



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO CAPARAÓ

ESTADO DE MINAS GERAIS

CNPJ 01.616.270/0001-94

Rua Ludovina Emerick, 321 – Água Verde – 36.979-000 – Alto Caparaó – MG
(32) 3747-2507 / 2562 / 2580 - licitacaoprefeituraac@gmail.com

TERMO DE HOMOLOGAÇÃO

No uso de suas atribuições legais e em conformidade com a legislação vigente constante no preâmbulo do Edital de **Pregão** nº **35/2024**, Processo Administrativo nº **93/2024**, após análise, conferência e deliberação, resolve **HOMOLOGAR** o procedimento em epígrafe, nos seguintes termos:

Objeto: REGISTRO DE PREÇO visando futura e eventual CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO DE IMAGEM E ULTRASSONOGRAFIA, A SER REALIZADO NO MUNICÍPIO DE ALTO CAPARAÓ, POR MÉDICO RADIOLOGISTA E APARELHO PORTÁTIL, PARA ATENDER AS DEMANDAS DA SECRETARIA DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE ALTO CAPARAÓ/MG.

Resumo

Fornecedor	Estimado	Homologado	Diferença
ULTRAIMAGEM DIAGNOSTICOS LTDA - 30.461.648/0001-26 contato.ultramed@gmail.com - (32) 3746-2529	201.460,00	180.000,00	21.460,00 Proveito (10,65%)
Totais	201.460,00	180.000,00	21.460,00 Proveito (10,65%)

Detalhes

JOSÉ JACOMEL JÚNIOR na condição de **Autoridade Competente** Homologou o(s) lote(s) em favor de:

Fornecedor: ULTRAIMAGEM DIAGNOSTICOS LTDA - **CPF/CNPJ:** 30.461.648/0001-26

Lote 1 Data/Hora da Homologação - 04/09/2024 12:35:46

1 - CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO DE IMAGEM E ULTRASSONOGRAFIA

Descrição Item	Quantidade	Medida	Unitário	Sub Total
----------------	------------	--------	----------	-----------



PREFEITURA MUNICIPAL DE ALTO CAPARAÓ

ESTADO DE MINAS GERAIS

CNPJ 01.616.270/0001-94

Rua Ludovina Emerick, 321 – Água Verde – 36.979-000 – Alto Caparaó – MG
(32) 3747-2507 / 2562 / 2580 - licitacaoprefeituraac@gmail.com

CONTRATAÇÃO DE EMPRESA ESPECIALIZADA PARA REALIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO DIAGNÓSTICO DE IMAGEM E ULTRASSONOGRAFIA) OS EXAMES SERÃO REALIZADOS NO MUNICÍPIO DE ALTO CAPARAÓ, EM LOCAL DISPONIBILIZADO PELA SECRETARIA DE SAÚDE; B) OS EXAMES DEVERÃO SER REALIZADOS POR MÉDICO RADIOLÓGISTA E APARELHO PORTÁTIL DE ULTRASSONOGRAFIA COM ALTA QUALIDADE DE IMAGEM; C) A FREQUÊNCIA DOS EXAMES PODERÁ SER SEMANAL, QUINZENAL OU MENSALMENTE, PODENDO SER EM DIA ÚTIL OU SÁBADO, A DEPENDER DA DEMANDA EXISTENTE E DA DISPONIBILIDADE DO ESPAÇO FÍSICO A SER UTILIZADO, CONFORME DETERMINAÇÃO DA SECRETARIA DE SAÚDE; D) DEVERÃO SER REALIZADOS ULTRASSOM US ABDOMINAL TOTAL, US ABDOMEN SUPERIOR, US RINS VIA URINÁRIAS, US CERVICAL, US TIREÓIDE COM DOPPLER, US MAMA, US PÉLVICO, US PROSTATA VIA ABDOMINAL, US TRANSVAGINAL, US OBSTÉTRICO, US PARTES MOLES, US MÚSCULO ESQUELÉTICO, COM EMISSÃO DE LAUDO DE IMAGEM.	2.000,00	UNIDADE	90,00	180.000,00
--	----------	---------	-------	------------

Alto Caparaó, 04 de Setembro de 2024.

Autoridade Competente: JOSÉ JACOMEL JÚNIOR