



MUNICIPIO DE SANTA MARIA DO OESTE - ESTADO DO PARANÁ

CNPJ: 95.684.544/0001-26

RUA JOSÉ DE FRANÇA PEREIRA, Nº 10 - CEP: 85.230-000 - FONE/FAX: (42) 3644-1359



FLS. 199

EXTRATO DE CONTRATO ADMINISTRATIVO Nº 131/2017

Contratante: O MUNICIPIO DE SANTA MARIA DO OESTE, pessoa Jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ do MF sob nº 95.684.544/0001-26, com sede na Rua José de França Pereira, 10 – Santa Maria do Oeste – Pr, neste ato representado por seu prefeito municipal, Sr. **JOSÉ REINOLDO OLIVEIRA**.

Contratado: IRMANDADE SÃO VICENTE DE PAULO, inscrita no CNPJ n.º 80.147.804/0001-57, situada na Rua João Gonçalves Padilha, 190, Centro, Município de Pitanga/Pr.

OBJETO: “CONTRATAÇÃO DE EMPRESA PARA REALIZAÇÃO DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS, EXAMES COMPLEMENTARES ESPECIALIZADOS, PROCEDIMENTOS ORTOPÉDICOS E INTERNAMENTOS EXTRA-COTA, PARA ATENDIMENTO A PACIENTES DA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO OESTE”.

Item	Nome do produto/serviço	Quant	Un	Preço máximo	Preço máximo total
2	CESARIANA DE ALTO RISCO	5,00	UN	3.200,00	16.000,00
3	CESARIANAS	5,00	UN	2.800,00	14.000,00
20	CURETAGEM	5,00	UN	1.800,00	9.000,00
36	EXAME RADIOLOGICO ANTEBRAÇO	15,00	UN	45,00	675,00
37	EXAME RADIOLOGICO ANTEBRAÇO COM LAUDO	12,00	UN	45,00	540,00
38	EXAME RADIOLOGICO BRAÇO	15,00	UN	45,00	675,00
39	EXAME RADIOLOGICO BRAÇO COM LAUDO	12,00	UN	45,00	540,00
41	EXAME RADIOLOGICO CERVICAL COM LAUDO	12,00	UN	50,00	600,00
42	EXAME RADIOLOGICO CLAVICULA	12,00	UN	45,00	540,00
43	EXAME RADIOLOGICO CLAVICULA COM LAUDO	12,00	UN	45,00	540,00
45	EXAME RADIOLOGICO COLUNA DORSAL C/ LAUDO	12,00	UN	55,00	660,00
47	EXAME RADIOLOGICO COLUNA LOMBAR C/ LAUDO	12,00	UN	55,00	660,00
49	EXAME RADIOLOGICO DA BACIA C/ LAUDO	12,00	UN	55,00	660,00
52	EXAME RADIOLOGICO DA MÃO C/ LAUDO	27,00	UN	45,00	1.215,00
54	EXAME RADIOLOGICO DA PERNA C/ LAUDO	12,00	UN	45,00	540,00
55	EXAME RADIOLOGICO DO ABDOMEN C/ LAUDO	12,00	UN	55,00	660,00
56	EXAME RADIOLOGICO DO CRÂNIO	20,00	UN	45,00	900,00
57	EXAME RADIOLOGICO DO CRANIO C/ LAUDO	20,00	UN	55,00	1.100,00
59	EXAME RADIOLOGICO DO FEMUR C/	12,00	UN	55,00	660,00



MUNICIPIO DE SANTA MARIA DO OESTE - ESTADO DO PARANÁ

CNPJ: 95.684.544/0001-26

RUA JOSÉ DE FRANÇA PEREIRA, Nº 10 - CEP: 85.230-000 - FONE/FAX: (42) 3644-1359



Santa Maria do Oeste
Cidade de um Novo Horizonte

FLS. 200

	LAUDO				
60	EXAME RADIOLOGICO DO JOELHO	15,00	UN	45,00	675,00
61	EXAME RADIOLOGICO DO PÉ	15,00	UN	45,00	675,00
62	EXAME RADIOLOGICO DO PÉ C/ LAUDO	12,00	UN	45,00	540,00
63	EXAME RADIOLOGICO DO PUNHO	15,00	UN	45,00	675,00
64	EXAME RADIOLOGICO DO PUNHO C/ LAUDO	12,00	UN	45,00	540,00
66	EXAME RADIOLOGICO DO QUADRIL C/ LAUDO	12,00	UN	55,00	660,00
67	EXAME RADIOLOGICO DO SEIO DA FACE	15,00	UN	45,00	675,00
68	EXAME RADIOLOGICO DO SEIO DA FACE C/ LAUDO	12,00	UN	55,00	660,00
70	EXAME RADIOLOGICO DO TORAX C/ LAUDO	12,00	UN	55,00	660,00
71	EXAME RADIOLOGICO DO TORNOZELO	15,00	UN	45,00	675,00
72	EXAME RADIOLOGICO DO TORNOZELO C/ LAUDO	12,00	UN	45,00	540,00
73	EXAME RADIOLOGICO UROGRAFIA EXCRETORA	12,00	UN	145,00	1.740,00
74	GESSO BRAÇO	10,00	UN	110,00	1.100,00
75	GESSO PERNA	20,00	UN	140,00	2.800,00
76	IMOBILIZAÇÕES GESSADA MÉDIO PORTE	10,00	UN	140,00	1.400,00
82	LAQUEADURA	3,00	UN	2.800,00	8.400,00
TOTAL					72.580,00

- VALOR TOTAL DOS ITENS: R\$ 72.580,00 (Setenta e Dois Mil e Quinhentos e Oitenta Reais).

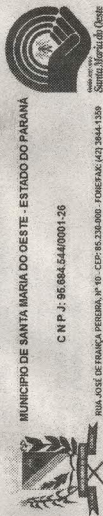
Data de assinatura: 14 de Setembro de 2017.

Vigência: 13/09/2018.

Correio do Cidadão

SEXTA-FEIRA, 15 DE SETEMBRO DE 2017
Ano 2 | Nº 616

F. editais



MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO OESTE - ESTADO DO PARANÁ

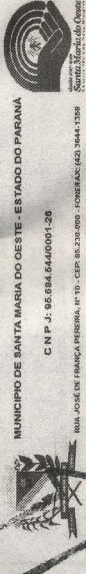
CNPJ: 06.684.544/0001-26

RUA JOSÉ DE FRANÇA PEREIRA, Nº 10 - CEP: 85.236-000 - FONE/FAX: (41) 3444-1336

140	USG OBSTÉTRICO	10,00	UN	100,00	1.000,00
141	USG OMERO	10,00	UN	150,00	1.500,00
142	USG ORGÃOS SUPERFICIAIS	10,00	UN	150,00	1.500,00
143	USG PÂNCREAS	10,00	UN	100,00	1.000,00
144	USG PÉLVICO TRANSVAGINAL	10,00	UN	100,00	1.000,00
145	USG PESCOÇO	10,00	UN	150,00	1.500,00
146	USG PROSTATA ABDOMINAL	10,00	UN	150,00	1.500,00
147	USG PUNHO	10,00	UN	150,00	1.500,00
148	USG QUADRIL	10,00	UN	150,00	1.500,00
149	USG REGIÃO AXILAR	10,00	UN	150,00	1.500,00
150	USG REGIÃO INGUINAL	10,00	UN	100,00	1.000,00
151	USG RINS	10,00	UN	100,00	1.000,00
152	USG SUBMANDIBULAR	10,00	UN	100,00	1.000,00
153	USG TIREÓIDE	10,00	UN	150,00	1.500,00
154	USG TÓRNOZELO	10,00	UN	150,00	1.500,00
155	USG VIAS URINÁRIAS	10,00	UN	100,00	1.000,00
TOTAL					429.925,00

- VALOR TOTAL DOS ITENS: R\$ 429.925,00 (Quatrocentos e Vinte Nove Mil e Novcentos e Vinte e Cinco Reais).

Data de assinatura: 14 de Setembro de 2017.
Vigência: 13/09/2018.



MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO OESTE - ESTADO DO PARANÁ

CNPJ: 06.684.544/0001-26

RUA JOSÉ DE FRANÇA PEREIRA, Nº 10 - CEP: 85.236-000 - FONE/FAX: (41) 3444-1336

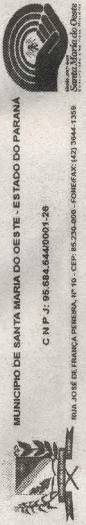
EXTRATO DE CONTRATO ADMINISTRATIVO Nº 131/2017

Contratante: O MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO OESTE, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ do MF sob nº 06.684.544/0001-26, com sede na Rua José de França Pereira, 10 - Santa Maria do Oeste - Pr, neste ato representado por seu prefeito municipal, Sr. JOSÉ REINOLDO OLIVEIRA.

Contratado: IRMANDADE SÃO VICENTE DE PAULO, inscrita no CNPJ nº 80.147.804/0001-57, situada na Rua João Gonçalves Padilha, 190, Centro, Município de Pitanga/Pr.

OBJETO: "CONTRATAÇÃO DE EMPRESA PARA REALIZAÇÃO DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS, EXAMES COMPLEMENTARES ESPECIALIZADOS, EXAMES ORIENTADOS, PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS PARA ATENDIMENTO DE PACIENTES DA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO OESTE".

Item	Nome do produto/serviço	Quant	Un	Preço máximo	Preço mínimo	Preço médio	Preço total
3	DESARMINAÇÃO DE ALTO RISCO	5,00	UN	2.000,00	1.400,00	1.700,00	8.500,00
3	DESARMINAÇÃO	5,00	UN	1.500,00	1.000,00	1.250,00	6.250,00
20	CURETAGEM	15,00	UN	45,00	30,00	37,50	562,50
36	EXAME RADIOLOGICO ANTEBRAÇO COM	15,00	UN	45,00	30,00	37,50	562,50
37	EXAME RADIOLOGICO ANTEBRAÇO COM	15,00	UN	45,00	30,00	37,50	562,50
38	EXAME RADIOLOGICO BRAÇO	15,00	UN	45,00	30,00	37,50	562,50
39	EXAME RADIOLOGICO BRAÇO COM LAUDO	12,00	UN	45,00	30,00	37,50	450,00
41	EXAME RADIOLOGICO CERVICAL COM	12,00	UN	45,00	30,00	37,50	450,00
42	EXAME RADIOLOGICO CLAVICULA	12,00	UN	45,00	30,00	37,50	450,00
43	EXAME RADIOLOGICO CLAVICULA COM	12,00	UN	45,00	30,00	37,50	450,00
44	EXAME RADIOLOGICO CLAVICULA COM	12,00	UN	45,00	30,00	37,50	450,00
45	EXAME RADIOLOGICO COLUMNA DORSAL C/	12,00	UN	55,00	40,00	47,50	570,00
47	EXAME RADIOLOGICO COLUMNA LOMBAR C/	12,00	UN	55,00	40,00	47,50	570,00
49	EXAME RADIOLOGICO DA BACIA S/ LAUDO	12,00	UN	55,00	40,00	47,50	570,00
50	EXAME RADIOLOGICO DA BACIA S/ LAUDO	12,00	UN	55,00	40,00	47,50	570,00
52	EXAME RADIOLOGICO DA MÃO C/ LAUDO	22,00	UN	45,00	30,00	37,50	825,00
54	EXAME RADIOLOGICO DA PERNÁ C/	12,00	UN	45,00	30,00	37,50	450,00
55	EXAME RADIOLOGICO DO ABDOMEN C/	12,00	UN	55,00	40,00	47,50	570,00
56	EXAME RADIOLOGICO DO CRÂNIO	20,00	UN	45,00	30,00	37,50	750,00
57	EXAME RADIOLOGICO DO CRÂNIO C/	20,00	UN	45,00	30,00	37,50	750,00
59	EXAME RADIOLOGICO DO FEMUR C/	12,00	UN	55,00	40,00	47,50	570,00



MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO OESTE - ESTADO DO PARANÁ

CNPJ: 06.684.544/0001-26

RUA JOSÉ DE FRANÇA PEREIRA, Nº 10 - CEP: 85.236-000 - FONE/FAX: (41) 3444-1336

EXTRATO DE CONTRATO ADMINISTRATIVO Nº 131/2017

Contratante: O MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO OESTE, pessoa jurídica de direito público interno, inscrito no CNPJ do MF sob nº 06.684.544/0001-26, com sede na Rua José de França Pereira, 10 - Santa Maria do Oeste - Pr, neste ato representado por seu prefeito municipal, Sr. JOSÉ REINOLDO OLIVEIRA.

Contratado: IRMANDADE SÃO VICENTE DE PAULO, inscrita no CNPJ nº 80.147.804/0001-57, situada na Rua João Gonçalves Padilha, 190, Centro, Município de Pitanga/Pr.

OBJETO: "CONTRATAÇÃO DE EMPRESA PARA REALIZAÇÃO DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS, EXAMES COMPLEMENTARES ESPECIALIZADOS, EXAMES ORIENTADOS, PROCEDIMENTOS ESPECIALIZADOS PARA ATENDIMENTO DE PACIENTES DA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO OESTE".

Item	Nome do produto/serviço	Quant	Un	Preço máximo	Preço mínimo	Preço médio	Preço total
3	DESARMINAÇÃO DE ALTO RISCO	5,00	UN	2.000,00	1.400,00	1.700,00	8.500,00
3	DESARMINAÇÃO	5,00	UN	1.500,00	1.000,00	1.250,00	6.250,00
20	CURETAGEM	15,00	UN	45,00	30,00	37,50	562,50
36	EXAME RADIOLOGICO ANTEBRAÇO COM	15,00	UN	45,00	30,00	37,50	562,50
37	EXAME RADIOLOGICO ANTEBRAÇO COM	15,00	UN	45,00	30,00	37,50	562,50
38	EXAME RADIOLOGICO BRAÇO	15,00	UN	45,00	30,00	37,50	562,50
39	EXAME RADIOLOGICO BRAÇO COM LAUDO	12,00	UN	45,00	30,00	37,50	450,00
41	EXAME RADIOLOGICO CERVICAL COM	12,00	UN	45,00	30,00	37,50	450,00
42	EXAME RADIOLOGICO CLAVICULA	12,00	UN	45,00	30,00	37,50	450,00
43	EXAME RADIOLOGICO CLAVICULA COM	12,00	UN	45,00	30,00	37,50	450,00
44	EXAME RADIOLOGICO CLAVICULA COM	12,00	UN	45,00	30,00	37,50	450,00
45	EXAME RADIOLOGICO COLUMNA DORSAL C/	12,00	UN	55,00	40,00	47,50	570,00
47	EXAME RADIOLOGICO COLUMNA LOMBAR C/	12,00	UN	55,00	40,00	47,50	570,00
49	EXAME RADIOLOGICO DA BACIA S/ LAUDO	12,00	UN	55,00	40,00	47,50	570,00
50	EXAME RADIOLOGICO DA BACIA S/ LAUDO	12,00	UN	55,00	40,00	47,50	570,00
52	EXAME RADIOLOGICO DA MÃO C/ LAUDO	22,00	UN	45,00	30,00	37,50	825,00
54	EXAME RADIOLOGICO DA PERNÁ C/	12,00	UN	45,00	30,00	37,50	450,00
55	EXAME RADIOLOGICO DO ABDOMEN C/	12,00	UN	55,00	40,00	47,50	570,00
56	EXAME RADIOLOGICO DO CRÂNIO	20,00	UN	45,00	30,00	37,50	750,00
57	EXAME RADIOLOGICO DO CRÂNIO C/	20,00	UN	45,00	30,00	37,50	750,00
59	EXAME RADIOLOGICO DO FEMUR C/	12,00	UN	55,00	40,00	47,50	570,00

- VALOR TOTAL DOS ITENS: R\$ 72.580,00 (Setenta e Dois Mil e Quinhentos e Oitenta Reais).

Data de assinatura: 14 de Setembro de 2017.
Vigência: 13/09/2018.