



ESTADO DE MATRO GROSSO  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO LESTE**  
CNPJ: 04.217.362/0001-90

---

DO: *GABINETE DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE.*  
AO: *EXMO. SR. MIGUEL JOSE BRUNETTA – PREFEITO MUNICIPAL*

PREZADO PREFEITO

Solicitamos autorização de Vossa Excelência, para que o Departamento Responsável promova a **Contratação de Serviços Médicos Para Realização de Exames de Ultrassonografia. Realizados por Profissionais Médico Regularmente Credenciado Pelo Conselho Federal de Medicina e Reconhecido Pela Sociedade Brasileira de Ultrassonografia com Capacitação Comprovada em US geral, US Obstétrico, US Ginecológico, US Musculoesquelético, US Tireoide, US Doppler em Medicina Interna e Ginecologia e Obstetrícia, Para Atender a Demanda Do Pronto Atendimento Municipal PA e PSF.**

Santo Antônio do Leste - MT, 22 de Agosto de 2016.

  
MARCOS DA SILVA ALVES  
Secretária Municipal de  
Saúde



## Solicitação de Materiais / Serviços

Requisição Responsável Data  
**01199/16** MARCOS DA SILVA ALVES 06/09/2016

Descrição

PRESTAÇÃO DE SERVIÇO DE ULTRASOM

Poder PODER EXECUTIVO  
Órgão SECRETARIA MUNICIPAL DE SAUDE  
Setor Solicitante FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE  
Centro de Custo **11 FUNDO MUNICIPAL DE SAUDE**  
Placa

### Observação

REFERENTE A PRESTAÇÃO DE SERVIÇO A SEREM REALIZADAS DE CONTRATAÇÃO DE SERVIÇOS 60 (SESSENTA EXAMES DE ULTRASSOM MENSAIS REALIZADO POR PROFISSIONAL MEDICO REGULARMENTE CREDENCIADO PELO CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA E RECONHECIDO PELA SOCIEDADE BRASILEIRA DE ULTRASSONOGRRAFIA COM CAPACITAÇÃO COMPROVADA EM US GERAL US GERAL US OBSTETRICO US GINECOLOGICO US MUSCULOESQUELETICO US TIREOIDE US DOPPLER EM MEDICINA INTERNA E GINECOLOGIA E OBSTETRICIA PARA ATENDER AS NECESSIDADES DA SECRETARIA DE SAUDE

Item	Cód. Produto	Descrição do Produto	Unidade	Qtde	Qtde Rec.	C. Custo	Centro de Custo
		Descrição Detalhada do Produto			Observação		
1	007.002.297	ABDOMEN TOTAL	SER	720	0	11	FUNDO MUNICIPAL DE SAUD
2	007.002.298	ABDOMEN SUPERIOR	SER	720	0	11	FUNDO MUNICIPAL DE SAUD
3	007.002.299	ABDOMEN INFERIOR	SER	720	0	11	FUNDO MUNICIPAL DE SAUD
4	007.002.300	VESICULA E VIAS BILIARES	SER	720	0	11	FUNDO MUNICIPAL DE SAUD
5	007.002.301	APARELHO URINARIO MASCULINO E FEMININO	SER	720	0	11	FUNDO MUNICIPAL DE SAUD
6	007.002.302	PROSTATA VIA ABDOMINAL	SER	720	0	11	FUNDO MUNICIPAL DE SAUD
7	007.002.303	ENDOVAGINAL	SER	720	0	11	FUNDO MUNICIPAL DE SAUD
8	007.002.304	MAMAS	SER	720	0	11	FUNDO MUNICIPAL DE SAUD
9	007.002.305	TIREOIDE	SER	720	0	11	FUNDO MUNICIPAL DE SAUD
10	007.002.306	PAREDE ABDOMINAL	SER	720	0	11	FUNDO MUNICIPAL DE SAUD
11	007.002.307	LESOES CUTANEAS ISOLADAS	SER	720	0	11	FUNDO MUNICIPAL DE SAUD
12	007.002.308	MORFOLOGICO FETAL	SER	720	0	11	FUNDO MUNICIPAL DE SAUD
13	007.002.309	MUSCULOESQUELETICOS	SER	720	0	11	FUNDO MUNICIPAL DE SAUD
14	007.002.310	VASCULARES	SER	720	0	11	FUNDO MUNICIPAL DE SAUD
15	007.002.311	PROSTATA TRANS-RETAL	SER	720	0	11	FUNDO MUNICIPAL DE SAUD
16	007.002.312	BOLSA ESCROTAL E PENIS	SER	720	0	11	FUNDO MUNICIPAL DE SAUD

  
MARCOS DA SILVA ALVES  
Solicitante



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO LESTE

Rua "A", 367 - Jd. Santa Inês

CNPJ: 04.217.362/0001-90

Quadro de Cotação - 01199/16

Produto/Serviço	QTD	Prc.Unitário		Preço Total		Prc.Unitário		Preço Total		Vencedor(es)
		Proponente_19860	Proponente_19176	Proponente_19176	Proponente_600	Proponente_19176	Proponente_600			
007.002.297 ABDOMEN TOTAL	720	90,00	80,00	57.600,00	100,00	72.000,00	19176	57.600,00		
007.002.298 ABDOMEN SUPERIOR	720	90,00	80,00	57.600,00	100,00	72.000,00	19176	57.600,00		
007.002.299 ABDOMEN INFERIOR	720	90,00	80,00	57.600,00	100,00	72.000,00	19176	57.600,00		
007.002.300 VESICULA E VIAS BILIARES	720	90,00	80,00	57.600,00	100,00	72.000,00	19176	57.600,00		
007.002.301 APARELHO URINARIO MASCULINO E FEMININC	720	90,00	80,00	57.600,00	100,00	72.000,00	19176	57.600,00		
007.002.302 PROSTATA VIA ABDOMINAL	720	90,00	80,00	57.600,00	100,00	72.000,00	19176	57.600,00		
007.002.303 ENDOVAGINAL	720	90,00	80,00	57.600,00	100,00	72.000,00	19176	57.600,00		
007.002.304 MAMAS	720	90,00	80,00	57.600,00	100,00	72.000,00	19176	57.600,00		
007.002.305 TIREOIDE	720	90,00	80,00	57.600,00	100,00	72.000,00	19176	57.600,00		
007.002.306 PAREDE ABDOMINAL	720	90,00	80,00	57.600,00	100,00	72.000,00	19176	57.600,00		
007.002.307 LESOES CUTANEAS ISOLADAS	720	90,00	80,00	57.600,00	100,00	72.000,00	19176	57.600,00		
007.002.308 MORFOLOGICO FETAL	720	90,00	110,00	79.200,00	100,00	72.000,00	19860	64.800,00		
007.002.309 MUSCOLOESQUELETICOS	720	90,00	110,00	79.200,00	100,00	72.000,00	19860	64.800,00		
007.002.310 VASCULARES	720	90,00	110,00	79.200,00	100,00	72.000,00	19860	64.800,00		
007.002.311 PROSTATA TRANS-RETAL	720	90,00	110,00	79.200,00	100,00	72.000,00	19860	64.800,00		
007.002.312 BOLSA ESCROTAL E PENIS	720	90,00	110,00	79.200,00	100,00	72.000,00	19860	64.800,00		
Valor Total da Cotação:									957.600,00	

Relação de Proponentes Participantes

19860	22.813.816/0001-77	KME IMAGENS LTDA ME
19176	20.424.706/0001-98	HOSPITAL E MATERNIDADE SAO LUCAS PRIMAVERA LTDA
600	01.383.835/0001-30	HOSPITAL DAS CLINICAS PRIMAVERA LTDA

Relação de Proponentes Vencedor(es)

19176	633.600,00
19860	324.000,00



PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTO ANTONIO DO LESTE

Rua "A", 367 - Jd. Santa Inês

CNPJ: 04.217.362/0001-90

Página 2

06/09/2016

### Quadro de Cotação - 01199/16

Produto/Serviço	QTD	Proponente_19860		Proponente_19176		Proponente_600		Vencedor(es)
		Prc.Unitário	Preço Total	Prc.Unitário	Preço Total	Prc.Unitário	Preço Total	

Aprovado por:

Digitador (a)  
MICHELY SCHUH

## PROPOSTA DE PREÇOS

Nome de Fantasia: <b>ULTRACLIN</b>	
Razão Social: <b>KME IMAGENS LTDA ME</b>	
CNPJ: <b>22.813.816 /0001-77</b>	Inscrição Estadual: <b>51201482306</b>
Endereço: <b>Rua Maceió Nº 377</b>	
Bairro: <b>Centro</b>	Cidade: <b>Campo Verde</b>
Estado: <b>Mato Grosso</b>	CEP: <b>78840-000</b>
Telefone: <b>(66) 3479-2957</b>	Contatos: <b>Claudia (65) 992823102 / Nagib (65) 99724965</b>
E-MAIL: <a href="mailto:kmeimagens@outlook.com">kmeimagens@outlook.com</a> / <a href="mailto:nquedi@hotmail.com">nquedi@hotmail.com</a>	
Banco: <b>Bradesco</b> Agência <b>1295-5</b>	Conta Corrente: <b>651-3</b>

ÍTEM	DESCRIÇÃO DO ULTRASSOM	VALOR UNITÁRIO
1	USG DO ABDOMEN SUPERIOR	90.00 R\$
2	USG DO ABDOMEN INFERIOR	90.00 R\$
3	USG DO APARELHO URINÁRIO	90.00 R\$
4	USG DO FÍGADO E VIAS BILIARES	90.00 R\$
5	USG DA TIREOIDE	90.00 R\$
6	USG OBSTÉTRICA	90.00 R\$
7	USG DA PRÓSTATA (Via Abdominal)	90.00 R\$
8	USG ENDOVAGINAL	90.00 R\$
9	USG DAS MAMAS	90.00 R\$

Validade da Proposta: 90 (sessenta) dias.

Os exames serão realizados em local providenciado pela Secretaria Municipal de Saúde em sala climatizada e fonte de energia elétrica estável, com equipamento de ecografia portátil munido de recursos tecnológicos ultrassonográficos de última geração (**Samsung HM70**) de propriedade da contratante.

Outros exames ultrassonográficos de maior complexidade poderão ser realizados com valores diferenciados e convertidos em exames acima especificados a critério da contratante.

Santo Antônio do Leste – MT, aos 08 dias de agosto de 2016.

  
**KME IMAGENS LTDA ME**  
 CNPJ Nº 22.813.816 /0001-77



Primavera do Leste 05 de Setembro 2016.

VALORIZAÇÃO:

Plantonista clínico presencial 24 hs R\$ 1885,32 com nota fiscal

Ultrassonografia normal complementação R\$ 80,00

Ultrassonografia com doppler complementação R\$ 110,00

Diva Padilha Cunha

66996961150

tel: 3496-1235/3498-2902

hosp: 556@terra.com.br

Av. Minas Gerais, 356 Centro, Primavera do Leste - MT

Primavera do Leste, 05 de Julho de 2016.

Segue os valores praticados de plantões clínicos e de Ultrassonografia do Hospital das Clínicas.

- Plantão médico clínico → R\$ 800,00
- Ultrassonografia → R\$ 100,00

Atenciosamente,

Hospital das Clínicas Primavera LTDA