



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

HOMOLOGAÇÃO E ADJUDICAÇÃO

HOMOLOGO o Processo Licitatório nº 092/2017, elaborado na Modalidade de TOMADA DE PREÇOS nº 018/2017, que tem por objeto a “**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**”, pela proposta mais vantajosa para o Município - Menor Preço Por Item, conforme especificado no Edital, Relatório de Julgamento e Classificação e Parecer Jurídico, **ADJUDICANDO** o objeto aos licitantes abaixo especificados, sendo que os mesmos apresentaram propostas condizentes e validas ao objeto deste processo licitatório. Cujos valores estão compatíveis com os preços referenciais integrantes do processo licitatório.

VENCEDORES:

- 1) **INSTITUTO DE SAÚDE BOM JESUS**, inscrita no CNPJ n.º 07.597.753/0001-75, situada na Av. Castelo Branco, 815, Centro, Município de Ivaiporã/Pr.

Item	Nome do produto/serviço	Quant	Un	Preço máximo	Preço máximo total
1	BRONCOSCOPIA	5,00	UN	700,00	3.500,00
4	CIRURGIAS COTAS EXTRAPOLADAS	50,00	UN	600,00	30.000,00
5	COLONOSCOPIA	15,00	UN	400,00	6.000,00
6	CONSULTA AMBULATORIAL	100,00	UN	100,00	10.000,00
7	CONSULTA CARDIOLOGISTA	30,00	UN	100,00	3.000,00
8	CONSULTA CLINICO GERAL	28,00	UN	150,00	4.200,00
9	CONSULTA COM CIRURGIA PLASTICA REPARADORA	20,00	UN	250,00	5.000,00
10	CONSULTA DERMATOLOGISTA	10,00	UN	250,00	2.500,00
11	CONSULTA GASTROENTEROLOGISTA	15,00	UN	100,00	1.500,00
12	CONSULTA NEFROLOGISTA	15,00	UN	100,00	1.500,00
13	CONSULTA ORTOPEDISTA	50,00	UN	100,00	5.000,00
14	CONSULTA PEDIATRA	50,00	UN	100,00	5.000,00
15	CONSULTA PNEUMOLOGISTA	15,00	UN	150,00	2.250,00
16	CONSULTA PROCTOLOGISTA	6,00	UN	100,00	600,00
17	CONSULTA VASCULAR	10,00	UN	250,00	2.500,00
18	CONSULTAS DE EMERGENCIA DIA	100,00	UN	100,00	10.000,00
19	CONSULTAS DE EMERGENCIA NOTURNO	100,00	UN	100,00	10.000,00
21	DIARIA UTI ADULTO	10,00	UN	800,00	8.000,00
22	DIARIA UTI NEO NATAL	10,00	UN	800,00	8.000,00
23	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL MEMBRO INFERIOR BILATERAL	10,00	UN	400,00	4.000,00



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 que nasce com a vida

24	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL MEMBRO INFERIOR UNILATERAL	10,00	UN	200,00	2.000,00
25	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL	10,00	UN	200,00	2.000,00
26	DOPPLER COLORIDO CAROTIDAS E VERTEBRAIS	10,00	UN	200,00	2.000,00
27	DOPPLER COLORIDO VENOSO MEMBRO INFERIOR BILATERAL	10,00	UN	400,00	4.000,00
28	DOPPLER COLORIDO VENOSO MEMBRO INFERIOR UNILATERAL	10,00	UN	200,00	2.000,00
29	DOPPLER TORNOZELO	10,00	UN	200,00	2.000,00
30	DRENAGEM DE ABSCESSO	10,00	UN	200,00	2.000,00
31	ELETROCARDIOGRAMA SEM LAUDO	50,00	UN	40,00	2.000,00
32	ENDOSCOPIA	20,00	UN	150,00	3.000,00
33	ESPIRIOMETRIA	20,00	UN	100,00	2.000,00
34	EXAME FIMOSE	4,00	UN	1.000,00	4.000,00
35	EXAME RADIOLOGICO ABDOMEN	15,00	UN	40,00	600,00
40	EXAME RADIOLOGICO CERVICAL	15,00	UN	40,00	600,00
44	EXAME RADIOLOGICO COLUNA DORSAL	15,00	UN	40,00	600,00
46	EXAME RADIOLOGICO COLUNA LOMBAR	15,00	UN	40,00	600,00
48	EXAME RADIOLOGICO DA BACIA	15,00	UN	40,00	600,00
50	EXAME RADIOLOGICO DA MAMDIBULA C/ LAUDO	12,00	UN	50,00	600,00
51	EXAME RADIOLOGICO DA MANDÍBULA	15,00	UN	40,00	600,00
53	EXAME RADIOLOGICO DA PERNA	15,00	UN	35,00	525,00
58	EXAME RADIOLOGICO DO FEMUR	15,00	UN	40,00	600,00
65	EXAME RADIOLOGICO DO QUADRIL	15,00	UN	40,00	600,00
69	EXAME RADIOLOGICO DO TORAX	15,00	UN	40,00	600,00
77	IMOBILIZAÇÕES GESSADA PEQUENO PORTE	10,00	UN	120,00	1.200,00
78	IMOBILIZAÇÕES GRANDE PORTE	10,00	UN	250,00	2.500,00
79	IMOBILIZAÇÕES MEDIO PORTE	10,00	UN	150,00	1.500,00
80	IMOBILIZAÇÕES PEQUENO PORTE	10,00	UN	120,00	1.200,00
81	INTERNAMENTO COTA EXTRAPOLADA TABELA SUS	100,00	UN	600,00	60.000,00
83	MAMOGRAFIA	10,00	UN	100,00	1.000,00
84	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ABDOMEN INFERIOR	10,00	UN	550,00	5.500,00
85	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ABDOMEN SUPERIOR	10,00	UN	550,00	5.500,00
86	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA ABDOMEN TOTAL	10,00	UN	1.100,00	11.000,00
87	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA BACIA E PELVE	10,00	UN	550,00	5.500,00
88	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COLUNA CERVICAL	10,00	UN	550,00	5.500,00
89	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COLUNA DORSAL	10,00	UN	550,00	5.500,00
90	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COLUNA LOMBAR	10,00	UN	550,00	5.500,00
91	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA COXO FEMURAL	10,00	UN	550,00	5.500,00



MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO OESTE - ESTADO DO PARANÁ

C N P J: 95.684.544/0001-26

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



92	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA CRANEO	10,00	UN	550,00	5.500,00
93	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO COTOVELO	10,00	UN	550,00	5.500,00
94	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO QUADRIL	1,00	UN	550,00	550,00
95	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DO TORNOZELO OU PÉ UNILATERAL	5,00	UN	550,00	2.750,00
96	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DP TORAX	10,00	UN	550,00	5.500,00
97	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA JOELHO UNILATERAL	10,00	UN	550,00	5.500,00
98	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA LOMBO SACRA	10,00	UN	550,00	5.500,00
99	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA MEMBROS MOLES	8,00	UN	550,00	4.400,00
100	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA OMBRO	10,00	UN	550,00	5.500,00
101	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA PÉ UNILATERAL	10,00	UN	550,00	5.500,00
102	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA PESCOÇO	10,00	UN	550,00	5.500,00
103	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA TORACICA	5,00	UN	550,00	2.750,00
104	RETOSSIGMOIDOSCOPIA	10,00	UN	200,00	2.000,00
105	RISCO CIRURGICO	10,00	UN	170,00	1.700,00
106	SUTURA GRANDE	10,00	UN	300,00	3.000,00
107	SUTURA MÉDIA	10,00	UN	200,00	2.000,00
108	SUTURA PEQUENA	10,00	UN	150,00	1.500,00
109	TALA GESSADA	30,00	UN	200,00	6.000,00
110	TOMOGRÁFIA ABDOMEM TOTAL	10,00	UN	600,00	6.000,00
111	TOMOGRÁFIA COLUNA LOMBAR	10,00	UN	250,00	2.500,00
112	TOMOGRÁFIA ABDOMEM INFERIOR	10,00	UN	350,00	3.500,00
113	TOMOGRÁFIA ABDOMEN SUPERIOR	10,00	UN	350,00	3.500,00
114	TOMOGRÁFIA COLUNA CERVICAL	10,00	UN	250,00	2.500,00
115	TOMOGRÁFIA COLUNA DORSAL	10,00	UN	250,00	2.500,00
116	TOMOGRÁFIA DO CRANIO	10,00	UN	250,00	2.500,00
117	TOMOGRÁFIA DO PESCOÇO	10,00	UN	250,00	2.500,00
118	TOMOGRÁFIA DO SEIO DA FACE	10,00	UN	250,00	2.500,00
119	TOMOGRÁFIA DO TORAX	10,00	UN	350,00	3.500,00
120	TOMOGRÁFIA MASTÓIDE	10,00	UN	250,00	2.500,00
121	TOMOGRÁFIA PELVES SEM CONTRASTE	10,00	UN	250,00	2.500,00
122	UROTOMOGRÁFIA	10,00	UN	600,00	6.000,00
123	USG ABDOMEM SUPERIOR	10,00	UN	100,00	1.000,00
124	USG ABDOMEM TOTAL	10,00	UN	150,00	1.500,00
125	USG ABDOMEN INFERIOR	10,00	UN	100,00	1.000,00
126	USG APARELHO URINARIO FEMININO	10,00	UN	100,00	1.000,00
127	USG APARELHO URINARIO MASCULINO	10,00	UN	100,00	1.000,00
128	USG BEXIGA	10,00	UN	100,00	1.000,00
129	USG BOLSA ESCROTAL	10,00	UN	100,00	1.000,00
130	USG COTOVELO	10,00	UN	150,00	1.500,00
131	USG COXO FEMURAL	10,00	UN	150,00	1.500,00
132	USG CRANIANA	10,00	UN	150,00	1.500,00
133	USG DOPPER DE VARIZES 1 VASO	10,00	UN	200,00	2.000,00
134	USG DOPPER VARIZES 2 VASOS	10,00	UN	400,00	4.000,00
135	USG GLOBO OCULAR	10,00	UN	100,00	1.000,00



MUNICÍPIO 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


 Gestão 2017-2020
 Santa Maria do Oeste
 Construindo uma Nova História

136	USG GLUTEA	5,00	UN	100,00	500,00
137	USG HIPOGASTRO	8,00	UN	100,00	800,00
138	USG MAMA	10,00	UN	100,00	1.000,00
139	USG MÃO	10,00	UN	150,00	1.500,00
140	USG OBSTÉTRICO	10,00	UN	100,00	1.000,00
141	USG OMBRO	10,00	UN	150,00	1.500,00
142	USG ORGÃOS SUPERFICIAIS	10,00	UN	150,00	1.500,00
143	USG PANCREAS	10,00	UN	100,00	1.000,00
144	USG PELVICO TRANSVAGINAL	10,00	UN	100,00	1.000,00
145	USG PESCOÇO	10,00	UN	150,00	1.500,00
146	USG PRÓSTATA 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	150,00	1.500,00
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 TORNOZELO	10,00	UN	150,00	1.500,00
155	USG VIAS URINARIAS	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 Novecentos e Vinte e Cinco Reais).

2) 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.

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/	12,00	UN	55,00	660,00



MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO OESTE - ESTADO DO PARANÁ

C N P J: 95.684.544/0001-26

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

Gestão 2017-2021
Santa Maria do Oeste
Cidade de um Novo Horizonte

	LAUDO				
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/ LAUDO	12,00	UN	55,00	660,00
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).

Dê-se a publicação devida e elabore-se o contrato na forma da lei.

Município de Santa Maria do Oeste, Pr, 13 de Setembro de 2017.


JOSÉ REINOLDO OLIVEIRA
 Prefeito Municipal

Digitais

MUNICÍPIO DE PALMITAL
GESTÃO 2017/2020
RUA JOSÉ DE FRANCIA FERREIRA, Nº 19 - CEP: 85.730-000 - LOMBARDA (40) 3844-1356

HOMOLOGAÇÃO

HOMOLOGO o Procedimento Licitatório nº 12828/17, elaborado pelo Município de Pregão Básicas para Atendimento ao Programa de Proteção Social Básica da Secretaria de Promoção Social e Cultura, conforme Anexo I, PARTE INTEGRANTE DESTA EDITAL, pela proposta mais vantajosa para o Município, Menor Preço e Parecer Jurídico, HOMOLOGO os objetos aos licitantes:

obeto 01: **INSTITUTO DE ALMEIDA - ME**, inscrita no CNPJ nº 02.694.444/0001-08.

obeto 02: **INSTITUTO BOM JESUS**, inscrita no CNPJ nº 07.587.753/0001-75, situada na Av. Castelo Branco, 815, Centro, Município de Iviporã/PR.

obeto 01 no valor global de R\$ 62.000,00 (Cinquenta e dois mil reais). Sendo que a mesma apresentou proposta condizente e válida ao objeto deste procedimento licitatório. Cujos valores estão compatíveis com os preços referenciais integrantes do procedimento licitatório.

Tendo em vista que as empresas acima citadas colaram as menores propostas e mais vantajosas ao município, cujos valores estão compatíveis com os preços referenciais integrantes do procedimento licitatório, perfazendo um valor total de R\$ 62.000,00 (Cinquenta e dois mil reais).

De-se a publicação devida e elabora-se o contrato na forma da lei.

Município de Palmital-PR, 12 de setembro de 2017.

VALDENI DE SOUZA
Prefeita Municipal

assinado em
preço

MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO OESTE - ESTADO DO PARANÁ
C N P J : 95.684.544/0001-28
RUA JOSÉ DE FRANCIA FERREIRA, Nº 19 - CEP: 85.730-000 - LOMBARDA (40) 3844-1356

HOMOLOGAÇÃO E ADJUDICAÇÃO

HOMOLOGO o Processo Licitatório nº 082/2017, elaborado na Modalidade de TOMADA DE PREÇOS nº 019/2017, que tem por objeto a "CONTRATAÇÃO DE EMPRESA PARA REALIZAÇÃO DE CONSULTAS ESPECIALIZADAS, EXAMES COMPLEMENTARES ESPECIALIZADOS, PROCEDIMENTOS ORTOPÉDICOS E INTERMEDIÁRIOS EXTRA-COTA, PARA ATENDIMENTO A PACIENTES DA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO OESTE", pela proposta mais vantajosa para o Município - Menor Preço Por Item, conforme especificado no Edital, Relatário de Julgamento e Classificação e Parecer Jurídico, ADJUDICANDO o objeto aos licitantes abaixo especificados, sendo que os mesmos apresentaram propostas condizentes e válidas ao objeto deste processo licitatório. Cujos valores estão compatíveis com os preços referenciais integrantes do processo licitatório.

VENCEDORES:

1) **INSTITUTO DE SAÚDE BOM JESUS**, inscrita no CNPJ nº 07.587.753/0001-75, situada na Av. Castelo Branco, 815, Centro, Município de Iviporã/PR.

Item	Nome do fornecedor	Quant	Un	Preço unitário	Preço máximo total
1	BRONCOSCOPIA	5,00	UN	700,00	3.500,00
4	CIRURGIAS COXAS EXTRAPOLADAS	50,00	UN	400,00	20.000,00
5	CONSULTA GASTROENTEROLOGISTA	100,00	UN	100,00	10.000,00
6	CONSULTA AMBULATORIAL	100,00	UN	100,00	10.000,00
7	CONSULTA CARDIOLOGISTA	30,00	UN	100,00	3.000,00
8	CONSULTA CLINICO GERAL	26,00	UN	150,00	4.200,00
9	CONSULTA COM CIRURGIA PLASTICA	20,00	UN	250,00	5.000,00
10	CONSULTA DERMATOLOGISTA	10,00	UN	250,00	2.500,00
11	CONSULTA GASTROENTEROLOGISTA	15,00	UN	100,00	1.500,00
12	CONSULTA NEFROLOGISTA	15,00	UN	100,00	1.500,00
13	CONSULTA ORTOPEDISTA	50,00	UN	100,00	5.000,00
14	CONSULTA PEDIATRA	50,00	UN	100,00	5.000,00
15	CONSULTA PNEUMOLOGISTA	10,00	UN	100,00	1.000,00
16	CONSULTA PROCTOLOGISTA	8,00	UN	100,00	800,00
17	CONSULTA VASCULAR	10,00	UN	250,00	2.500,00
18	CONSULTAS DE EMERGENCIA DIA	100,00	UN	100,00	10.000,00
19	CONSULTAS DE EMERGENCIA NOTURNO	100,00	UN	100,00	10.000,00
21	DIARIA UTI ADULTO	10,00	UN	800,00	8.000,00
22	DIARIA UTI PEDIATRICO	10,00	UN	400,00	4.000,00
23	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL MEMBRO SUPERIOR	10,00	UN	400,00	4.000,00
24	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL MEMBRO INFERIOR UNILATERAL	10,00	UN	200,00	2.000,00
25	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL	10,00	UN	200,00	2.000,00
26	DOPPLER COLORIDO CAROTIDAS E VERTEBRAIS	10,00	UN	400,00	4.000,00
27	DOPPLER COLORIDO VENOSO MEMBRO INFERIOR BILATERAL	10,00	UN	200,00	2.000,00
28	DOPPLER COLORIDO VENOSO MEMBRO INFERIOR UNILATERAL	10,00	UN	200,00	2.000,00
29	DOPPLER COLORIDO VEINOSO MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL	10,00	UN	200,00	2.000,00
30	DRENAGEM DE ACESSOS	50,00	UN	40,00	2.000,00
31	ELETTROCARDIOGRAMA SEM LAUDO	20,00	UN	150,00	3.000,00
32	ESPIROMETRIA	20,00	UN	100,00	2.000,00
33	EXAME FIMOSSE	4,00	UN	1.000,00	4.000,00
34	EXAME RADIOLOGICO ABDOMEN SUPERIOR	15,00	UN	40,00	600,00
35	EXAME RADIOLOGICO GERVICAL	15,00	UN	40,00	600,00
44	EXAME RADIOLOGICO COLUNA DORSAL	15,00	UN	40,00	600,00
46	EXAME RADIOLOGICO COLUNA LOMBAR	15,00	UN	40,00	600,00
48	EXAME RADIOLOGICO DA BACIA	15,00	UN	40,00	600,00
50	EXAME RADIOLOGICO DA MAMIBULA C/ TABELA	12,00	UN	50,00	600,00
51	EXAME RADIOLOGICO DA MANDIBULA	15,00	UN	40,00	600,00
53	EXAME RADIOLOGICO DA PERNA	15,00	UN	35,00	525,00
55	EXAME RADIOLOGICO DO FEMUR	15,00	UN	40,00	600,00
65	EXAME RADIOLOGICO DO QUADRIL	15,00	UN	40,00	600,00
67	EXAME RADIOLOGICO DO TORSO	15,00	UN	40,00	600,00
77	IMOBILIZACOES GESSADA PEQUENO PORTE	10,00	UN	120,00	1.200,00
78	IMOBILIZACOES GRANDE PORTE	10,00	UN	250,00	2.500,00
80	IMOBILIZACOES MEDIO PORTE	10,00	UN	150,00	1.500,00
80	IMOBILIZACOES PEQUENO PORTE	10,00	UN	120,00	1.200,00
81	IMOBILIZACAO COTA EXTRAPOLADA	10,00	UN	800,00	8.000,00
83	MAMOGRAFIA	10,00	UN	100,00	1.000,00
84	RESSONANCIA MAGNETICA ABDOMEN INFERIOR	10,00	UN	850,00	8.500,00
85	RESSONANCIA MAGNETICA ABDOMEN SUPERIOR	10,00	UN	850,00	8.500,00
86	RESSONANCIA MAGNETICA ABDOMEN TOTAL	10,00	UN	1.100,00	11.000,00
87	RESSONANCIA MAGNETICA BACIA E PELVE CERVICAL	10,00	UN	550,00	5.500,00
88	RESSONANCIA MAGNETICA COLUNA CERVICAL	10,00	UN	550,00	5.500,00
89	RESSONANCIA MAGNETICA COLUNA LOMBAR	10,00	UN	550,00	5.500,00
90	RESSONANCIA MAGNETICA COLUNA LOMBAR	10,00	UN	550,00	5.500,00
91	RESSONANCIA MAGNETICA COXO FEMURAL	10,00	UN	550,00	5.500,00

MUNICÍPIO DE SANTA MARIA DO OESTE - ESTADO DO PARANÁ
C N P J : 95.684.544/0001-28
RUA JOSÉ DE FRANCIA FERREIRA, Nº 19 - CEP: 85.730-000 - LOMBARDA (40) 3844-1356

Item	Nome do fornecedor	Quant	Un	Preço unitário	Preço máximo total
24	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL MEMBRO INFERIOR UNILATERAL	10,00	UN	200,00	2.000,00
25	DOPPLER COLORIDO ARTERIAL MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL	10,00	UN	200,00	2.000,00
26	DOPPLER COLORIDO CAROTIDAS E VERTEBRAIS	10,00	UN	400,00	4.000,00
27	DOPPLER COLORIDO VENOSO MEMBRO INFERIOR BILATERAL	10,00	UN	200,00	2.000,00
28	DOPPLER COLORIDO VENOSO MEMBRO INFERIOR UNILATERAL	10,00	UN	200,00	2.000,00
29	DOPPLER COLORIDO VEINOSO MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL	10,00	UN	200,00	2.000,00
30	DRENAGEM DE ACESSOS	50,00	UN	40,00	2.000,00
31	ELETTROCARDIOGRAMA SEM LAUDO	20,00	UN	150,00	3.000,00
32	ESPIROMETRIA	20,00	UN	100,00	2.000,00
33	EXAME FIMOSSE	4,00	UN	1.000,00	4.000,00
34	EXAME RADIOLOGICO ABDOMEN SUPERIOR	15,00	UN	40,00	600,00
35	EXAME RADIOLOGICO GERVICAL	15,00	UN	40,00	600,00
44	EXAME RADIOLOGICO COLUNA DORSAL	15,00	UN	40,00	600,00
46	EXAME RADIOLOGICO COLUNA LOMBAR	15,00	UN	40,00	600,00
48	EXAME RADIOLOGICO DA BACIA	15,00	UN	40,00	600,00
50	EXAME RADIOLOGICO DA MAMIBULA C/ TABELA	12,00	UN	50,00	600,00
51	EXAME RADIOLOGICO DA MANDIBULA	15,00	UN	40,00	600,00
53	EXAME RADIOLOGICO DA PERNA	15,00	UN	35,00	525,00
55	EXAME RADIOLOGICO DO FEMUR	15,00	UN	40,00	600,00
65	EXAME RADIOLOGICO DO QUADRIL	15,00	UN	40,00	600,00
67	EXAME RADIOLOGICO DO TORSO	15,00	UN	40,00	600,00
77	IMOBILIZACOES GESSADA PEQUENO PORTE	10,00	UN	120,00	1.200,00
78	IMOBILIZACOES GRANDE PORTE	10,00	UN	250,00	2.500,00
80	IMOBILIZACOES MEDIO PORTE	10,00	UN	150,00	1.500,00
80	IMOBILIZACOES PEQUENO PORTE	10,00	UN	120,00	1.200,00
81	IMOBILIZACAO COTA EXTRAPOLADA	10,00	UN	800,00	8.000,00
83	MAMOGRAFIA	10,00	UN	100,00	1.000,00
84	RESSONANCIA MAGNETICA ABDOMEN INFERIOR	10,00	UN	850,00	8.500,00
85	RESSONANCIA MAGNETICA ABDOMEN SUPERIOR	10,00	UN	850,00	8.500,00
86	RESSONANCIA MAGNETICA ABDOMEN TOTAL	10,00	UN	1.100,00	11.000,00
87	RESSONANCIA MAGNETICA BACIA E PELVE CERVICAL	10,00	UN	550,00	5.500,00
88	RESSONANCIA MAGNETICA COLUNA CERVICAL	10,00	UN	550,00	5.500,00
89	RESSONANCIA MAGNETICA COLUNA LOMBAR	10,00	UN	550,00	5.500,00
90	RESSONANCIA MAGNETICA COLUNA LOMBAR	10,00	UN	550,00	5.500,00
91	RESSONANCIA MAGNETICA COXO FEMURAL	10,00	UN	550,00	5.500,00



MUNICIPIO DE SANTA MARIA DO OESTE - ESTADO DO PARANÁ
RUA JOSÉ DE FRANÇA FERREIRA, Nº 19 - CEP: 85.238-900 - FONE/FAX: (41) 3844-1359
CNPJ: 06.684.644/0001-28



Item	Nome do produto/benefício	Quant'	UF	Preço Unitário	Preço Máximo Total
92	RESSONANCIA MAGNETICA CRANEO	10,00	UN	550,00	5.500,00
93	RESSONANCIA MAGNETICA COTOVELO	10,00	UN	550,00	5.500,00
94	RESSONANCIA MAGNETICA DO OMBRO	10,00	UN	550,00	5.500,00
95	RESSONANCIA MAGNETICA DO TORNOZELO OU PE UNILATERAL	5,00	UN	550,00	2.750,00
96	RESSONANCIA MAGNETICA DP TORAX	10,00	UN	550,00	5.500,00
97	RESSONANCIA MAGNETICA JOELHO UNILATERAL	10,00	UN	550,00	5.500,00
98	RESSONANCIA MAGNETICA LOMBO SACRA	10,00	UN	550,00	5.500,00
99	RESSONANCIA MAGNETICA MEMBROS	8,00	UN	550,00	4.400,00
100	RESSONANCIA MAGNETICA OMBRO	10,00	UN	550,00	5.500,00
101	RESSONANCIA MAGNETICA PE UNILATERAL	10,00	UN	550,00	5.500,00
102	RESSONANCIA MAGNETICA PESCOÇO	10,00	UN	550,00	5.500,00
103	RESSONANCIA MAGNETICA TORACICA	5,00	UN	550,00	2.750,00
104	RETOSGNOIDIOSCOPIA	10,00	UN	200,00	2.000,00
105	RISCO CIRURGICO	10,00	UN	170,00	1.700,00
106	SUTURA GRANDE	10,00	UN	300,00	3.000,00
107	SUTURA MEDIA	10,00	UN	200,00	2.000,00
108	SUTURA PEQUENA	10,00	UN	150,00	1.500,00
109	TALA GESSADA	30,00	UN	200,00	6.000,00
110	TOMOGRAFIA ABDOMEN TOTAL	10,00	UN	800,00	8.000,00
111	TOMOGRAFIA COLUNA LOMBAR	10,00	UN	250,00	2.500,00
112	TOMOGRAFIA ABDOMEN INFERIOR	10,00	UN	350,00	3.500,00
113	TOMOGRAFIA ABDOMEN SUPERIOR	10,00	UN	350,00	3.500,00
114	TOMOGRAFIA COLUNA CERVICAL	10,00	UN	250,00	2.500,00
115	TOMOGRAFIA COLUNA DORSAL	10,00	UN	250,00	2.500,00
116	TOMOGRAFIA DO CRANIO	10,00	UN	250,00	2.500,00
117	TOMOGRAFIA DO PESCOÇO	10,00	UN	250,00	2.500,00
118	TOMOGRAFIA DO SEIO DA FACE	10,00	UN	250,00	2.500,00
119	TOMOGRAFIA DO TORAX	10,00	UN	350,00	3.500,00
120	TOMOGRAFIA DO TORNZELO	10,00	UN	250,00	2.500,00
121	TOMOGRAFIA PELVES SEM CONTRASTE	10,00	UN	200,00	2.000,00
122	URTOTOMOGRAFIA	10,00	UN	600,00	6.000,00
123	USS ABDOMEN SUPERIOR	10,00	UN	100,00	1.000,00
124	USS ABDOMEN TOTAL	10,00	UN	150,00	1.500,00
125	USS ABDOMEN INFERIOR	10,00	UN	100,00	1.000,00
126	USS APARELHO URINARIO FEMININO	10,00	UN	1.000,00	10.000,00
127	USS APARELHO URINARIO MASCULINO	10,00	UN	1.000,00	10.000,00
128	USS BEXIGA	10,00	UN	100,00	1.000,00
129	USS BOLSA ESCROTAL	10,00	UN	100,00	1.000,00
130	USS COTOVELO	10,00	UN	150,00	1.500,00
131	USS COXO FEMURAL	10,00	UN	150,00	1.500,00
132	USS CRANIANA	10,00	UN	150,00	1.500,00
133	USS DOPPLER DE VARIZES 1 VASO	10,00	UN	200,00	2.000,00
134	USS DOPPLER VARIZES 2 VASOS	10,00	UN	400,00	4.000,00
135	USS GLOBO OCULAR	10,00	UN	100,00	1.000,00



MUNICIPIO DE SANTA MARIA DO OESTE - ESTADO DO PARANÁ
RUA JOSÉ DE FRANÇA FERREIRA, Nº 19 - CEP: 85.238-900 - FONE/FAX: (41) 3844-1359
CNPJ: 06.684.644/0001-28



Item	Nome do produto/benefício	Quant'	UF	Preço Unitário	Preço Máximo Total
136	USG GLUTEA	10,00	UN	100,00	1.000,00
137	USG HIPOGASTRO	8,00	UN	100,00	800,00
138	USG MAMA	10,00	UN	100,00	1.000,00
139	USG MÃO	10,00	UN	150,00	1.500,00
140	USG OBSTETRICO	10,00	UN	100,00	1.000,00
141	USG OMBRO	10,00	UN	150,00	1.500,00
142	USG ORGÃOS SUPERFICIAIS	10,00	UN	150,00	1.500,00
143	USG PANCREAS	10,00	UN	100,00	1.000,00
144	USG PELVICO TRANSVAGINAL	10,00	UN	100,00	1.000,00
145	USG PESCOÇO	10,00	UN	150,00	1.500,00
146	USG PROSTATAS ABDOMINAL	10,00	UN	150,00	1.500,00
147	USG PUNHO	10,00	UN	150,00	1.500,00
148	USG RIGLAO AXILAR	10,00	UN	150,00	1.500,00
149	USG RIGLAO INGUINAL	10,00	UN	150,00	1.500,00
150	USG RINS	10,00	UN	100,00	1.000,00
151	USG SUBMANDIBULAR	10,00	UN	100,00	1.000,00
152	USG TIREOIDE	10,00	UN	150,00	1.500,00
153	USG TORNOZELO	10,00	UN	150,00	1.500,00
154	USG VIAS URINARIAS	10,00	UN	100,00	1.000,00
155	USG VIAS URINARIAS	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).

2) **IRMANDADE SÃO VICENTE DE PAULO**, inscrita no CNPJ n.º 80.147.804/0001-1, situada na Rua João Gonçalves Padilha, 190, Centro, Município de Pitanga/Pr.

Item	Nome do produto/benefício	Quant'	UF	Preço Unitário	Preço Máximo Total
2	CESARIANAS 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



MUNICIPIO DE SANTA MARIA DO OESTE - ESTADO DO PARANÁ
RUA JOSÉ DE FRANÇA FERREIRA, Nº 19 - CEP: 85.238-900 - FONE/FAX: (41) 3844-1359
CNPJ: 06.684.644/0001-28



Item	Nome do produto/benefício	Quant'	UF	Preço Unitário	Preço Máximo Total
47	EXAME RADIOLOGICO COLUNA LOMBAR C/ LAUDO	12,00	UN	55,00	660,00
49	EXAME RADIOLOGICO DA MÃO 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 CRANIO	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/ LAUDO	12,00	UN	55,00	660,00
60	EXAME RADIOLOGICO DO FEMUR	15,00	UN	45,00	675,00
62	EXAME RADIOLOGICO DO PE C/ LAUDO	15,00	UN	45,00	675,00
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	12,00	UN	145,00	1.740,00
74	GESSO TORAX	10,00	UN	110,00	1.100,00
75	GESSO PERNA	20,00	UN	140,00	2.800,00
76	IMOBILIZADORES GESSADA MEDIO 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 e Dois Reais).

Dê-se a publicação devida e elabore-se o contrato na forma da lei.

Município de Santa Maria do Oeste - Pr., 13 de Setembro de 2017.

JOSÉ REINOLDO OLIVEIRA
Prefeito Municipal