E JOELHOS SEM CONTRASTE		UN	10,00	310,00	3.100,00
8	ARTICULAÇÕES, EXTERNO CLAVICULAR, OMBROS, COTOVELOS, PUNHOS, SACROLIACAS, COXO-FEMURAL E JOELHOS COM CONTRASTE		UN	10,00	500,00	5.000,00
12	BIOPSIAS Próstata		UN	5,00	1.690,00	8.450,00
13	COLUNA CERVICAL TORAXICA OU LOMBAR COM CONTRASTE		UN	50,00	500,00	25.000,00
14	COLUNA INTEIRA - SEM CONTRASTE		UN	30,00	870,00	26.100,00
15	COLUNA INTEIRA COM CONTRASTE		UN	30,00	990,00	29.700,00
16	CRÂNIO/ORBITA/SELA TURCICA		UN	300,00	310,00	93.000,00
17	CRÂNIO/ORBITA/SELA TURCICA COM CONTRASTE		UN	150,00	500,00	75.000,00
18	DOPPLER ABDOME		UN	10,00	650,00	6.500,00
19	DOPPLER AORTA		UN	10,00	650,00	6.500,00
20	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL MEMBROS INFERIORES BILATERAL		UN	15,00	800,00	12.000,00
21	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL MEMBROS SUPERIORES BILATERAL		UN	20,00	800,00	16.000,00
22	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL MEMBROS SUPERIORES UNILATRAL		UN	10,00	400,00	4.000,00
23	DOPPLER COLORIDO VASOS CERVICAIS ARTERIAL BILATERAL (CARÓTIDAS E VERTEBRAIS)		UN	5,00	450,00	2.250,00
24	DOPPLER COLORIDO VASOS CERVICAIS ARTERIAL UNILATERAL- (CARÓTIDAS E VERTEBRAIS)		UN	5,00	450,00	2.250,00
25	DOPPLER COLORIDO VASOS CERVICAIS ARTERIAL UNILATERAL - (CARÓTIDAS E VERTEBRAIS)		UN	10,00	450,00	4.500,00
26	DOPPLER COLORIDO VENOSO MENBROS INFERIORES UNILATERAL		UN	20,00	400,00	8.000,00

Anexo I

TERMO DE REFERENCIA

Itens	Discriminação dos produtos		Unid.	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
27	DOPPLER COLORIDO VENOSO MEMBROS INFERIORES BILATERAL		UN	15,00	800,00	12.000,00
28	DOPPLER COLORIDO VENOSO MENBROS SUPERIORES		UN	10,00	800,00	8.000,00
29	DOPPLER COLORIDO VENOSO MENBROS SUPERIORES BILATERAL		UN	10,00	800,00	8.000,00
30	DOPPLER COLORIDO VENOSO VASOS CERVICAIS BILATERAL- (CARÓTIDAS E VERTEBRAIS)		UN	10,00	450,00	4.500,00
31	DOPPLER OBSTETRICO		UN	20,00	350,00	7.000,00
32	DOPPLER ORGÃO SUPERFICIAIS (TIREOIDE, ESCROTO, PENIS OU CRÂNIO)		UN	5,00	250,00	1.250,00
33	DOPPLER RENAL		UN	5,00	600,00	3.000,00
34	DOPPLER SISTEMA PORT/ HEPATICO		UN	5,00	600,00	3.000,00
35	DOPPLER TRANSVAGINAL		UN	3,00	280,00	840,00
36	EXTREMIDADES/SEGMENTOS APENDICULARES, BRAÇO, ANTEBRAÇO, COXA E PERNA COM CONTRASTE		UN	5,00	500,00	2.500,00
37	EXTREMIDADES/SEGMENTOS SEM CONTRASTE BILATERAL- APENDICULARES, BRAÇO, ANTEBRAÇO, COXA OU PERNA - SEM CONTRASTE BILATERAL.		UN	5,00	310,00	1.550,00
38	EXTREMIDADES/SEGMENTOS SEM CONTRASTE UNILATERAL- APENDICULARES, BRAÇO, ANTEBRAÇO, COXA OU PERNA - SEM CONTRASTE UNILATERAL.		UN	5,00	310,00	1.550,00
39	MANDIBULA - SEM CONTRASTE		UN	5,00	310,00	1.550,00
40	MANDIBULA COM CONTRASTE		UN	5,00	500,00	2.500,00
41	MAXILAR/FACE COM CONTRASTE		UN	3,00	500,00	1.500,00
42	MAXILAR/FACE SEM CONTRASTE		UN	3,00	310,00	930,00
43	ÓRGÃOS SUPERFICIAIS (TIREOIDE/BOLSA ESCROTAL, PENIS)		UN	10,00	250,00	2.500,00
44	OUVIDO/MASTOIDE COM CONTRASTE		UN	3,00	500,00	1.500,00
45	OUVIDO/MASTOIDE SEM CONTRASTE		UN	3,00	310,00	930,00
46	REGIÃO DO PESCOÇO PARTES MOLES LARINGE TIREOIDE E FARINGE COM CONTRASTE		UN	5,00	500,00	2.500,00
47	REGIÃO DO PESCOÇO PARTES MOLES LARINGE TIREOIDE E FARINGE SEM CONTRASTE		UN	5,00	310,00	1.550,00
48	SEIOS DA FACE SEM CONTRASTE		UN	3,00	310,00	930,00
49	TÓRAX COM CONTRASTE		UN	150,00	500,00	75.000,00
50	TÓRAX SEM CONTRASTE		UN	150,00	310,00	46.500,00
51	Ultrassonografia Couro cabeludo		UN	2,00	210,00	420,00
52	ULTRASSONOGRAMA ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL, AXILAS, TENDAO)		UN	5,00	250,00	1.250,00
53	Ultrassonografia Glandulas salivares		UN	3,00	250,00	750,00
54	Ultrassonografia Globo ocular		UN	2,00	250,00	500,00

Anexo I
TERMO DE REFERENCIA

Itens	Discriminação dos produtos		Unid.	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
55	Ultrassonografia Mamas		UN	5,00	250,00	1.250,00
56	ULTRASSONOGRRAFIA NUCAL		UN	3,00	250,00	750,00
57	Ultrassonografia Panturrilha		UN	2,00	200,00	400,00
58	Ultrassonografia Parede abdominal		UN	10,00	250,00	2.500,00
59	ULTRASSONOGRRAFIA PARTES MOLES		UN	5,00	200,00	1.000,00
60	Ultrassonografia Próstata transretal		UN	5,00	360,00	1.800,00
61	Ultrassonografia Torax		UN	10,00	210,00	2.100,00
62	Ultrassonografia Transfontanela		UN	15,00	250,00	3.750,00
63	US COM PUNÇÃO Nódulos adicional		UN	5,00	290,00	1.450,00
64	US COM PUNÇÃO De nódulos e órgãos e estruturas superficiais (tireoide e linfonodomegalias)		UN	5,00	290,00	1.450,00
65	US COM PUNÇÃO Glândulas salivares (acrescentar nódulos adicional)		UN	5,00	290,00	1.450,00
66	US COM PUNÇÃO Mamas (acrescentar nódulos adicional)		UN	5,00	290,00	1.450,00
67	US DE ABDOMÊN TOTAL RN		UN	5,00	290,00	1.450,00
Total da Coleta:						801.950,00

Valor Total estimado da aquisição: 801.950,00 (oitocentos e um mil novecentos e cinquenta 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), 5 de Janeiro de 2023