

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	480,00	14.400,00
2	ABDOMEN INFERIOR/PELVICO COM CONTRASTE		UN	30,00	610,00	18.300,00
3	ABDOMEN SUPERIOR COM CONTRASTE		UN	50,00	710,00	35.500,00
4	ABDOMEN SUPERIOR SEM CONTRASTE		UN	50,00	580,00	29.000,00
5	ARTICULAÇÕES, EXTERNO CLAVICULAR, OMBROS, COTOVELOS, PUNHOS, SACROLIACAS, COXO-FEMURAL E JOELHOS SEM CONTRASTE		UN	10,00	430,00	4.300,00
6	ARTICULAÇÕES, EXTERNO CLAVICULAR, OMBROS, COTOVELOS, PUNHOS, SACROLIACAS, COXO-FEMURAL E JOELHOS COM CONTRASTE		UN	10,00	560,00	5.600,00
11	COLUNA CERVICAL TORAXICA OU LOMBAR COM CONTRASTE		UN	20,00	530,00	10.600,00
12	COLUNA INTEIRA - SEM CONTRASTE		UN	5,00	1.590,00	7.950,00
13	COLUNA INTEIRA COM CONTRASTE		UN	10,00	1.720,00	17.200,00
14	CRÂNIO/ORBITA/SELA TURCICA		UN	300,00	455,00	136.500,00
15	CRÂNIO/ORBITA/SELA TURCICA COM CONTRASTE		UN	50,00	585,00	29.250,00
16	DOPPLER ABDOME		UN	10,00	680,00	6.800,00
17	DOPPLER AORTA		UN	10,00	680,00	6.800,00
18	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL MEMBROS INFERIORES BILATERAL		UN	20,00	560,00	11.200,00
19	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL MEMBROS SUPERIORES BILATERAL		UN	10,00	560,00	5.600,00
20	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL MEMBROS SUPERIORES UNILATRAL		UN	10,00	400,00	4.000,00
21	DOPPLER COLORIDO VASOS CERVICAIS ARTERIAL BILATERAL (CARÓTIDAS E VERTEBRAIS)		UN	5,00	400,00	2.000,00
22	DOPPLER COLORIDO VASOS CERVICAIS ARTERIAL UNILATERAL- (CARÓTIDAS E VERTEBRAIS)		UN	5,00	400,00	2.000,00
23	DOPPLER COLORIDO VASOS CERVICAIS ARTERIAL UNILATERAL - (CARÓTIDAS E VERTEBRAIS)		UN	5,00	400,00	2.000,00
24	DOPPLER COLORIDO VENOSO MEMBROS INFERIORES BILATERAL		UN	15,00	560,00	8.400,00
25	DOPPLER COLORIDO VENOSO MENBROS SUPERIORES		UN	15,00	560,00	8.400,00
26	DOPPLER COLORIDO VENOSO MENBROS SUPERIORES BILATRAL		UN	15,00	560,00	8.400,00

Anexo I

TERMO DE REFERENCIA

Itens	Discriminação dos produtos	Unid.	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
27	DOPPLER COLORIDO VENOSO VASOS CERVICAIS BILATERAL- (CARÓTIDAS E VERTEBRAIS)	UN	5,00	400,00	2.000,00
28	DOPPLER OBSTETRICO	UN	50,00	370,00	18.500,00
29	DOPPLER ORGÃO SUPERFICIAIS (TIREOIDE, ESCROTO, PENIS OU CRÂNIO)	UN	10,00	280,00	2.800,00
30	DOPPLER RENAL	UN	10,00	680,00	6.800,00
31	DOPPLER SISTEMA PORT/ HEPATICO	UN	5,00	680,00	3.400,00
32	DOPPLER TRANSVAGINAL	UN	5,00	280,00	1.400,00
33	EXTREMIDADES/SEGMENTOS APENDICULARES, BRAÇO, ANTEBRAÇO, COXA E PERNA COM CONTRASTE	UN	5,00	560,00	2.800,00
34	EXTREMIDADES/SEGMENTOS SEM CONTRASTE BILATERAL- APENDICULARES, BRAÇO, ANTEBRAÇO, COXA OU PERNA - SEM CONTRASTE BILATERAL.	UN	5,00	430,00	2.150,00
35	EXTREMIDADES/SEGMENTOS SEM CONTRASTE UNILATERAL- APENDICULARES, BRAÇO, ANTEBRAÇO, COXA OU PERNA - SEM CONTRASTE UNILATERAL.	UN	5,00	430,00	2.150,00
36	MANDIBULA - SEM CONTRASTE	UN	7,00	450,00	3.150,00
37	MANDIBULA COM CONTRASTE	UN	5,00	580,00	2.900,00
38	MAXILAR/FACE COM CONTRASTE	UN	5,00	710,00	3.550,00
39	MAXILAR/FACE SEM CONTRASTE	UN	5,00	560,00	2.800,00
40	ÓRGÃOS SUPERFICIAIS (TIREOIDE/BOLSA ESCROTAL, PENIS)	UN	15,00	210,00	3.150,00
41	OUVIDO/MASTOIDE COM CONTRASTE	UN	5,00	630,00	3.150,00
42	OUVIDO/MASTOIDE SEM CONTRASTE	UN	5,00	500,00	2.500,00
43	REGIÃO DO PESCOÇO PARTES MOLES LARINGE TIREOIDE E FARINGE COM CONTRASTE	UN	5,00	610,00	3.050,00
44	SEIOS DA FACE SEM CONTRASTE	UN	10,00	455,00	4.550,00
45	TÓRAX COM CONTRASTE	UN	100,00	610,00	61.000,00
46	Ultrassonografia Couro cabeludo	UN	5,00	210,00	1.050,00
47	ULTRASSONOGRRAFIA ESTRUTURAS SUPERFICIAIS (CERVICAL, AXILAS, TENDÃO)	UN	5,00	210,00	1.050,00
48	Ultrassonografia Glandulas salivares	UN	5,00	190,00	950,00
49	Ultrassonografia Globo ocular	UN	5,00	210,00	1.050,00
50	Ultrassonografia Mamas	UN	5,00	250,00	1.250,00
51	ULTRASSONOGRRAFIA NUCAL	UN	5,00	210,00	1.050,00
52	Ultrassonografia Panturrilha	UN	5,00	190,00	950,00
53	Ultrassonografia Parede abdominal	UN	5,00	250,00	1.250,00
54	ULTRASSONOGRRAFIA PARTES MOLES	UN	30,00	210,00	6.300,00
55	Ultrassonografia Próstata transretal	UN	5,00	370,00	1.850,00

Anexo I
TERMO DE REFERENCIA

Itens	Discriminação dos produtos		Unid.	Quant.	Valor Unit.	Valor Total
56	Ultrassonografia Torax		UN	10,00	280,00	2.800,00
57	Ultrassonografia Transfontanela		UN	20,00	210,00	4.200,00
58	US COM PUNÇÃO Nódulos adicional		UN	5,00	290,00	1.450,00
59	US COM PUNÇÃO De nódulos e órgãos e estruturas superficiais (tireoide e linfonodomegalias)		UN	5,00	290,00	1.450,00
60	US COM PUNÇÃO Glândulas salivares (acrescentar nódulos adicional)		UN	5,00	290,00	1.450,00
61	US COM PUNÇÃO Mamas (acrescentar nódulos adicional)		UN	5,00	290,00	1.450,00
62	US DE ABDOMÊN TOTAL RN		UN	5,00	290,00	1.450,00
Total da Coleta:						537.000,00

Valor Total estimado da aquisição: 537.000,00 (quinhentos e trinta e sete mil 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), 7 de Janeiro de 2022