



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SANTA MARIA (HUSM-UFSM)  
(UASG 155125)  
Termo de Referência - HUSM

Processo: 23541.000128/2017-16 Pregão SRP 138 / 2017 Data da Emissão: 28/12/2017

Abertura: Dia: 12/01/2018 Hora: 09:00:00

Objeto Resumido:

Modalidade de Julgamento: Menor Preço

Item	Especificação	Unidade	Quantidade	Preço Unitário	Preço Total
1	Exame de Angioressonância (Crânio, Pescoço, Torax e Abdomen, Membros Inferiores).	Unidade	40,00	_____	_____
2	Exame de Ressonância Magnética de Articulação Temporo-Mandibular (Bilateral).	Unidade	25,00	_____	_____
3	Exame de Espectroscopia.	Unidade	4,00	_____	_____
4	Exame de Perfusão Cerebral.	Unidade	4,00	_____	_____
5	Exame de Ressonância Magnética de Coluna Cervical, Dorsal e Lombo-Sacra.	Unidade	220,00	_____	_____
6	Exame de Ressonância Magnética de Crânio (Órbita, Face e Mastóide) e Sela Turcica.	Unidade	410,00	_____	_____
7	Exame de Ressonância Magnética do Coração.	Unidade	25,00	_____	_____
8	Exame de Ressonância Magnética de Membro Superior (Unilateral) ( Ombro, Braço, Cotovelo, Antebraço, Punho, e Mão).	Unidade	30,00	_____	_____
9	Exame de Ressonância Magnética de Torax (Plexobraquial, Cintura Escapular).	Unidade	15,00	_____	_____
10	Exame de Ressonância Magnética de Mama Bilateral.	Unidade	20,00	_____	_____
11	Exame de Ressonância Magnética de Abdomen superior, pelve, abdomen inferior.	Unidade	260,00	_____	_____
12	Exame de Ressonância Magnética de Membro Inferior (Unilateral) Bacia, Quadril, Coxa, Joelho, Perna, Tornozelo, Antepé.	Unidade	120,00	_____	_____
13	Exame de Ressonância Magnética de Vias Biliares (Colangioressonância).	Unidade	65,00	_____	_____
14	Taxa da sala de Recuperação.	Unidade	110,00	_____	_____
15	SERVIÇO DE ANESTESIA INCLUINDO MATERIAIS E MEDICAMENTOS ANETÉSICOS.	Unidade	110,00	_____	_____
16	Serviço de Anestesia para 2ª e Demais Segmentos.	Unidade	50,00	_____	_____
17	Diária da CTI Pediátrico.	Unidade	5,00	_____	_____



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SANTA MARIA (HUSM-UFSM)  
(UASG 155125)  
Termo de Referência - HUSM

Item	Especificação	Unidade	Quantidade	Preço Unitário	Preço Total
------	---------------	---------	------------	----------------	-------------

**Informar:**

Razão Social da Empresa: \_\_\_\_\_

CNPJ: \_\_\_\_\_

Endereço, Local e Estado: \_\_\_\_\_

Cep: \_\_\_\_\_ Fone/Fax: \_\_\_\_\_ Telex: \_\_\_\_\_

Nome do Banco: \_\_\_\_\_ Nome da Agência: \_\_\_\_\_ Número da Agência: \_\_\_\_\_

Número Conta Bancária: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

-----  
Assinatura