# **ESTUDO TÉCNICO PRELIMINAR – ETP**

**INTRODUÇÃO**

Conforme a Lei nº 14.133, de 2021, o Estudo Técnico Preliminar tem por objetivo identificar e analisar os cenários para o atendimento da demanda que consta no Documento de Oficialização da Demanda, bem como demonstrar a viabilidade técnica e econômica das soluções identificadas, fornecendo as informações necessárias para subsidiar o respectivo processo de contratação.

Neste sentido, o presente documento contempla estudos para a contratação de solução que atenderá à necessidade especificada no documento de formalização da demanda anexo, e tem por ZB finalidade estudá-la detalhadamente e identificar a melhor solução existente no mercado para supri-la, em conformidade com as normas e princípios que regem a Administração Pública.

# **- DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE**

1. Justificar ao paciente ou a seu responsável, por escrito, as razões técnicas alegadas quando da decisão de não realização de qualquer ato previsto no contrato;
2. Operar com uma organização completa, independente e sem vínculo com o Contratante, realizando os serviços, dentro dos mais altos conceitos do ramo;
3. Os serviços deverão ser prestados por profissionais habilitados devidamente inscritos nos respectivos Conselhos de Classe de exercício profissional da CONTRATADA, nas dependências da Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antonio do Sudoeste - PR;
4. A contratada fica obrigada a atender todas as diretrizes de atendimento propostas pelo Sistema Único de Saúde – SUS;
5. Referente aos Laudos de Raio x, a empresa contratada receberá o exame em meio digital para ser laudado que será enviado para Secretaria Municipal de Saúde.
6. No que se refere ao item anterior, os exames de raios x deverão ser laudados em no máximo 2 (dois) dias úteis, deverão ser digitados e assinados pelo profissional responsável pelo laudo, bem como estar com a identificação do paciente, o médico solicitante do exame, município de origem do paciente, estar envelopados e lacrados, e a responsabilidade pela retirada dos exames fica por conta do Município;
7. Tanto para o profissional que irá realizar os laudos de radiografia e realização das ultrassonogragia deveram cumprir carga horária de no mínimo 08 (oito) horas de trabalho por semana nos horários estabelecidos pela Secretaria de Saúde;
8. Fazer uso do sistema informatizado do Município (winsaúde), para registro de atendimentos realizados, prescrições, prontuários etc, inclusive prescrevendo medicamentos e procedimentos de acordo com os protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas do SUS (remune, rename, sigtap);
9. Os laudos dos exames de ultrassonografia devem ser entregues no mesmo dia do exame;
10. Em relação ao credenciamento no item emissão e interpretação de laudos para os exames de raio-x, a empresa credenciada deverá:

-Comparecer quando solicitada conforme a necessidade da Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antonio do Sudoeste - Pr, para auxiliar e a orientar no que se refere ao presente objeto;

-Disponibilizar todas as atualizações referentes ao sistema contratado, de forma gratuita;

-Manter a qualidade da prestação do serviço até o final da vigência contratual;

-Manter sigilo absoluto dos serviços prestados a todos de todos os pacientes da Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antonio do Sudoeste - Pr;

-Dar suporte técnico e operacional aos profissionais da área técnica da Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antonio do Sudoeste - Pr sempre que solicitado, com a máxima presteza e agilidade, podendo ser realizada inclusive por acesso remoto, através de telefone, e-mail, whatsapp, entre outros;

-Obedecer normas internas da Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antonio do Sudoeste - Pr, bem como as determinações de trabalho estabelecidas pela coordenação;

-A empresa contratada deverá realizar a instalação de software e disponibilizar equipamentos para envio dos exames realizados pelo equipamento de raio-x da Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antonio do Sudoeste - Pr;

-A empresa deverá realizar treinamento e capacitação dos servidores da Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antonio do Sudoeste - Pr, responsáveis pelo envio e recebimento dos exames via telelaudo (software);

-Todos os gastos com instalação do sistema de transmissão de telelaudo será por conta da empresa credenciada;

-A emissão dos laudos radiológicos através do sistema de telelaudo deverá ocorrer no máximo em até 48 horas;

- Realização de laudos de emergência em até 12 horas;

-Se houver alguma intercorrência e precisar repetir o exame, será pago apenas um laudo para o profissional médico;

# **– ALINHAMENTO COM PCA**

Não se aplica.

# **– REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO**

**Fundamentação:** Descrição dos requisitos necessários e suficientes à escolha da solução, prevendo critérios e práticas de sustentabilidade (inciso III do § 1° do art. 18 da Lei nº 14.133, de 2021).

* **Cópia do Registro Médico** fornecimento da cópia do registro médico junto ao orgão de classe (CRM) e o profissional deverá apresentar o RQE de radiologia e diagnóstico por imagem.

# **– ESTIMATIVA DAS QUANTIDADES**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Item | Cód. SUS | Descrição do exame | **Quantidade** |
| 1 | 02.04.01.008-0 | RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL) | 10 |
| 2 | 02.04.01.011-0 | RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA) | 10 |
| 3 | 02.04.01.012-8 | RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ) | 10 |
| 4 | 02.04.01.014-4 | RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ) | 75 |
| 5 | 02.04.01.006-3 | RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ) | 130 |
| 6 | 02.04.01.007-1 | RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIQUA / BRETTON + HIRTZ) | 10 |
| 7 | 02.04.02.004-2 | RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO) | 60 |
| 8 | 02.04.02.009-3 | RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL) | 110 |
| 9 | 02.04.02.003-4 | RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS) | 100 |
| 10 | 02.04.02.010-7 | RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR | 60 |
| 11 | 02.04.02.006-9 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA | 5 |
| 12 | 02.04.02.007-7 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS) | 400 |
| 13 | 02.04.02.008-5 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA | 5 |
| 14 | 02.04.04.002-7 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR | 15 |
| 15 | 02.04.04.003-5 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL | 110 |
| 16 | 02.04.04.005-1 | RADIOGRAFIA DE BRACO | 65 |
| 17 | 02.04.03.007-2 | RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX) | 20 |
| 18 | 02.04.04.011-6 | RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES) | 50 |
| 19 | 02.04.04.001-9 | RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO | 20 |
| 20 | 02.04.04.007-8 | RADIOGRAFIA DE COTOVELO | 75 |
| 21 | 02.04.04.009-4 | RADIOGRAFIA DE MAO | 150 |
| 22 | 02.04.04.010-8 | RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA) | 25 |
| 23 | 02.04.04.012-4 | RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA) | 65 |
| 24 | 02.04.04.008-6 | RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO | 50 |
| 25 | 02.04.03.012-9 | RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA) | 5 |
| 26 | 02.04.03.017-0 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA) | 90 |
| 27 | 02.04.03.015-3 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL) | 440 |
| 28 | 02.04.03.014-5 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA) | 10 |
| 29 | 02.04.06.006-0 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL | 220 |
| 30 | 02.04.06.007-9 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA | 60 |
| 31 | 02.04.06.009-5 | RADIOGRAFIA DE BACIA | 160 |
| 32 | 02.04.06.011-7 | RADIOGRAFIA DE COXA | 15 |
| 33 | 02.04.06.016-8 | RADIOGRAFIA DE PERNA | 40 |
| 34 | 02.04.06.008-7 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA | 150 |
| 35 | 02.04.06.010-9 | RADIOGRAFIA DE CALCANEO | 100 |
| 36 | 02.04.06.012-5 | RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL) | 400 |
| 37 | 02.04.06.013-3 | RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL) | 70 |
| 38 | 02.04.06.017-6 | RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES | 10 |
| 39 | 02.04.06.015-0 | RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE | 150 |
| 40 | 02.04.06.014-1 | RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS) | 30 |
| 41 |  | RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO | 10 |
| 42 | 02.04.05.013-8 | RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP) | 20 |
| 43 | 02.04.05.011-1 | RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA) | 10 |
| 44 | 02.04.05.012-0 | RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS) | 10 |
| 45 | 02.05.02.009-7 | ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL | 30 |
| 46 | 02.05.02.016-0 | ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA) | 150 |
| 47 | 02.05.02.014-3 | ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA | 600 |
| 48 | 02.05.02.018-6 | ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL | 420 |
| 49 | 02.05.02.007-0 | ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL | 25 |
| 50 | 02.05.02.010-0 | ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL | 15 |
| 51 | 02.05.02.004-6 | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL | 550 |
| 52 | 02.05.02.003-8 | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR | 300 |
| 53 | 02.05.02.015-1 | ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO | 65 |
| 54 | 02.05.02.011-9 | ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL) | 15 |
| 55 | 02.05.02.012-7 | ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE | 20 |
| 56 | 02.05.02.006-2 | ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO | 600 |
| 57 | 02.05.01.004-0 | ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS - ATÉ 9 VASOS **SOMENTE URGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO DE TVP** | 310 |
| 58 | 02.05.01.004-0 | ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER CAROTIDAS E VERTEBRAIS | 35 |
| 59 | s/ código | ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA COM TRANSLUCENCIA NUCAL | 15 |
| 60 | s/ código | ULTRASSONOGRAFIA ABDOME INFERIOR MASCULINO BEXIGA, PROSTATA E VESICULAS SEMINAIS | 20 |
| 61 | s/ código | ULTRASSONOGRAFIA ORGAO SUPERFICIAIS MAMA, TIREOIDE, ESCROTO, PENIS, CRANIO | 180 |
| 62 | s/ código | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR DOPLLER | 20 |
| 63 | s/ código | ULTRASONOGRAFIA OBSTETRICA COM TRANSLUCENCIA NUCAL E MEDIDA DO COLO UTERINO | 15 |
| 64 | s/ código | ULTRASSONOGRAFIA HIPOCONDRIO DIREITO | 5 |
| 65 | 02.05.02.005-4 | ULTRASSONOGRAFIA APARELHO URINARIO FEMININO (RINS, URETERES E BEXIGA) | 200 |
| 66 | 02.05.02.005-4 | ULTRASSONOGRAFIA APARELHO URINARIO MASCULINO (RINS, URETERES, BEXIGA E VOLUME DA PROSTATA) | 160 |
| 67 | s/ código | ULTRASSONOGRAFIA ABDOMEN INFERIOR FEMININO (BEXIGA, UTERO, OVARIOS E ANEXOS) | 100 |
| 68 | s/ código | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN INFERIOR DOPLLER | 40 |
| 69 | s/ código | ULTRASSONOGRAFIA DE TESTICULOS | 35 |
| 70 | s/ código | ULTRASSONOGRAFIA DE TESTICULOS E CORDÕES ESPERMATICOS DOPPLER | 5 |
| 71 | s/ código | ULTRASSONOGRAFIA MUSCULATURA DA COXA | 10 |
| 72 | s/ código | ULTRASSONOGRAFIA DE AXILA | 15 |
| 73 | s/ código | ULTRASSONOGRAFIA RETROPERRITONIO GRANDES VASOS E SUPRA RENAIS | 5 |
| 74 | s/ código | ULTRASSONOGRAFIA REGIAO CERVICAL | 10 |
| 75 | s/ código | ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE COM DOPPLER | 65 |
| 76 | s/ código | ULTRASSONOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVARES | 5 |
| 77 | s/ código | ULTRASSONOGRAFIA BILATERAL DE MAMAS COM DOPPLER COLORIDO | 15 |
| 78 |  | ULTRASSONOGRAFIA DE REGIÃO INGUINAL | 55 |
| 79 | s/ código | ULTRASSONOGRAFIA DE PESCOÇO | 10 |
| 80 | s/ código | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR COM DOPPLER PEDIATRICA | 5 |
| 81 | s/ código | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN INFERIOR COM DOPPLER PEDIATRICA | 5 |
| 82 | s/ código | ULTRASSONOGRAFIA DE PARTES MOLES COM DOPPLER | 100 |
| 83 | s/ código | ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA TRANSRETAL COM DOPPLER COLORIDO | 55 |
|  |  | **TOTAL GERAL** | **8030** |

# **LEVANTAMENTO DE MERCADO**

Foi realizado levantamento de preços com empresas prestadoras de serviço na região de saúde que encontra-se o município de Santo Antonio do Sudoeste – PR.

# **– ESTIMATIVA DO PREÇO DA CONTRATAÇÃO**

O Valor estimado para contratação de acordo com os documentos de pesquisa de preços é de **R$ 678.423,33,** conforme tabala abaixo:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Item** | **Cód. SUS** | **Descrição do Procedimento** | **Quantidade** | **Valor Unit.** | **Valor Total** |
| 1 | 02.04.01.008-0 | RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL) | 10 | R$ 11,33 | R$ 113,33 |
| 3 | 02.04.01.011-0 | RADIOGRAFIA DE MAXILAR (PA + OBLIQUA) | 10 | R$ 11,33 | R$ 113,33 |
| 4 | 02.04.01.012-8 | RADIOGRAFIA DE OSSOS DA FACE (MN + LATERAL + HIRTZ) | 10 | R$ 11,33 | R$ 113,33 |
| 5 | 02.04.01.014-4 | RADIOGRAFIA DE SEIOS DA FACE (FN + MN + LATERAL + HIRTZ) | 75 | R$ 11,33 | R$ 850,00 |
| 6 | 02.04.01.006-3 | RADIOGRAFIA DE CAVUM (LATERAL + HIRTZ) | 130 | R$ 11,33 | R$ 1.473,33 |
| 7 | 02.04.01.007-1 | RADIOGRAFIA DE CRANIO (PA + LATERAL + OBLIQUA / BRETTON + HIRTZ) | 10 | R$ 11,33 | R$ 113,33 |
| 8 | 02.04.02.004-2 | RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO / FLEXAO) | 60 | R$ 11,33 | R$ 680,00 |
| 9 | 02.04.02.009-3 | RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACICA (AP + LATERAL) | 110 | R$ 11,33 | R$ 1.246,67 |
| 10 | 02.04.02.003-4 | RADIOGRAFIA DE COLUNA CERVICAL (AP + LATERAL + TO + OBLIQUAS) | 100 | R$ 11,33 | R$ 1.133,33 |
| 11 | 02.04.02.010-7 | RADIOGRAFIA DE COLUNA TORACO-LOMBAR | 60 | R$ 11,33 | R$ 680,00 |
| 12 | 02.04.02.006-9 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA | 5 | R$ 11,33 | R$ 56,67 |
| 13 | 02.04.02.007-7 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA (C/ OBLIQUAS) | 400 | R$ 11,33 | R$ 4.533,33 |
| 14 | 02.04.02.008-5 | RADIOGRAFIA DE COLUNA LOMBO-SACRA FUNCIONAL / DINAMICA | 5 | R$ 11,33 | R$ 56,67 |
| 15 | 02.04.04.002-7 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ACROMIO-CLAVICULAR | 15 | R$ 11,33 | R$ 170,00 |
| 16 | 02.04.04.003-5 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO ESCAPULO-UMERAL | 110 | R$ 11,33 | R$ 1.246,67 |
| 17 | 02.04.04.005-1 | RADIOGRAFIA DE BRACO | 65 | R$ 11,33 | R$ 736,67 |
| 18 | 02.04.03.007-2 | RADIOGRAFIA DE COSTELAS (POR HEMITORAX) | 20 | R$ 11,33 | R$ 226,67 |
| 19 | 02.04.04.011-6 | RADIOGRAFIA DE ESCAPULA/OMBRO (TRES POSICOES) | 50 | R$ 11,33 | R$ 566,67 |
| 20 | 02.04.04.001-9 | RADIOGRAFIA DE ANTEBRACO | 20 | R$ 11,33 | R$ 226,67 |
| 21 | 02.04.04.007-8 | RADIOGRAFIA DE COTOVELO | 75 | R$ 11,33 | R$ 850,00 |
| 22 | 02.04.04.009-4 | RADIOGRAFIA DE MAO | 150 | R$ 11,33 | R$ 1.700,00 |
| 23 | 02.04.04.010-8 | RADIOGRAFIA DE MAO E PUNHO (P/ DETERMINACAO DE IDADE OSSEA) | 25 | R$ 11,33 | R$ 283,33 |
| 24 | 02.04.04.012-4 | RADIOGRAFIA DE PUNHO (AP + LATERAL + OBLIQUA) | 65 | R$ 11,33 | R$ 736,67 |
| 25 | 02.04.04.008-6 | RADIOGRAFIA DE DEDOS DA MAO | 50 | R$ 11,33 | R$ 566,67 |
| 26 | 02.04.03.012-9 | RADIOGRAFIA DE TORAX (APICO-LORDORTICA) | 5 | R$ 11,33 | R$ 56,67 |
| 27 | 02.04.03.017-0 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA) | 90 | R$ 11,33 | R$ 1.020,00 |
| 28 | 02.04.03.015-3 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA E PERFIL) | 440 | R$ 11,33 | R$ 4.986,67 |
| 29 | 02.04.03.014-5 | RADIOGRAFIA DE TORAX (PA + LATERAL + OBLIQUA) | 10 | R$ 11,33 | R$ 113,33 |
| 30 | 02.04.06.006-0 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO COXO-FEMORAL | 220 | R$ 11,33 | R$ 2.493,33 |
| 31 | 02.04.06.007-9 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO SACRO-ILIACA | 60 | R$ 11,33 | R$ 680,00 |
| 32 | 02.04.06.009-5 | RADIOGRAFIA DE BACIA | 160 | R$ 11,33 | R$ 1.813,33 |
| 33 | 02.04.06.011-7 | RADIOGRAFIA DE COXA | 15 | R$ 11,33 | R$ 170,00 |
| 34 | 02.04.06.016-8 | RADIOGRAFIA DE PERNA | 40 | R$ 11,33 | R$ 453,33 |
| 35 | 02.04.06.008-7 | RADIOGRAFIA DE ARTICULACAO TIBIO-TARSICA | 150 | R$ 11,33 | R$ 1.700,00 |
| 36 | 02.04.06.010-9 | RADIOGRAFIA DE CALCANEO | 100 | R$ 11,33 | R$ 1.133,33 |
| 37 | 02.04.06.012-5 | RADIOGRAFIA DE JOELHO (AP + LATERAL) | 400 | R$ 11,33 | R$ 4.533,33 |
| 38 | 02.04.06.013-3 | RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + AXIAL) | 70 | R$ 11,33 | R$ 793,33 |
| 39 | 02.04.06.017-6 | RADIOGRAFIA PANORAMICA DE MEMBROS INFERIORES | 10 | R$ 11,33 | R$ 113,33 |
| 40 | 02.04.06.015-0 | RADIOGRAFIA DE PE / DEDOS DO PE | 150 | R$ 11,33 | R$ 1.700,00 |
| 41 | 02.04.06.014-1 | RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA (AP + LATERAL + OBLIQUA + 3 AXIAIS) | 30 | R$ 11,33 | R$ 340,00 |
| 42 |  | RADIOGRAFIA DE ESTOMAGO E DUODENO | 10 | R$ 14,67 | R$ 146,67 |
| 43 | 02.04.05.013-8 | RADIOGRAFIA DE ABDOMEN SIMPLES (AP) | 20 | R$ 11,33 | R$ 226,67 |
| 44 | 02.04.05.011-1 | RADIOGRAFIA DE ABDOMEN (AP + LATERAL / LOCALIZADA) | 10 | R$ 11,33 | R$ 113,33 |
| 45 | 02.04.05.012-0 | RADIOGRAFIA DE ABDOMEN AGUDO (MINIMO DE 3 INCIDENCIAS) | 10 | R$ 11,33 | R$ 113,33 |
| 46 | 02.05.02.009-7 | ULTRASSONOGRAFIA MAMARIA BILATERAL | 30 | R$ 136,67 | R$ 4.100,00 |
| 47 | 02.05.02.016-0 | ULTRASSONOGRAFIA PELVICA (GINECOLOGICA) | 150 | R$ 136,67 | R$ 20.500,00 |
| 48 | 02.05.02.014-3 | ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA | 600 | R$ 136,67 | R$ 82.000,00 |
| 49 | 02.05.02.018-6 | ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL | 420 | R$ 136,67 | R$ 57.400,00 |
| 50 | 02.05.02.007-0 | ULTRASSONOGRAFIA DE BOLSA ESCROTAL | 25 | R$ 136,67 | R$ 3.416,67 |
| 51 | 02.05.02.010-0 | ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA POR VIA ABDOMINAL | 15 | R$ 136,67 | R$ 2.050,00 |
| 52 | 02.05.02.004-6 | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN TOTAL | 550 | R$ 150,00 | R$ 82.500,00 |
| 53 | 02.05.02.003-8 | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR | 300 | R$ 136,67 | R$ 41.000,00 |
| 54 | 02.05.02.015-1 | ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA C/ DOPPLER COLORIDO E PULSADO | 65 | R$ 196,67 | R$ 12.783,33 |
| 55 | 02.05.02.011-9 | ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA (VIA TRANSRETAL) | 15 | R$ 136,67 | R$ 2.050,00 |
| 56 | 02.05.02.012-7 | ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE | 20 | R$ 136,67 | R$ 2.733,33 |
| 57 | 02.05.02.006-2 | ULTRASSONOGRAFIA DE ARTICULACAO | 600 | R$ 136,67 | R$ 82.000,00 |
| 58 | 02.05.01.004-0 | ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER COLORIDO DE VASOS - ATÉ 9 VASOS **SOMENTE URGÊNCIA PARA AVALIAÇÃO DE TVP** | 310 | R$ 196,67 | R$ 60.966,67 |
| 59 | 02.05.01.004-0 | ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER CAROTIDAS E VERTEBRAIS | 35 | R$ 196,67 | R$ 6.883,33 |
| 60 | s/ código | ULTRASSONOGRAFIA OBSTETRICA COM TRANSLUCENCIA NUCAL | 15 | R$ 150,00 | R$ 2.250,00 |
| 61 | s/ código | ULTRASSONOGRAFIA ABDOME INFERIOR MASCULINO BEXIGA, PROSTATA E VESICULAS SEMINAIS | 20 | R$ 136,67 | R$ 2.733,33 |
| 62 | s/ código | ULTRASSONOGRAFIA ORGAO SUPERFICIAIS MAMA, TIREOIDE, ESCROTO, PENIS, CRANIO | 180 | R$ 136,67 | R$ 24.600,00 |
| 63 | s/ código | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR DOPLLER | 20 | R$ 196,67 | R$ 3.933,33 |
| 64 | s/ código | ULTRASONOGRAFIA OBSTETRICA COM TRANSLUCENCIA NUCAL E MEDIDA DO COLO UTERINO | 15 | R$ 196,67 | R$ 2.950,00 |
| 65 | s/ código | ULTRASSONOGRAFIA HIPOCONDRIO DIREITO | 5 | R$ 136,67 | R$ 683,33 |
| 66 | 02.05.02.005-4 | ULTRASSONOGRAFIA APARELHO URINARIO FEMININO (RINS, URETERES E BEXIGA) | 200 | R$ 136,67 | R$ 27.333,33 |
| 67 | 02.05.02.005-4 | ULTRASSONOGRAFIA APARELHO URINARIO MASCULINO (RINS, URETERES, BEXIGA E VOLUME DA PROSTATA) | 160 | R$ 136,67 | R$ 21.866,67 |
| 68 | s/ código | ULTRASSONOGRAFIA ABDOMEN INFERIOR FEMININO (BEXIGA, UTERO, OVARIOS E ANEXOS) | 100 | R$ 136,67 | R$ 13.666,67 |
| 69 | s/ código | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN INFERIOR DOPLLER | 40 | R$ 196,67 | R$ 7.866,67 |
| 70 | s/ código | ULTRASSONOGRAFIA DE TESTICULOS | 35 | R$ 136,67 | R$ 4.783,33 |
| 71 | s/ código | ULTRASSONOGRAFIA DE TESTICULOS E CORDÕES ESPERMATICOS DOPPLER | 5 | R$ 196,67 | R$ 983,33 |
| 72 | s/ código | ULTRASSONOGRAFIA MUSCULATURA DA COXA | 10 | R$ 136,67 | R$ 1.366,67 |
| 73 | s/ código | ULTRASSONOGRAFIA DE AXILA | 15 | R$ 136,67 | R$ 2.050,00 |
| 74 | s/ código | ULTRASSONOGRAFIA RETROPERRITONIO GRANDES VASOS E SUPRA RENAIS | 5 | R$ 136,67 | R$ 683,33 |
| 75 | s/ código | ULTRASSONOGRAFIA REGIAO CERVICAL | 10 | R$ 136,67 | R$ 1.366,67 |
| 76 | s/ código | ULTRASSONOGRAFIA DE TIREOIDE COM DOPPLER | 65 | R$ 196,67 | R$ 12.783,33 |
| 77 | s/ código | ULTRASSONOGRAFIA DE GLANDULAS SALIVARES | 5 | R$ 136,67 | R$ 683,33 |
| 78 | s/ código | ULTRASSONOGRAFIA BILATERAL DE MAMAS COM DOPPLER COLORIDO | 15 | R$ 196,67 | R$ 2.950,00 |
| 79 |  | ULTRASSONOGRAFIA DE REGIÃO INGUINAL | 55 | R$ 136,67 | R$ 7.516,67 |
| 80 | s/ código | ULTRASSONOGRAFIA DE PESCOÇO | 10 | R$ 136,67 | R$ 1.366,67 |
| 81 | s/ código | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN SUPERIOR COM DOPPLER PEDIATRICA | 5 | R$ 196,67 | R$ 983,33 |
| 82 | s/ código | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDOMEN INFERIOR COM DOPPLER PEDIATRICA | 5 | R$ 196,67 | R$ 983,33 |
| 83 | s/ código | ULTRASSONOGRAFIA DE PARTES MOLES COM DOPPLER | 100 | R$ 196,67 | R$ 19.666,67 |
| 84 | s/ código | ULTRASSONOGRAFIA DE PROSTATA TRANSRETAL COM DOPPLER COLORIDO | 55 | R$ 196,67 | R$ 10.816,67 |
|  |  | **TOTAL GERAL** | **8030** |  | **R$ 678.423,33** |

# **- DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO**

A presente solicitação tem por objetivo a futura e eventual contratação de prestação de serviços médicos especializado para realização de exames de ultrassonografia e laudos de radiografia, conforme quantidades, especificações, exigências e condições estabelecidas neste documento, considerando o inciso I do § 1° do art. 18 da Lei nº 14.133, de 2021.

A atenção à saúde deve centrar as diretrizes na qualidade dos serviços prestados aos usuários, com atenção acolhedora, resolutiva e humanizada, com seus recursos humanos e técnicos, oferecendo os serviços de saúde adequados. A necessidade premente de complementar a oferta de serviços assistenciais, com objetivo de reduzir a demanda reprimida observada, é mandatória e influencia diretamente a ampliação do acesso universal aos serviços assistenciais que devem ser disponibilizados pelo SUS.

Considerando a necessidade da implementação de políticas públicas que venham a priorizar a assistência aos casos de Atendimentos médicos que envolvem a realização de exames de ultrassonografia e laudos de radiografia. Portanto, se faz necessária a realização do processo licitatório desse Serviço para que possamos atender os casos relacionados a esses atendimentos com qualidade e visando melhorias no atendimento da saúde pública aos munícipes.

Além disso, argumentamos que este serviço será prestado no próprio município para maior bem-estar dos pacientes que hoje para acessar tal serviço são deslocados por aproximadamente 100 km para realização dos mesmos. Salientamos a importância destes exames para complementar a assistência médica realizada nas Unidades Básicas de Saúde do município de Santo Antonio do Sudoeste – Pr.

# **– JUSTIFICATIVA PARA PARCELAMENTO**

Como o processo é composto por itens de exames e laudos o mesmo pode ser parcelado, visto que, será pago conforme realizado.

# **- DEMONSTRAÇÃO DOS RESULTADOS PRETENDIDOS**

Esta contratação irá agilizar e proporcionar um atendimento com qualidade, com resolutibilidade rápida e visando melhorias no atendimento da saúde pública aos munícipes. Por oportunizar realizações de exames de diagnóstico no próprio município trazendo maior comodidade ao paciente.

# **– PROVIDÊNCIAS PRÉVIAS AO CONTRATO**

Não se aplica.

# **– CONTRATAÇÕES CORRELATAS/INTERDEPENDENTES**

Não se aplica.

# **– IMPACTOS AMBIENTAIS**

Não se aplica.

# **– POSICIONAMENTO SOBRE A VIABILIDADE DA CONTRATAÇÃO**

Contudo, entendemos que esta contratação é viável para realização por atender a necessidade de diagnóstico preciso e rápido para os usuários deste município, além de ser mais cômodo ao paciente por não precisar deslocar o mesmo para outro município.

Santo Antonio do Sudoeste – PR, 13 de março de 2023.

Assinatura

Dariéli Brembatti

Cargo