

## Anexo I

### TERMO DE REFERENCIA

**OBJETO: 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. VEZ QUE FOI DESERTO O PROCESSO Nº 203/2019 PREGÃO PRESENCIAL Nº. 55/2019.**

Itens	Discriminação dos produtos		Unid.	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
1	ABDOMEN INFERIOR/PELVICO - SEM CONTRASTE		UN	50,00	400,00	20.000,00
2	ABDOMEN INFERIOR/PELVICO COM CONTRASTE		UN	50,00	530,00	26.500,00
3	ABDOMEN SUPERIOR COM CONTRASTE		UN	50,00	630,00	31.500,00
4	ABDOMEN SUPERIOR SEM CONTRASTE		UN	50,00	500,00	25.000,00
5	ABDOMEN TOTAL COM CONTRASTE		UN	100,00	630,00	63.000,00
6	ABDOMEN TOTAL SEM CONTRASTE		UN	100,00	550,00	55.000,00
7	ARTICULAÇÕES, EXTERNO CLAVICULAR, OMBROS, COTOVELOS, PUNHOS, SACROLIACAS, COXO-FEMURAL E JOELHOS SEM CONTRASTE		UN	10,00	350,00	3.500,00
8	ARTICULAÇÕES, EXTERNO CLAVICULAR, OMBROS, COTOVELOS, PUNHOS, SACROLIACAS, COXO-FEMURAL E JOELHOS COM CONTRASTE		UN	10,00	480,00	4.800,00
9	BIOPSIAS Biopsia de massa pulmonares		UN	5,00	770,00	3.850,00
10	BIOPSIAS Hepatica (pulmão)		UN	5,00	770,00	3.850,00
11	BIOPSIAS Mamas		UN	5,00	570,00	2.850,00
12	BIOPSIAS Próstata		UN	5,00	670,00	3.350,00
13	COLUNA CERVICAL TORAXICA E LOMBAR COM CONTRASTE		UN	20,00	460,00	9.200,00
14	COLUNA CERVICAL/TORACICA E LOMBAR SEM CONTRASTE		UN	50,00	330,00	16.500,00
15	COLUNA INTEIRA - SEM CONTRASTE		UN	5,00	990,00	4.950,00
16	COLUNA INTEIRA COM CONTRASTE		UN	10,00	1.120,00	11.200,00
17	CRÂNIO/ORBITA/SELA TURCICA		UN	300,00	375,00	112.500,00
18	CRÂNIO/ORBITA/SELA TURCICA COM CONTRASTE		UN	50,00	505,00	25.250,00
19	DOPPLER ABDOME		UN	10,00	320,00	3.200,00
20	DOPPLER AORTA		UN	10,00	320,00	3.200,00
21	DOPPLER BOLSA ESCROTAL		UN	10,00	320,00	3.200,00
22	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL MEMBROS INFERIORES BILATERAL		UN	10,00	505,00	5.050,00
23	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL MEMBROS SUPERIORES BILATERAL		UN	10,00	505,00	5.050,00
24	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL MEMBROS SUPERIORES UNILATERAL		UN	5,00	330,00	1.650,00
25	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL MENBROS INFERIORES UNILATERAL		UN	5,00	330,00	1.650,00
26	DOPPLER COLORIDO VASOS CERVICAIS ARTERIAL BILATERAL (CARÓTIDAS E VERTEBRAIS)		UN	5,00	320,00	1.600,00
27	DOPPLER COLORIDO VENOSO MEMBROS INFERIORES UNILATERAL		UN	10,00	330,00	3.300,00
28	DOPPLER COLORIDO VENOSO MEMBROS INFERIORES BILATERAL		UN	15,00	505,00	7.575,00
29	DOPPLER COLORIDO VENOSO MENBROS SUPERIORES		UN	10,00	505,00	5.050,00

## Anexo I

### TERMO DE REFERENCIA

Itens	Discriminação dos produtos		Unid.	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
30	DOPPLER COLORIDO VENOSO MENBROS SUPERIORES BILATRAL		UN	10,00	505,00	5.050,00
31	DOPPLER OBSTETRICO		UN	100,00	320,00	32.000,00
32	DOPPLER ORGÃO SUPERFICIAIS (TIREOIDE, ESCROTO, PENIS E CRÂNIO)		UN	5,00	320,00	1.600,00
33	DOPPLER RENAL		UN	5,00	320,00	1.600,00
34	DOPPLER SISTEMA PORT/ HEPATICO		UN	5,00	320,00	1.600,00
35	DOPPLER TRANSVAGINAL		UN	5,00	320,00	1.600,00
36	EXTREMIDADES/SEGMENTOS APENDICULARES, BRAÇO, ANTEBRAÇO, COXA E PERNA - SEM CONTRASTE		UN	5,00	350,00	1.750,00
37	EXTREMIDADES/SEGMENTOS APENDICULARES, BRAÇO, ANTEBRAÇO, COXA E PERNA COM CONTRASTE		UN	5,00	480,00	2.400,00
38	MANDIBULA - SEM CONTRASTE		UN	5,00	375,00	1.875,00
39	MANDIBULA COM CONTRASTE		UN	5,00	505,00	2.525,00
40	MAXILAR/FACE COM CONTRASTE		UN	5,00	375,00	1.875,00
41	MAXILAR/FACE SEM CONTRASTE		UN	5,00	505,00	2.525,00
42	ÓRGÃOS SUPERFICIAIS (TIREOIDE/BOLSA ESCROTAL, PENIS)		UN	15,00	160,00	2.400,00
43	OUVIDO/MASTOIDE COM CONTRASTE		UN	5,00	550,00	2.750,00
44	OUVIDO/MASTOIDE SEM CONTRASTE		UN	5,00	420,00	2.100,00
45	REGIÃO DO PESCOÇO PARTES MOLES LARINGE TIREOIDE E FARINGE COM CONTRASTE		UN	5,00	530,00	2.650,00
46	REGIÃO DO PESCOÇO PARTES MOLES LARINGE TIREOIDE E FARINGE SEM CONTRASTE		UN	5,00	400,00	2.000,00
47	SEIOS DA FACE COM CONTRASTE		UN	5,00	505,00	2.525,00
48	SEIOS DA FACE SEM CONTRASTE		UN	10,00	375,00	3.750,00
49	TÓRAX COM CONTRASTE		UN	100,00	530,00	53.000,00
50	TÓRAX SEM CONTRASTE		UN	100,00	400,00	40.000,00
51	ULTRASSONOGRAFIA ARTICULAÇÕES		UN	5,00	130,00	650,00
52	Ultrassonografia Couro cabeludo		UN	5,00	130,00	650,00
53	ULTRASSONOGRAFIA ESTRUTURAS SUPERFICIAIS ( CERVICAL, AXILAS, TENDAO)		UN	5,00	130,00	650,00
54	Ultrassonografia Glandulas salivares		UN	5,00	160,00	800,00
55	Ultrassonografia Globo ocular		UN	5,00	160,00	800,00
56	Ultrassonografia Mamas		UN	5,00	160,00	800,00
57	ULTRASSONOGRAFIA MUSCULO		UN	5,00	130,00	650,00
58	ULTRASSONOGRAFIA NUCAL		UN	5,00	160,00	800,00
59	Ultrassonografia Panturrilha		UN	5,00	130,00	650,00
60	Ultrassonografia Parede abdominal		UN	5,00	130,00	650,00
61	ULTRASSONOGRAFIA PARTES MOLES		UN	30,00	130,00	3.900,00
62	Ultrassonografia Próstata transretal		UN	5,00	230,00	1.150,00
63	Ultrassonografia Torax		UN	5,00	130,00	650,00
64	Ultrassonografia Transfontanela		UN	20,00	230,00	4.600,00
65	US COM PUNÇÃO Nódulos adicional		UN	5,00	240,00	1.200,00
66	US COM PUNÇÃO De nódulos e órgãos e estruturas superficiais (tireoide e linfonodomegalias)		UN	5,00	240,00	1.200,00

**Anexo I**  
**TERMO DE REFERENCIA**

Itens	Discriminação dos produtos		Unid.	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
67	US COM PUNÇÃO Glândulas salivares (acrescentar nódulos adicional)		UN	5,00	240,00	1.200,00
68	US COM PUNÇÃO Mamas (acrescentar nódulos adicional)		UN	5,00	240,00	1.200,00
Total da Coleta:						653.100,00

**Valor Total estimado da aquisição: 653.100,00 (seiscentos e cinquenta e três 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. VEZ QUE FOI DESERTO O PROCESSO Nº 203/2019 PREGÃO PRESENCIAL Nº. 55/2019.**

**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), 22 de Dezembro de 2019**