



Prefeitura Municipal de Fronteira - MG

ANEXO I - TERMO DE REFERÊNCIA

ESPECIFICAÇÕES/CUSTO ESTIMADO

Processo nº: 0025966

Modalidade: Pregão - RP 74

Edital nº: 120/2018

Tipo: Menor Preço Por Item

Objeto: REGISTRO DE PREÇOS PARA CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA EM SERVIÇOS AUXILIARES DE DIAGNOSE, PARA REALIZAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES DE DIAGNOSTICOS POR IMAGEM E OUTROS FINS, POR UM PERIODO DE 12 (DOZE) MESES

1. DADOS DO SOLICITANTE:

1.1. PREFEITURA MUNICIPAL DE FRONTEIRA – MG.

2. LOCALIZAÇÃO:

2.1.AV. MINAS GERAIS Nº 141 – CENTRO – FRONTEIRA – MG.

2.2. FONE: (34) 3428 – 2762 / 3428-2002

3. ITENS

3.1. COTA PRINCIPAL

001	675 SE ANATOMOPOTOLÓGICO - R\$ 90,27
003	3 SE ANGIOTOMOGRÁFIA (CRANIO, PESCOÇO, TORAX, ABDOMEN SUP. OU S/ CONTRASTE - R\$ 734,83
005	57 SE ATO DA COLETA PUNÇÃO BIÓPSIA ASPIRAT, AGULHA FINA, ORG - R\$ 275,00
007	225 SE BIÓPSIA ENDOSCOPIA 4 UNIDADES - R\$ 138,00
009	113 SE ECOCARDIOGRAMA BIDIMENSIONAL COM DOPPLER - R\$ 222,16
011	6 SE ECODOPPLER FETAL - R\$ 252,47
012	2 SE ECODOPPLER FETAL - R\$ 252,47
013	29 SE ELETROENCEFALOGRAMA DIGITAL MAIS MAPEAMENTO CEREBRAL - R\$ 250,50
015	9 SE ELETRONEUROMIOGRAFIA MMII - R\$ 340,00
017	6 SE ELETRONEUROMIOGRAFIA MMSS - R\$ 340,00
019	57 SE EXAME COMPLEMENTAR ULTRASSOM PROSTATA - VIA ABDOMINAL - R\$ 88,33
021	30 SE EXAME COMPLEMENTAR DE ULTRASSOM PROSTATA - VIA RETAL - R\$ 106,67
023	1 SE EXAME ANGIOGRAFIA POR RM S/ CONTRASTE - R\$ 500,00
025	4 SE EXAME COMPLEMENTAR DE DENSITOMETRIA ÓSSEA - R\$ 184,06



- 027 225 SE EXAME COMPLEMENTAR DE ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGÍLIA COM OU SEM FOTO ESTÍMULO - R\$ 122,13
- 029 3 SE EXAME COMPLEMENTAR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA BACIA OU PÉLVIS R\$500,80
- 031 12 SE EXAME COMP. RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COLUNA CERVICAL R\$ 508,40
- 033 4 SE EXAME COMPLEMENTAR DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MAMA - R\$ 598,00
- 035 4 SE EXAME COMPLEMENTAR DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO CRÂNIO - R\$ 500,80
- 037 6 SE EXAME COMPLEMENTAR DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO UNILATERAL - R\$ 513,50
- 039 4 SE EXAME COMPLEMENTAR DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO OMBRO UNILATERAL - R\$ 501,00
- 041 5 SE EXAME COMPLEMENTAR DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA ANGIOTOMOGRAFIA R\$ 484,50
- 043 1 SE EXAME COMPLEMENTAR TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA COLUNA TORÁXIA R\$ 360,00
- 045 4 SE EXAME COMPLEMENTAR DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO - R\$ 340,00
- 047 8 SE EXAME COMPLEMENTAR DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL, DORSAL E LOMBAR - R\$ 382,00
- 049 1 SE EXAME COMPLEMENTAR DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA OU SELA TURCICA OU ORBITAS - R\$ 363,33
- 051 57 SE EXAME COMPLEMENTAR DE ULTRASSOM ARTICULAÇÃO - R\$ 89,82
- 053 30 SE EXAME COMPLEMENTAR ULTRASSOM DE ORGÃO E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS - R\$ 83,78
- 055 60 SE EXAME COMPLEMENTAR DE ULTRASSOM DE PAREDE ABDOMINAL - R\$ 92,33
- 057 57 SE EXAME COMPLEMENTAR DE ULTRASSOM OBSTÉTRICO - R\$ 107,18
- 059 15 SE EXAME COMPLEMENTAR ULTRASSOM OBSTÉTRICO COM DOPPLER - R\$ 237,11
- 061 8 SE EXAME COMPLEMENTAR ULTRASSOM OBSTÉTRICO MORFOLÓGICO - R\$ 183,61
- 063 8 SE EXAME COMPLEMENTAR DE ULTRASSOM TRANSLUCÊNCIA NUCAL - R\$ 172,64
- 065 225 SE EXAME COMPLEMENTAR DE ULTRASSOM TRANSVAGINAL - R\$ 100,72
- 067 225 SE EXAME COMPLEMENTAR ENDOSCOPIA - R\$ 350,00
- 069 6 SE EXAME COMPLEMENTAR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COLUNA LOMBAR R\$ 490,80
- 071 4 SE EXAME COMPLEMENTAR TESTE ERGOMÉTRICO - R\$ 162,72
- 073 15 SE EXAME COMPLEMENTAR ULTRASSOM PÉLVICA - R\$ 88,85
- 075 12 SE EXAME DE TC DE PELVE OU BACIA - R\$ 364,00
- 077 12 SE EXAME DE TOMOGRAFIA COMPLETA DE TORAX - R\$ 381,67
- 079 4 SE EXAME DE TOMOGRAFIA COMPLETA PESCOÇO - R\$ 350,83
- 081 4 UN EXAME DE ULTRA-SONOGRAFIA - BOLSA ESCROTAL - R\$ 101,81
- 083 113 SE EXAME DE ULTRASSOM ABDOME TOTAL - R\$ 128,09
- 085 225 SE EXAME DE ULTRASSOM APARELHO URINÁRIO - R\$ 93,59
- 087 15 SE EXAME DE ULTRASSOM CAROTIDAS BILATERAL - R\$ 212,50
- 089 8 SE EXAME DE ULTRASSOM COM DOPPLER BOLSA ESCROTAL - R\$ 253,75
- 091 30 SE EXAME DE ULTRASSOM DOPPLER DE MEMBROS MMII - R\$ 363,27
- 093 8 SE EXAME DE ULTRASSOM DOPPLER DE MEMBROS MMSS - R\$ 366,59
- 095 38 SE EXAME DE ULTRASSOM MAMA - R\$ 94,14
- 097 12 SE EXAME DE ULTRASSOM REGIÃO INGUINAL - R\$ 92,72
- 099 4 SE EXAME DE URODINAMICA COMPLETA - R\$ 235,00



101	6 SE EXAME HOLTER - R\$ 129,30
103	57 SE EXAME TOMOGRAFIA COMPLETA - CRANIO - R\$ 355,00
105	23 SE EXAME TOMOGRAFIA COMPLETA - FACE E SEIOS - R\$ 355,00
107	30 SE EXAME TOMOGRAFIA COMPLETA DE ABDOMEN SUPERIOR - R\$ 345,02
109	8 SE EXAME ULTRASSOM - TORAX (EXTRA-CARDIACO) - R\$ 188,00
111	23 SE EXAME ULTRASSOM DE ABDOMEM SUPERIOR - R\$ 164,55
113	4 SE EXAME ULTRASSOM PERFIL - BIOFISICO DO FETO - PBF - R\$ 188,75
115	38 SE PORTE ANESTÉSICO - R\$ 325,00
117	5 SE RESSONÂNCIA DE ABDOMEN SUPERIOR - R\$ 544,40
119	1 SE RESSONÂNCIA DE COTOVELO OU PUNHO - UNILATERAL - R\$ 501,00
120	8 SE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORACIA - R\$ 476,00
122	4 SE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TORAX - R\$ 518,40
124	6 SE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TORNOZELO OU PÉ - R\$ 501,00
126	1 SE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA - PESCOÇO OU LARINGE - R\$ 485,50

3.2. COTA RESERVADA À MICROEMPRESAS E EMPRESAS DE PEQUENO PORTE

002	225 SE ANATOMOPOTOLÓGICO - R\$ 90,27
004	1 SE ANGIOTOMOGRAFIA (CRANIO, PESCOÇO, TORAX, ABDOMEN SUP. OU S/ CONTRASTE R\$ 734,83
006	18 SE ATO DA COLETA PUNÇÃO BIOPSIA ASPIRAT, AGULHA FINA, ORG - R\$ 275,00
008	75 SE BIOPSIA ENDOSCOPIA 4 UNIDADES - R\$ 138,00
010	37 SE ECOCARDIOGRAMA BIDIMENSIONAL COM DOPPLER - R\$ 222,16
012	2 SE ECODOPPLER FETAL - R\$ 252,47
014	9 SE ELETROENCEFALOGRAMA DIGITAL MAIS MAPEAMENTO CEREBRAL - R\$ 250,50
016	3 SE ELETRONEUROMIOGRAFIA MMII - R\$ 340,00
018	2 SE ELETRONEUROMIOGRAFIA MMSS - R\$ 340,00
020	18 SE EXAME COMPLEMENTAR ULTRASSOM PROSTATA - VIA ABDOMINAL - R\$ 88,33
022	10 SE EXAME COMPLEMENTAR DE ULTRASSOM PROSTATA - VIA RETAL - R\$ 106,67
024	1 SE EXAME ANGIOGRAFIA POR RM S/ CONTRASTE - R\$ 500,00
026	1 SE EXAME COMPLEMENTAR DE DENSITOMETRIA ÓSSEA - R\$ 184,06
028	75 SE EXAME COMPLEMENTAR DE ELETROENCEFALOGRAMA EM VIGÍLIA COM OU SEM FOTO ESTÍMULO - R\$ 122,13
030	1 SE EXAME COMPLEMENTAR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA BACIA OU PÉLVIS- R\$ 500,80
032	3 SE EXAME COMP. DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COLUNA CERVICAL - R\$ 508,40
034	1 SE EXAME COMPLEMENTAR DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MAMA - R\$ 598,00
036	1 SE EXAME COMPLEMENTAR DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO CRÂNIO - R\$ 500,80
038	2 SE EXAME COMPLEMENTAR DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO JOELHO UNILATERAL - R\$ 513,50
040	1 SE EXAME COMP. DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA OMBRO UNILATERAL - R\$ 501,00
042	1 SE EXAME COMP. TOMOGRAFIA COMPUT. ANGIOTOMOGRAFIA - R\$ 484,50
044	1 SE EXAME COMP. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA COLUNA TORÁXIA - R\$ 360,00



- 046 1 SE EXAME COMP. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÃO - R\$ 340,00
- 048 2 SE EXAME COMPLEMENTAR DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL, DORSAL E LOMBAR - R\$ 382,00
- 050 1 SE EXAME COMPLEMENTAR DE TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA OU SELA TURCICA OU ORBITAS - R\$ 363,33
- 052 18 SE EXAME COMPLEMENTAR DE ULTRASSOM ARTICULAÇÃO - R\$ 89,82
- 054 10 SE EXAME COMPLEMENTAR ULTRASSOM DE ORGÃO E ESTRUTURAS SUPERFICIAIS - R\$ 83,78
- 056 20 SE EXAME COMPLEMENTAR DE ULTRASSOM DE PAREDE ABDOMINAL - R\$ 92,33
- 058 18 SE EXAME COMPLEMENTAR DE ULTRASSOM OBSTÉTRICO - R\$ 107,18
- 060 5 SE EXAME COMPLEMENTAR ULTRASSOM OBSTÉTRICO COM DOPPLER - R\$ 237,11
- 062 2 SE EXAME COMPLEMENTAR ULTRASSOM OBSTÉTRICO MORFOLÓGICO - R\$ 183,61
- 064 2 SE EXAME COMPLEMENTAR DE ULTRASSOM TRANSLUCÊNCIA NUCAL - R\$ 172,64
- 066 75 SE EXAME COMPLEMENTAR DE ULTRASSOM TRANSVAGINAL - R\$ 100,72
- 068 75 SE EXAME COMPLEMENTAR ENDOSCOPIA - R\$ 350,00
- 070 2 SE EXAME COMPLEMENTAR RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COLUNA LOMBAR R\$ 490,80
- 072 1 SE EXAME COMPLEMENTAR TESTE ERGOMÉTRICO - R\$ 162,72
- 074 5 SE EXAME COMPLEMENTAR ULTRASSOM PÉLVICA - R\$ 88,85
- 076 3 SE EXAME DE TC DE PELVE OU BACIA - R\$ 364,00
- 078 3 SE EXAME DE TOMOGRAFIA COMPLETA DE TORAX - R\$ 381,67
- 080 1 SE EXAME DE TOMOGRAFIA COMPLETA PESCOÇO - R\$ 350,83
- 082 1 UN EXAME DE ULTRA-SONOGRAFIA - BOLSA ESCROTAL - R\$ 101,81
- 084 37 SE EXAME DE ULTRASSOM ABDOME TOTAL - R\$ 128,09
- 086 75 SE EXAME DE ULTRASSOM APARELHO URINÁRIO - R\$ 93,59
- 088 5 SE EXAME DE ULTRASSOM CAROTIDAS BILATERAL - R\$ 212,50
- 090 2 SE EXAME DE ULTRASSOM COM DOPPLER BOLSA ESCROTAL - R\$ 253,75
- 092 10 SE EXAME DE ULTRASSOM DOPPLER DE MEMBROS MMII - R\$ 363,27
- 094 2 SE EXAME DE ULTRASSOM DOPPLER DE MEMBROS MMSS - R\$ 366,59
- 096 12 SE EXAME DE ULTRASSOM MAMA - R\$ 94,14
- 098 3 SE EXAME DE ULTRASSOM REGIÃO INGUINAL - R\$ 92,72
- 100 1 SE EXAME DE URODINAMICA COMPLETA - R\$ 235,00
- 102 2 SE EXAME HOLTER - R\$ 129,30
- 104 18 SE EXAME TOMOGRAFIA COMPLETA - CRANIO - R\$ 355,00
- 106 7 SE EXAME TOMOGRAFIA COMPLETA - FACE E SEIOS - R\$ 355,00
- 108 10 SE EXAME TOMOGRAFIA COMPLETA DE ABDOMEN SUPERIOR - R\$ 345,02
- 110 2 SE EXAME ULTRASSOM - TORAX (EXTRA-CARDIACO) - R\$ 188,00
- 112 7 SE EXAME ULTRASSOM DE ABDOMEM SUPERIOR - R\$ 164,55
- 114 1 SE EXAME ULTRASSOM PERFIL - BIOFISICO DO FETO - PBF - R\$ 188,75
- 116 12 SE PORTE ANESTÉSICO - R\$ 325,00
- 118 1 SE RESSONÂNCIA DE ABDOMEN SUPERIOR - R\$ 544,40
- 121 2 SE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORACIA - R\$ 476,00



- 123 1 SE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TORAX - R\$ 518,40
125 2 SE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TORNOZELO OU PÉ - R\$ 501,00
127 1 SE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA - PESCOÇO OU LARINGE - R\$ 485,50

4. JUSTIFICATIVA

4.1. A contratação da empresa especializada para realização de exames de imagens, se faz necessária levando em consideração que na Unidade Mista de Saúde deste Município de Fronteira/MG., não ha equipamentos apropriados para realização dos exames. Considera-se tambem para a contratação em tela a situação de que a Regional de Uberaba e a nossa microregional Frutal nao atendem a demanda de exames do município que é maior que a quantidade pactuada com o prestador do SUS..

4.2. A utilização do Sistema de Registro de Preços se dá pelos seguintes motivos:

- a) necessidade de compras habituais;
- b) viabilidade da entrega parcelada;
- c) impossibilidade de definição prévia da quantidade exata da demanda; e
- d) conveniencia a mais de um órgão da Administração.

5. LOCAL/DATA E HORARIO PARA CREDENCIAMENTO:

5.1. Poderão se credenciar todos os interessados em participar deste pregão, até o dia **17 de dezembro de 2018, às 13:30** no **DEPARTAMENTO DE LICITAÇÕES – na Av. Minas Gerais nº 141 - centro – Fronteira/MG.**

6. VALOR ESTIMADO:

~~FRONTEIRA, 11 DE DEZEMBRO DE 2018. O MUNICÍPIO DE FRONTEIRA, MG, Nº 609/2018, até o dia 19 de dezembro de 2018, no prazo máximo de 10 dias corridos, da realização dos mesmos;~~

7.4. A empresa deverá disponibilizar os resultados dos exames em sua sede e deverá obrigatoriamente envia-los através do email secsaude@fronteira.mg.gov.br;

7.5. Os exames devem ser realizados nas dependências da empresa vencedora, atendendo os requisitos legais e sanitários;

7.6. A empresa vencedora será responsável pelo material necessário aos Diagnósticos para a realização do procedimento;

7.7. A Empresa vencedora deve permitir o acompanhamento e a fiscalização do Contratante ou da comissão designada para tal;

7.8. Não será permitida a realização de exames sem prévia requisição e agendamento;

7.9. Correrão por conta da empresa vencedora todas as despesas de seguros, tributos, encargos trabalhistas e previdenciários, decorrentes da execução dos serviços.



8. DO PAGAMENTO:

8.1. O pagamento será efetuado no prazo de 30 (trinta) dias, contados do recebimento das notas fiscais.

8.2. A nota fiscal será emitida de acordo com a Autorização de Fornecimento emitida pela Secretaria Municipal de Saúde/FMS.

8.3. O(s) pagamento(s) será(ão) efetuado(s) na sede da Prefeitura Municipal de Fronteira, após a emissão de Nota de Liquidação de Despesa em cheque nominal ao credor ou TED transferência eletrônica disponível.

8.4. As Notas Fiscais deverão ser emitidas conforme as Autorizações de Fornecimento.

8.5. Caso a Nota Fiscal/Fatura seja devolvida pela Prefeitura, por estar inexata, será contado novo prazo para o pagamento a partir da data de sua reapresentação.

9. DEMONSTRATIVO DE RESULTADOS A SEREM ALCANÇADOS

9.1. EM TERMOS DE ECONOMICIDADE

A economicidade a ser obtida pela Administração, em relação à prestação de serviços em questão, poderá ser conseguida pelo recurso da competitividade entre empresas do ramo, mediante regular e adequado processo e procedimento licitatório, cujo fator preponderante certamente será o de MENOR PREÇO. Assim mediante tal critério e/ou parâmetro, necessariamente a Administração obterá a economia, não obstante seja ela uma expectativa que dependera diretamente do preço praticado no mercado em relação ao objeto ofertado pela empresa, cuja escolha recairá naquela que cotar o menor preço.

10. DESIGNAÇÃO DO PREGOEIRO E EQUIPE DE APOIO

10.1. Fica designado os seguintes membros para promover o pregão presencial, de acordo com o Decreto Municipal nº 3.641 de 22 de março de 2018.

ELAINE PINESSO – PREGOEIRA

MARCIO ANTONIO FERREIRA - MEMBRO DA EQUIPE DE APOIO

REGEANE HELENA RAMOS – MEMBRO DA EQUIPE DE APOIO

FRONTEIRA, 3 de dezembro de 2018.

Márcia Rosana Toledo Guerra
Gestora Municipal de Saúde

RATIFICO O TERMO DE REFERÊNCIA:

3 de dezembro de 2018

MARCELO MENDES PASSUELO
Prefeito Municipal