

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	500,00	290,00	145.000,00
2	ABDOMEN INFERIOR/PELVICO COM CONTRASTE		UN	500,00	290,00	145.000,00
3	ABDOMEN SUPERIOR COM CONTRASTE		UN	500,00	290,00	145.000,00
4	ABDOMEN SUPERIOR SEM CONTRASTE		UN	500,00	290,00	145.000,00
5	ABDOMEN TOTAL COM CONTRASTE		UN	500,00	390,00	195.000,00
6	ABDOMEN TOTAL SEM CONTRASTE		UN	500,00	390,00	195.000,00
7	ARTICULAÇÕES, EXTERNO CLAVICULAR, OMBROS, COTOVELOS, PUNHOS, SACROLIACAS, COXO-FEMURAL E JOELHOS SEM CONTRASTE		UN	30,00	290,00	8.700,00
8	ARTICULAÇÕES, EXTERNO CLAVICULAR, OMBROS, COTOVELOS, PUNHOS, SACROLIACAS, COXO-FEMURAL E JOELHOS COM CONTRASTE		UN	30,00	290,00	8.700,00
9	BIOPSIAS Biopsia de massa pulmonares		UN	30,00	820,00	24.600,00
10	BIOPSIAS Hepatica (pulmão)		UN	30,00	820,00	24.600,00
11	BIOPSIAS Mamas		UN	30,00	620,00	18.600,00
12	BIOPSIAS Próstata		UN	30,00	720,00	21.600,00
13	COLUNA CERVICAL TORAXICA E LOMBAR COM CONTRASTE		UN	50,00	290,00	14.500,00
14	COLUNA CERVICAL/TORACICA E LOMBAR SEM CONTRASTE		UN	50,00	290,00	14.500,00
15	COLUNA INTEIRA - SEM CONTRASTE		UN	50,00	1.140,00	57.000,00
16	COLUNA INTEIRA COM CONTRASTE		UN	50,00	1.270,00	63.500,00
17	CRÂNIO/ORBITA/SELA TURCICA		UN	500,00	290,00	145.000,00
18	CRÂNIO/ORBITA/SELA TURCICA COM CONTRASTE		UN	500,00	290,00	145.000,00
19	DOPPLER ABDOME		UN	30,00	370,00	11.100,00
20	DOPPLER AORTA		UN	30,00	230,00	6.900,00
21	DOPPLER BOLSA ESCROTAL		UN	30,00	305,00	9.150,00
22	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL MEMBROS INFERIORES BILATERAL		UN	30,00	512,00	15.360,00
23	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL MEMBROS SUPERIORES BILATERAL		UN	30,00	512,00	15.360,00
24	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL MEMBROS SUPERIORES UNILATRAL		UN	30,00	256,00	7.680,00
25	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL MENBROS INFERIORES UNILATERAL		UN	30,00	256,00	7.680,00
26	DOPPLER COLORIDO VASOS CERVICAIS ARTERIAL BILATERAL (CARÓTIDAS E VERTEBRAIS)		UN	30,00	287,00	8.610,00
27	DOPPLER COLORIDO VENOSO MENBROS INFERIORES UNILATERAL		UN	30,00	256,00	7.680,00
28	DOPPLER COLORIDO VENOSO MEMBROS INFERIORES BILATERAL		UN	30,00	512,00	15.360,00
29	DOPPLER COLORIDO VENOSO MENBROS SUPERIORES		UN	30,00	256,00	7.680,00
30	DOPPLER COLORIDO VENOSO MENBROS SUPERIORES BILATRAL		UN	30,00	512,00	15.360,00
31	DOPPLER OBSTETRICO		UN	300,00	280,00	84.000,00
32	DOPPLER ORGÃO SUPERFICIAIS (TIREOIDE, ESCROTO, PENIS E CRÂNIO)		UN	30,00	305,00	9.150,00
33	DOPPLER RENAL		UN	30,00	190,00	5.700,00

Anexo I

TERMO DE REFERENCIA

Itens	Discriminação dos produtos		Unid.	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
34	DOPPLER SISTEMA PORT/ HEPATICO		UN	30,00	370,00	11.100,00
35	DOPPLER TRANSVAGINAL		UN	30,00	332,00	9.960,00
36	EXTREMIDADES/SEGMENTOS APENDICULARES, BRAÇO, ANTEBRAÇO, COXA E PERNA - SEM CONTRASTE		UN	30,00	290,00	8.700,00
37	EXTREMIDADES/SEGMENTOS APENDICULARES, BRAÇO, ANTEBRAÇO, COXA E PERNA COM CONTRASTE		UN	30,00	290,00	8.700,00
38	MANDIBULA - SEM CONTRASTE		UN	30,00	290,00	8.700,00
39	MANDIBULA COM CONTRASTE		UN	30,00	290,00	8.700,00
40	MAXILAR/FACE COM CONTRASTE		UN	30,00	290,00	8.700,00
41	MAXILAR/FACE SEM CONTRASTE		UN	30,00	290,00	8.700,00
42	ÓRGÃOS SUPERFICIAIS (TIREOIDE/BOLSA ESCROTAL, PENIS)		UN	50,00	115,00	5.750,00
43	OUVIDO/MASTOIDE COM CONTRASTE		UN	30,00	290,00	8.700,00
44	OUVIDO/MASTOIDE SEM CONTRASTE		UN	30,00	290,00	8.700,00
45	REGIÃO DO PESCOÇO PARTES MOLES LARINGE TIREOIDE E FARINGE COM CONTRASTE		UN	30,00	290,00	8.700,00
46	REGIÃO DO PESCOÇO PARTES MOLES LARINGE TIREOIDE E FARINGE SEM CONTRASTE		UN	30,00	290,00	8.700,00
47	SEIOS DA FACE COM CONTRASTE		UN	30,00	290,00	8.700,00
48	SEIOS DA FACE SEM CONTRASTE		UN	30,00	290,00	8.700,00
49	TÓRAX COM CONTRASTE		UN	500,00	290,00	145.000,00
50	TÓRAX SEM CONTRASTE		UN	500,00	290,00	145.000,00
51	ULTRASSONOGRAFIA ARTICULAÇÕES		UN	30,00	115,00	3.450,00
52	Ultrassonografia Couro cabeludo		UN	30,00	180,00	5.400,00
53	ULTRASSONOGRAFIA ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL, AXILAS, TENDÃO)		UN	30,00	115,00	3.450,00
54	Ultrassonografia Glandulas salivares		UN	30,00	115,00	3.450,00
55	Ultrassonografia Globo ocular		UN	30,00	210,00	6.300,00
56	Ultrassonografia Mamas		UN	30,00	142,00	4.260,00
57	ULTRASSONOGRAFIA MUSCULO		UN	30,00	115,00	3.450,00
58	ULTRASSONOGRAFIA NUCAL		UN	30,00	115,00	3.450,00
59	Ultrassonografia Panturrilha		UN	30,00	115,00	3.450,00
60	Ultrassonografia Parede abdominal		UN	40,00	115,00	4.600,00
61	ULTRASSONOGRAFIA PARTES MOLES		UN	300,00	115,00	34.500,00
62	Ultrassonografia Próstata transretal		UN	30,00	115,00	3.450,00
63	Ultrassonografia Torax		UN	30,00	115,00	3.450,00
64	Ultrassonografia Transfontanela		UN	30,00	115,00	3.450,00
65	US COM PUNÇÃO Nódulos adicional		UN	30,00	25,00	750,00
66	US COM PUNÇÃO De nódulos e órgãos e estruturas superficiais (tireoide e linfonodomegalias)		UN	30,00	115,00	3.450,00
67	US COM PUNÇÃO Glândulas salivares (acrescentar nódulos adicional)		UN	30,00	290,00	8.700,00
68	US COM PUNÇÃO Mamas (acrescentar nódulos adicional)		UN	30,00	115,00	3.450,00
Total da Coleta:						2.266.740,00

Valor Total estimado da aquisição: 2.266.740,00 (dois milhões duzentos e sessenta e seis mil setecentos e quarenta reais).

Anexo I
TERMO DE REFERENCIA

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), 27 de Setembro de 2019