

## **TOMADA DE PREÇO**

Nº 202345TP37237HEMU

O Instituto de Gestão e Humanização – IGH, entidade de direito privado e sem fins lucrativos, classificado como Organização Social, vem tornar público da Tomada de Preços, com a finalidade de adquirir bens, insumos e serviços para o HEMU - Hospital Estadual da Mulher, com endereço à Rua R-7, S/N, Setor Oeste, Goiânia, CEP: 74.125-090.

### PERÍODO DE COTAÇÃO

Data de início de recebimento das propostas: **04 de maio de 2023**

Data final de recebimento das propostas: **10 de maio de 2023**

O detalhamento do objeto, com suas especificações, quantidades, volumes e outros, poderão ser encontrados na plataforma eletrônica [www.bionexo.com.br](http://www.bionexo.com.br). Não possuindo cadastro ativo no portal supracitado, o detalhamento do objeto deverá ser solicitado no endereço de e-mail: [compras.go@igh.org.br](mailto:compras.go@igh.org.br). Não serão aceitas cotações por e-mail, apenas na plataforma BIONEXO.

Em tempo, informamos que se encontra disponível fisicamente o detalhamento do edital no seguinte endereço: Av. Perimetral Qd. 37 Lt. 64, Setor Coimbra, Goiânia/GO, CEP: 74.530-026. O resultado será publicado no site oficial do IGH (<https://www.igh.org.br/transparencia>), na pasta específica da unidade.

<b>OBJETO</b>
SERVIÇOS MEDICOS: TOMOGRAFIA, RESSONÂNCIA E DOPPLER

### **PEDIDO**

**37237/2023**

Nota: O Regulamento de Compras, Alienações e Contratações De Obras e Serviços do Instituto de Gestão e Humanização na Execução De Contratos de Gestão no Estado De Goiás, disponível para consulta no site <https://www.igh.org.br/>

Goiânia/GO, 4 de maio de 2023.

# TERMO DE REFERÊNCIA

- Objeto: Contratação de empresa especializada na prestação de SERVIÇOS MÉDICOS – TOMOGRAFIA, RESSONÂNCIA MAGNÉTICA e DOPPLER sob demanda de exames conforme descrito no lote único, visando atender as necessidades junto ao HOSPITAL ESTADUAL DA MULHER – HEMU.
- Justificativa: A presente contratação visa atender a demanda assistencial de serviços médicos aos usuários do SUS, no que tange especialmente à oferta do atendimento médico especializado, contribuindo assim para a melhoria da assistência e do atendimento ofertado pelo HOSPITAL ESTADUAL DA MULHER – HEMU.
- Serviço será executado sob demanda.

LOTE ÚNICO	
Serviço	Medida
ANGIORM ABDOME SUPERIOR ART. + VENOSA	Sob Demanda
ANGIORM AORTA ABDOMINAL	Sob Demanda
ANGIORM CRANIO ARTERIAL + VENOSA	Sob Demanda
ANGIORM MI ARTERIAL	Sob Demanda
ANGIORM MI VENOSA	Sob Demanda
ANGIORM MS ARTERIAL + VENOSA	Sob Demanda
ANGIORM PELVE ARTERIAL + VENOSA	Sob Demanda
ANGIORM PESCOCO ARTERIAL + VENOSA	Sob Demanda
ANGIORM PULMONAR ARTERIAL + VENOSA	Sob Demanda
ANGIOTC ABDOME SUPERIOR ART. E VENOSO	Sob Demanda
ANGIOTC ABDOME TOTAL ARTERIAL + VENOSA	Sob Demanda
ANGIOTC AORTA ABDOMINAL	Sob Demanda
ANGIOTC CRANIO ARTERIAL + VENOSA	Sob Demanda
ANGIOTC MI ARTERIAL	Sob Demanda
ANGIOTC MI VENOSA	Sob Demanda
ANGIOTC MS ARTERIAL	Sob Demanda
ANGIOTC MS VENOSA	Sob Demanda
ANGIOTC PELVE ARTERIAL + VENOSA	Sob Demanda
ANGIOTC PESCOCO ARTERIAL + VENOSA	Sob Demanda
ANGIOTC PULMONAR ARTERIAL + VENOSA	Sob Demanda
ANGIOTC TORAX ARTERIAL + VENOSA	Sob Demanda
DENSITOMETRIA COLUNA E FEMUR	Sob Demanda
DOPPLER AORTA E ARTERIAIS RENAI	Sob Demanda
DOPPLER ART. MEMBRO INFERIOR - UN. DIR.	Sob Demanda
DOPPLER ART. MEMBRO INFERIOR - UN. ESQ.	Sob Demanda
DOPPLER ARTERIAL MEMBRO SUPERIOR DIR.	Sob Demanda
DOPPLER ARTERIAL MEMBRO SUPERIOR ESQ.	Sob Demanda
DOPPLER BOLSA ESCROTAL	Sob Demanda
DOPPLER ORGAO OU ESTRUTURA ISOLADA	Sob Demanda

# TERMO DE REFERÊNCIA

DOPPLER TIREOIDE	Sob Demanda
DOPPLER VASOS CERVICAIS ART. BILATERAL	Sob Demanda
DOPPLER VENOSO MEMBRO INFERIOR DIR.	Sob Demanda
DOPPLER VENOSO MEMBRO INFERIOR ESQ.	Sob Demanda
ENTERORESSONANCIA	Sob Demanda
ESCANOMETRIA	Sob Demanda
HIDRO RM ( COLANGIORM )	Sob Demanda
MAMOGRAFIA CONVENCIONAL	Sob Demanda
RM ABDOME SUPERIOR	Sob Demanda
RM ARTICULACOES SACROILIACAS	Sob Demanda
RM ATM	Sob Demanda
RM BACIA	Sob Demanda
RM COLUNA CERVICAL	Sob Demanda
RM COLUNA DORSAL	Sob Demanda
RM COLUNA LOMBAR	Sob Demanda
RM COTOVELO DIR.	Sob Demanda
RM COTOVELO ESQ.	Sob Demanda
RM COXA DIR.	Sob Demanda
RM COXA ESQ.	Sob Demanda
RM CRANIO	Sob Demanda
RM FACE	Sob Demanda
RM JOELHO DIR.	Sob Demanda
RM JOELHO ESQ.	Sob Demanda
RM MAMAS	Sob Demanda
RM MAO ESQ.	Sob Demanda
RM MEMBRO SUPERIOR UNILATERAL	Sob Demanda
RM OMBRO DIR.	Sob Demanda
RM OMBRO ESQ.	Sob Demanda
RM ORBITA BILATERAL	Sob Demanda
RM OSSOS TEMPORAIS BILATERAL	Sob Demanda
RM PE (ANTEPE) DIR.	Sob Demanda
RM PE (ANTEPE) ESQ.	Sob Demanda
RM PELVE	Sob Demanda
RM PERNA DIR.	Sob Demanda
RM PERNA ESQ.	Sob Demanda
RM PESCOCO	Sob Demanda
RM PROSTATA ENDORETAL	Sob Demanda
RM PUNHO DIR.	Sob Demanda
RM PUNHO ESQ.	Sob Demanda
RM QUADRIL DIR.	Sob Demanda
RM QUADRIL ESQ.	Sob Demanda
RM SACRO COCCIX	Sob Demanda
RM SELA TURCICA	Sob Demanda
RM TORAX	Sob Demanda

# TERMO DE REFERÊNCIA

RM TORNOZELO DIR.	Sob Demanda
RM TORNOZELO ESQ.	Sob Demanda
TC ABDOME SUPERIOR	Sob Demanda
TC ABDOME TOTAL	Sob Demanda
TC ANTEBRAÇO DIR.	Sob Demanda
TC ANTEBRAÇO ESQ.	Sob Demanda
TC ATM	Sob Demanda
TC BRAÇO DIR.	Sob Demanda
TC BRAÇO ESQ.	Sob Demanda
TC COLUNA CERVICAL	Sob Demanda
TC COLUNA DORSAL	Sob Demanda
TC COLUNA LOMBAR	Sob Demanda
TC COTOVELO DIR.	Sob Demanda
TC COTOVELO ESQ.	Sob Demanda
TC COXA DIR.	Sob Demanda
TC COXA ESQ.	Sob Demanda
TC CRANIO	Sob Demanda
TC FACE OU SEIOS DA FACE	Sob Demanda
TC JOELHO DIR.	Sob Demanda
TC JOELHO ESQ.	Sob Demanda
TC MÃO DIR.	Sob Demanda
TC MÃO ESQ.	Sob Demanda
TC MASTOIDES OU ORELHAS	Sob Demanda
TC OMBRO DIR.	Sob Demanda
TC OMBRO ESQ.	Sob Demanda
TC ORBITAS	Sob Demanda
TC PARTES MOLES	Sob Demanda
TC PE DIR.	Sob Demanda
TC PE ESQ.	Sob Demanda
TC PELVE OU BACIA	Sob Demanda
TC PERNA DIR.	Sob Demanda
TC PERNA ESQ.	Sob Demanda
TC PESCOCO	Sob Demanda
TC PUNHO DIR.	Sob Demanda
TC PUNHO ESQ.	Sob Demanda
TC QUADRIL - ARTICULACAO COXOFEMORAL D.	Sob Demanda
TC SELA TURCICA	Sob Demanda
TC TIREÓIDE	Sob Demanda
TC TORAX	Sob Demanda
TC TORNOZELO DIR.	Sob Demanda
TC TORNOZELO ESQ.	Sob Demanda
TC VIAS URINÁRIAS	Sob Demanda

# TERMO DE REFERÊNCIA

4. No julgamento das propostas, atendidas as condições prescritas neste Termo de Referência, será vencedora do certame, a proposta que apresentar o **Menor Valor Global**.
5. Os valores indicados na cotação serão fixos e irrevogáveis pelo prazo de 12 (doze) meses, ficando a CONTRATADA obrigada a prestar o serviço conforme solicitado pelo IGH, considerando as especificações do item 3.
6. A vigência contratual será de 12 meses, a contar da data de assinatura do contrato, podendo ser prorrogado, se de comum acordo entre as partes, por igual período limitando-se ao prazo máximo de 60 meses.
7. A CONTRATADA terá o prazo de 24 horas para atender à solicitação da Unidade.
8. Local de prestação do serviço: Após o agendamento, o paciente será deslocado até o local de atendimento para a realização do exame seguindo as orientações necessárias de preparo para atendimento.
9. Dos Serviços
  - 9.1.1 Serviço será realizado sob demanda conforme solicitado pela Unidade.
  - 9.1.2 Todo paciente deverá receber assistência humanizada
  - 9.1.3 Prestar todas as informações médicas necessárias para os prepostos ou funcionários do CONTRATANTE, a fim de possibilitar a continuidade adequada da atenção à saúde do paciente, de acordo com as orientações e fluxos estabelecidos pela Diretoria Técnica Médica da Unidade
  - 9.1.4 Preencher os documentos comprobatórios do atendimento/internação, com detalhamento da admissão, atendimento, tratamento, evolução e encaminhamento final (alta/saída), realizar todos antes da alta do paciente, conforme orientações do SUS.
10. Documentos de qualificação da CONTRATA.
  - 10.1 No momento da cotação, o interessado deverá apresentar os seguintes documentos:
    - 10.1.1 Contrato social e documento de identificação do sócio/representante legal;
    - 10.1.2 Cartão CNPJ;
    - 10.1.3 Certidões de regularidade perante as Fazendas Municipal, Estadual GO e Federal, FGTS e CNDT;

# TERMO DE REFERÊNCIA

10.1.4 Alvará de Funcionamento;

10.1.5 Registro ou inscrição da empresa na entidade profissional competente junto ao CRM Conselho Regional de Medicina.

10.1.6 Registro do Representante Médico da Empresa junto ao CRM- Conselho Regional de Medicina;

Goiânia/GO, 07 de fevereiro de 2023

Assinado eletronicamente por:  
Pedro Americo de Carvalho Muricy Filho  
CPF: 875.651.885-49  
Data: 07/02/2023 10:46:03 -03:00



Assinado eletronicamente por:  
Cristiane de Souza Carvalho  
CPF: 031.961.826-90  
Data: 08/02/2023 13:16:57 -03:00



Assinado digitalmente por:  
Laryssa Santa Cruz Martins Barbosa  
CPF: 088.971.844-05  
Data: 10/02/2023 15:05:25 -03:00



Gestor da unidade



# MANIFESTO DE ASSINATURAS



Código de validação: YLU88-WJXFN-P9R5C-XPC2F

Esse documento foi assinado pelos seguintes signatários nas datas indicadas (Fuso horário de Brasília):

- ✓ Pedro Americo de Carvalho Muricy Filho (CPF 875.651.885-49) em 07/02/2023 10:46 - Assinado eletronicamente

Endereço IP	Geolocalização
167.249.250.206	Lat: -16,687809      Long: -49,276074 Precisão: 12119 (metros)
Autenticação	pedro.muricy@igh.org.br (Verificado)
Login	
i+ohl0EkqMqOP34HsgViVCwKggKsm8n65KMxyCQyCJs=	
SHA-256	

- ✓ Cristiane de Souza Carvalho (CPF 031.961.826-90) em 08/02/2023 13:16 - Assinado eletronicamente

Endereço IP	Geolocalização
167.249.250.206	Não disponível
Autenticação	diretoriatecnica.hemu@igh.org.br (Verificado)
Login	
e8+n7XKUrm1CxPYLUoc2XIsOtJL19IChtUn4SxWjAgw=	
SHA-256	

✓ LARYSSA SANTA CRUZ MARTINS BARBOSA (CPF 088.971.844-05) em 10/02/2023 15:05 - Assinado com certificado digital ICP-Brasil

Esse documento foi aprovado pelos seguintes aprovadores nas datas indicadas (Fuso horário de Brasília):

✓ ROSANA DE OLIVEIRA MOURA (CPF 060.700.225-56) em 13/02/2023 10:07

Para verificar as assinaturas, acesse o link direto de validação deste documento:

<https://mundo.easydocmd.com.br/validate/YLU88-WJXFN-P9R5C-XPC2F>

Ou acesse a consulta de documentos assinados disponível no link abaixo e informe o código de validação:

<https://mundo.easydocmd.com.br/validate>