



Estado de Santa Catarina
MUNICÍPIO DE CATANDUVAS

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DA DEMANDA

Requisitante: FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE	
Responsável pela Demanda: Rosiane Rodrigues de Oliveira	Matrícula: 62171
E-mail: financeiro.saude@catanduvras.sc.gov.br	Telefone: (49) 3525-6563.

1. Objeto/ Descrição da solução

Licitação para prestação de serviço de ultrassonografia móvel “in loco” para atender demanda do SUS e atender a necessidade da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Catanduvas – SC.

2. Quantidades estimadas

Descrição	Quantidade	Unidade	Valor (unidade)
US Aparelho Urinário Feminino	100	Und	120,00
US Aparelho Urinário Masculino	100	Und	120,00
US Doppler Colorido Arterial de Membro Inferior Unilateral	100	Und	253,00
US Doppler Colorido Arterial de Membro Superior Unilateral	100	Und	253,00
US Doppler Colorido de Aorta e Ilíacas	100	UN	253,00
US Doppler Colorido de Aorta e Artérias Renais	100	Und	253,00
US Doppler Colorido de Órgão ou Estruturas Isoladas	100	Und	253,00
US Doppler Colorido de Vasos Cervicais Arteriais Bilateral (Carótidas)	100	Und	253,00
US Doppler Colorido de Veia Cava Superior e Inferior	100	Und	253,00
US Doppler Colorido Transfontanela	100	Und	253,00
US Doppler Colorido Venoso de Membro Inferior Unilateral Serviço	100	Und	253,00
US Doppler Colorido Venoso de Membro Superior unilateral	100	Und	253,00
US Tireoide com Doppler	100	Und	253,00
US Transfontanela	100	Und	120,00
US Pélvico	100	Und	120,00

US Abdômen Inferior Feminino (bexiga, útero, ovário e anexo)	100	Und	120,00
US Abdômen Inferior Masculino (bexiga, próstata e vesícula)	100	Und	120,00
US Abdômen Superior (fígado, vias biliares, vesícula e pâncreas)	100	Und	120,00
US Abdômen Total (abdômen superior, rins, bexiga, aorta e veia)	100	Und	175,00
US Aparelho Urinário (rins, ureteres e bexiga)	100	Und	120,00
US Articular (por articulação)	100	Und	120,00
US Estruturas Superficiais (cervical, axilas ou músculos)	100	Und	120,00
US Glândulas Salivares (todas)	100	Und	120,00
US Globo ocular (bilateral)	100	Und	120,00
US Mamas	100	Und	135,00
US Obstétrico Morfológico	100	Und	388,00
US Órgãos Superficiais (tireoide, pênis, escroto ou crânio)	100	Und	120,00
US Próstata (via abdominal)	100	Und	120,00
US Próstata Transretal (não inclui abdômen inferior)	100	Und	120,00
US Translucencia Nucal US Transvaginal (útero, ovários, anexos e vagina)	100	Und	120,00
US Obstétrico com Doppler Colorido	100	Und	253,00
US Obstétrico	100	Und	120,00
US Ecodoppler Transtorácico Serviço	100	Und	275,00
US Transvaginal (útero, ovários, anexos e vagina)	100	Und	120,00

3. Justificativa da necessidade da aquisição, considerando o Planejamento Estratégico (se for o caso)

Justificamos a presente licitação, uma vez que estamos com alta demanda e com exames represados desde o mês setembro de 2024, inclusive exames de urgência. Além disso, soma-se a dificuldade de agendamento neste período do ano, os credenciados não têm agenda disponível, o médico que prestava este serviço pelo CISAMARP pediu descredenciamento, e o Consórcio está sem este serviço. A contratação de ultrassonografia móvel é uma ação que visa melhorar o acesso à saúde, agilizar o diagnóstico, bem como o atendimento e a consequente diminuição de filas. A utilização de ultrassonografia móvel pode ser uma solução mais econômica em comparação, aos conveniados, uma vez que os pacientes precisaram se deslocar para outras cidades e a secretaria dispor de transporte.

Salientamos também que esta contratação visa otimizar recursos e garantir um atendimento mais eficaz à população atendida pelo SUS.

4. Previsão de data em que devem ser adquiridos os materiais e/ou serviços

Imediatamente após homologação do contrato e conforme demanda da Secretaria.

5. O objeto a ser adquirido está previsto no Plano Anual de Compras?

() Sim (x) Não

6. Informações adicionais

Indicação do fiscal do contrato ou servidor que fará a liquidação da despesas :
Lidiane Gross Ramos

7. Anexos

Não há.

Responsável pela Formalização da Demanda

Nome: **Rosiane R de Oliveira**
Matrícula: **367972.**
Função: **Setor Financeiro**

Assinatura: _____

Chefia Imediata

Nome: **Vanessa Cristine Funez**
Matrícula:
Função: **Secretária Municipal de Saúde**

Assinatura: _____

Catanduvas, 30 de janeiro de 2025.