

Assunto: Inexigibilidade de Licitação (Credenciamento de OCS)

Do Presidente da Comissão Especial de Credenciamento

Ao Sr. Fiscal Administrativo

Anexos: Relatório Circunstanciado da CEC

### TERMO DE ABERTURA DE PROCESSO ADMINISTRATIVO

1. Solicito-vos com base no Inciso IV, do art. 74 da Lei nº 14.133 de 10 de abril de 2021, a realização de inexigibilidade de licitação para credenciamento da Organização Civil de Saúde (OCS) a seguir especificada, por aceitar os preços tabelados no Edital de Credenciamento 1/2024- PMGURB, para as despesas com a prestação complementar de serviços de assistência médico-hospitalar na especialidade de Serviços de Diagnóstico por Imagem: com/sem uso de radiação ionizante, serviços de ressonância magnética, aos pacientes do SAMMED/FuSEx/PASS que serão encaminhados pelo PMGURB:

Nº inex	CNPJ	OCS	ESPECIALIDADE	VIGÊNCIA	VALOR ESTIMADO
	13.325.100/0001-30	CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM DRS MAIRA E MARCOS PARENTE LTDA - CEDIMP	Serviços de Diagnóstico por Imagem: com/sem uso de radiação ionizante, serviços de ressonância magnética.	5 (cinco) anos, prorrogáveis por mais 5 anos.	R\$ 160.000,00


### DESPACHO FISCAL ADMINISTRATIVO

1. Aprovo a contratação do objeto em tela;
2. Submeter à apreciação do Ordenador de Despesas.

### DESPACHO ORDENADOR DE DESPESAS

1. Autorizo a contratação do objeto em tela;
2. Ratifico e aprovo as justificativas da necessidade do objeto;
3. Seja encaminhado para a SALC providenciar as medidas administrativas legais necessárias;

Rio Branco, AC, 18 de agosto de 2025.

  
**ISA MENEZES BEZERRA - Maj**  
Chefe do PmedGuRBO

  
**FELLIPE GOMES DA SILVA SIQUEIRA - Cap**  
Fisc Adm Cmdo Fron ACRE/4º BIS

  
**JÚLIO JACKSON ALVES DA CRUZ - Maj**  
Ordenador de Despesas do Cmdo Fron ACRE/4º BIS



**MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
COMANDO DE FRONTEIRA ACRE/4º BATALHÃO DE INFANTARIA DE SELVA  
(4ª Companhia de Fronteira/1956)  
BATALHÃO PLÁCIDO DE CASTRO**

**DECLARAÇÃO DE SERVIÇOS CONTÍNUOS**

Declaro que a contratação de serviços médicos, ambulatoriais e hospitalares visa atender as necessidades dos usuários do Posto Médico da Guarnição de Rio Branco e são consideradas de natureza contínua. Tal fato, pode ser observado nos Relatórios de Guias Auditadas, do Sistema de Registro de Encaminhamentos dos últimos três anos desta UG-FuSEx.

Rio Branco, AC, 18 de agosto de 2025.

**SÂMARA ALVES MOREIRA - Ten**  
Chefe da Seção FUSEx/Posto Médico de Guarnição de Rio Branco



## CARTA-PROPOSTA

Razão Social: CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM DRS MAIRA E MARCOS PARENTE LTDA - CEDIMP		CNPJ: 13.325.100/0001-30
Endereço: Rua Valério Magalhães N° 63, bairro Bosque		Telefone/fax:(68) 3223-4345
Área de Atuação: SERVIÇOS DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	Especialidade: DIAGNÓSTICO POR IMAGEM	
Representante Legal: MÁIRA SANTIAGO PIRES PARENTE		CPF: 871.864.112-15

O interessado acima identificado vem requerer à Comissão Especial de Credenciamento do Comando de Fronteira Acre/4º Batalhão de Infantaria de Selva a respectiva habilitação para contratação, declarando total concordância com as condições estabelecidas no Edital de Convocação nº 01/2024 da Comissão Especial de Credenciamento (CEC), e em seus anexos, inclusive com os valores e instruções constantes na Lista Referencial de Procedimentos Médico-hospitalares e Ambulatoriais do SAMMED/FuSEx do Posto Médico da Guarnição de Rio Branco para credenciamentos, divulgação no site <https://pncp.gov.br/app/editais/00394452000103/2025/12775>. Para tanto, foram devidamente anexadas as documentações exigidas, bem como passamos a prestar as informações a seguir:

<b>1) Relação do Corpo Clínico:</b>	
Nome	Nr Registro Conselho
MARCOS PAULO PARENTE ARAÚJO	1482/AC
MÁIRA SANTIAGO PIRES PARENTE	1502/AC

**2) Relação de Especialidades:** Serviços de diagnóstico por imagem com uso de radiação ionizante, Serviços de ressonância magnética, Serviços de diagnóstico por imagem sem uso de radiação ionizante e Atividades de serviços de complementação diagnóstica e terapêutica não especificadas anteriormente.

**3) Relação de Serviços:** (Obs.: esta relação pode ser colocada de forma anexa à carta proposta)

<b>TABELA DE PROCEDIMENTOS CEDIMP</b>		
Código CBHPM	Descrição do Procedimento	Valor (R\$)
40.80.101-2	RX-Crânio 2 Incidências	R\$ 43,74
40.80.102-0	RX-Crânio 3 Incidências	R\$ 47,62
40.80.103-9	RX-Crânio 4 Incidências	R\$ 62,46
40.80.104-7	RX-Orelha, mastóides ou rochedos - bilateral	R\$ 64,68
40.80.105-5	RX-Órbitas	R\$ 47,96
40.80.106-3	RX-Seios da face	R\$ 45,44
40.80.107-1	RX-Sela túrcica	R\$ 43,73
40.80.108-0	Rx-Maxilar Inferior	R\$ 43,76
40.80.109-8	RX-Ossos da face	R\$ 47,96
40.80.110-1	RX-Arcos zigomáticos	R\$ 45,44



40.80.111-0	RX-Articulação temporomandibular - bilateral	R\$	47,96
40.80.112-8	RX-Adenóides ou Cavum	R\$	39,50
40.80.120-9	Incidência adicional de crânio ou face	R\$	16,89
40.80.201-9	RX-Coluna cervical - 3 Incidências	R\$	43,37
40.80.202-7	RX-Coluna Cervical - 5 Incidências	R\$	58,32
40.80.203-5	RX-Coluna dorsal - 2 Incidências	R\$	47,32
40.80.204-3	RX-Coluna dorsal - 4 incidências	R\$	67,23
40.80.205-1	RX-Coluna lombo-sacra 3 Incidências	R\$	49,15
40.80.206-0	RX-Coluna lombo-sacra 5 Incidências	R\$	67,23
40.80.207-8	RX-Sacro-coccix	R\$	45,63
40.80.211-6	Incidência adicional de coluna	R\$	41,94
40.80.301-5	RX-Esterno	R\$	45,56
40.80.302-3	RX-Articulação esterno-clavicular	R\$	43,37
40.80.303-1	RX-Costelas - Por Hemitórax	R\$	46,16
40.80.304-0	RX-Clavícula	R\$	43,73
40.80.305-8	RX-Omoplata ou escápula	R\$	45,56
40.80.306-6	RX-Articulação acromioclavicular	R\$	42,28
40.80.307-4	RX-Articulação escapulo-umeral (ombro)	R\$	42,28
40.80.308-2	RX-Braço	R\$	43,73
40.80.309-0	RX-Cotovelo	R\$	41,12
40.80.310-4	RX-Antebraço	R\$	42,57
40.80.311-2	RX-Punho	R\$	43,30
40.80.312-0	RX-Mão ou quirodactilo	R\$	41,12
40.80.313-9	RX-Mãos e punhos para idade óssea	R\$	40,76
40.80.314-7	Incidência adicional de membro superior	R\$	16,51
40.80.401-1	RX-Bacia AP	R\$	42,83
40.80.402-0	RX-Articulações sacro-ilíacas	R\$	44,53
40.80.403-8	RX-Articulação coxofemoral (quadril)	R\$	44,95
40.80.404-6	RX-Coxa	R\$	46,16
40.80.405-4	RX-Joelho	R\$	44,83
40.80.406-2	RX-Patela	R\$	44,83
40.80.407-0	RX-Perna	R\$	45,12
40.80.408-9	RX-Articulação tibiotársica (tornozelo)	R\$	41,12
40.80.409-7	RX-Pé ou pododactilo	R\$	42,57
40.80.410-0	RX-Calcâneo	R\$	41,12
40.80.413-5	Incidência adicional de membro inferior	R\$	16,51
40.80.501-8	RX-Tórax - 1 Incidência	R\$	37,79
40.80.502-6	RX-Tórax - 2 incidências	R\$	46,21
40.80.503-4	RX-Tórax - 3 incidências	R\$	42,10
40.80.504-2	RX-Tórax - 4 incidências	R\$	67,66
40.80.704-5	RX-Urografia Excretora	R\$	161,50

CEDIMP - Centro de Diagnóstico por Imagem Drs. Máira e Marcos Parente LTDA.

Rua Valério Magalhães, 63 Bairro: Bosque

Fone: (68) 3223-4345 / 98423-5739.



40.80.801-7	RX-Abdome simples	R\$	42,83
40.80.802-5	RX-Abdome agudo	R\$	68,20
40.80.804-1	Mamografia	R\$	186,38
40.80.805-0	Ampliação ou magnificação de lesão mamária	R\$	54,36
40.90.111-4	US-Mamas	R\$	113,90
40.90.112-2	US-Abdome total	R\$	196,15
40.90.113-0	US-Abd sup(fig, vias biliares, vesícula, pâncreo e baço)	R\$	135,10
40.90.117-3	US-Abd inf masc (bexiga, próstata e vesículas semi)	R\$	118,60
40.90.118-1	US-Abd inf fem (bexiga, útero, ovário e anexos)	R\$	123,88
40.90.120-3	US-Órgãos sup (tireóide ou escroto ou pênis ou crânio)	R\$	94,85
40.90.121-1	US-Est sup (cervical ou axilas ou músculo ou tendão)	R\$	94,85
40.90.122-0	US-Articular	R\$	118,55
40.90.123-8	US-Obstétrica	R\$	84,90
40.90.129-7	US-Obstétrica 1º trimestre (endovaginal)	R\$	187,50
40.90.130-0	US-Transvaginal	R\$	114,77
40.90.138-6	Doppler Colorido de Órgão ou Estrutura Isolada	R\$	234,66
40.90.175-0	US-Próstata (via abdominal)	R\$	118,06
40.90.176-9	US-Aparelho Urinário	R\$	191,61
41.00.101-0	TC-Crânio ou Sela Túcica ou Órbitas	R\$	398,34
41.00.102-8	TC-Mastóides ou Orelhas	R\$	471,96
41.00.103-6	TC-Face ou Seios da Face	R\$	413,26
41.00.104-4	TC-Articulações temporomandibulares	R\$	413,26
41.00.106-0	TC-Pescoço(partes moles, laringe, tireóide e faringe)	R\$	413,26
41.00.107-9	TC-Tórax	R\$	471,96
41.00.109-5	TC-Abdome Total	R\$	691,70
41.00.110-9	TC-Abdome superior	R\$	471,72
41.00.111-7	TC-Pelve e Bacia	R\$	471,96
41.00.112-5	TC-Coluna Cervical ou Dorsal ou Lombar	R\$	359,26
41.00.113-3	TC-Coluna - segmento adicional	R\$	102,71
41.00.114-1	TC-Articulação (ombro ou cotovelo ou punho ou Coxofemoral ou Sacroilíacas ou joelho ou tornozelo)	R\$	471,96
41.00.115-0	TC-Seguintos Apendiculares (braço ou antebraço ou mão ou coxa ou perna ou pé)	R\$	471,96
41.00.117-6	TC-Angiotomografia de aorta torácica	R\$	471,96
41.00.118-4	TC-Angiotomografia de aorta abdominal	R\$	471,96
41.00.120-6	Reconstrução tridimensional - acrescentado ao exame de base	R\$	130,74
41.00.123-0	Angiotomografia Coronariana	R\$	2.240,00



41.00.136-2	TC de Vias Urinárias (urotomografia)	R\$	867,02
41.00.137-0	Angio-TC Arterial de Crânio	R\$	471,96
41.00.138-9	Angio-TC Venosa de Crânio	R\$	471,96
41.00.139-7	Angio-TC Arterial de Pescoço	R\$	471,96
41.00.140-0	Angio-TC Venosa de Pescoço	R\$	471,96
41.00.141-9	Angio-TC Arterial de Tórax	R\$	471,96
41.00.142-7	Angio-TC Venosa de Tórax	R\$	471,96
41.00.143-5	Angio-TC Arterial de Abdome Superior	R\$	471,96
41.00.144-3	Angio-TC Venosa de Abdome Superior	R\$	471,96
41.00.145-1	Angio-TC Arterial de Pelve	R\$	471,96
41.00.146-0	Angio-TC Venosa de Pelve	R\$	471,96
41.00.147-8	Angio-TC Arterial de Membro Inferior	R\$	471,96
41.00.148-6	Angio-TC Venosa de Membro Inferior	R\$	471,96
41.00.149-4	Angio-TC Arterial de Membro Superior	R\$	471,96
41.00.150-8	Angio-TC Venosa de Membro Superior	R\$	471,96
41.00.151-6	Angio-TC Arterial Pulmonar	R\$	471,96
41.00.152-4	Angio-TC Venosa Pulmonar	R\$	471,96
41.10.101-4	RM - Crânio (encéfalo)	R\$	856,10
41.10.102-2	RM-Sela túrcica (hipófise)	R\$	856,10
41.10.103-0	RM-Base do crânio	R\$	856,10
41.10.105-7	Perfusão cerebral por RM	R\$	305,96
41.10.106-5	Espectroscopia por RM	R\$	305,96
41.10.107-3	RM- Órbita bilateral	R\$	856,10
41.10.108-1	RM-Ossos temporais bilateral	R\$	856,10
41.10.109-0	RM-Face	R\$	856,10
41.10.110-3	RM-Articulação temporomandibular (bilateral)	R\$	856,10
41.10.111-1	RM-Pescoço (nasofar, orofar, lar, traq,tir e parati)	R\$	856,10
41.10.112-0	RM-Tórax (mediastino, pulmão, parede torácica)	R\$	901,82
41.10.117-0	RM-Abd sup (fígado, pâncre, baço, rins, sup-ren, retro)	R\$	856,10
41.10.118-9	RM-Pelve (não inclui articulações coxofemorais)	R\$	901,83
41.10.119-7	RM-Fetal	R\$	856,10
41.10.120-0	RM-Pênis	R\$	856,10
41.10.121-9	RM-Bolsa escrotal	R\$	856,10
41.10.122-7	RM-Coluna cervical ou dorsal ou lombar	R\$	856,10
41.10.123-5	Fluxo liquórico (como complementar)	R\$	239,37
41.10.124-3	RM-Plex braq(desf tor) ou lomb(ñ inc col serv ou	R\$	901,82
41.10.125-1	RM-Membro sup unilater (ñ inclui mão e articulações)	R\$	856,10
41.10.126-0	RM-Mão	R\$	856,10
41.10.127-8	RM-Bacia (articulações sacroilíacas)	R\$	856,10



41.10.128-6	RM-Coxa (unilateral)	R\$	856,10
41.10.129-4	RM-Perna	R\$	856,10
41.10.130-8	RM-Pé	R\$	856,10
41.10.131-6	RM Articular (por articulação)	R\$	856,10
41.10.133-2	RM-Angio-RM de aorta torácica	R\$	901,83
41.10.134-0	RM-Angio-RM de aorta abdominal	R\$	901,83
41.10.135-9	RM-Hid-RM (colân-RM,uro-RM, mielo-RM,sia-RM,cist-RM)	R\$	856,10
41.10.138-3	RM-Reconstrução Tridimensional – acrescentar ao exame de base	R\$	239,37
41.10.148-0	RM-Mama ( Bilateral )	R\$	1.425,82
41.10.149-9	Angio-RM Arterial Pulmonar	R\$	856,10
41.10.150-2	Angio-RM Venosa Pulmonar	R\$	856,10
41.10.151-0	Angio-RM Arterial de Abdome Superior	R\$	856,10
41.10.152-9	Angio-RM Venosa de Abdome Superior	R\$	856,10
41.10.153-7	Angio-RM Arterial de Crânio	R\$	856,10
41.10.154-5	Angio-RM Venosa de Crânio	R\$	856,10
41.10.155-3	Angio-RM Arterial de Membro Inferior (unilateral)	R\$	856,10
41.10.156-1	Angio-RM Venosa de Membro Inferior (unilateral)	R\$	856,10
41.10.157-0	Angio-RM Arterial de Membro Superior (unilateral)	R\$	856,10
41.10.158-8	Angio-RM Venosa de Membro Superior (unilateral)	R\$	856,10
41.10.159-6	Angio-RM Arterial de Pelve	R\$	856,10
41.10.160-0	Angio-RM Venosa de Pelve	R\$	856,10
41.10.161-8	Angio-RM Arterial do Pescoço	R\$	856,10
41.10.162-6	Angio-RM Venosa de Pescoço	R\$	856,10

**4) Relação de Equipamentos Técnicos:**

**5) Dias e Horários de Atendimento:**

HORÁRIO COMERCIAL DE SEGUNDA A SEXTA DAS 07:00 ÀS 12:00 E DE 13:00 ÀS 18:00, SÁBADO DE 08:00 ÀS 12:00.

**6) Dados Bancários:**

<b>Banco:</b> 001 - Banco do Brasil	<b>Agência:</b> 2358-2	<b>Conta-Corrente:</b> 47948-9
--	---------------------------	-----------------------------------

**7) Endereço eletrônico para recebimento de informações (E-mail):**

cedimpacre@hotmail.com / cedimp\_faturamento@outlook.com

**8) Telefones para:**

**Diretoria: (68) 3223-4345 / 3223-9952 / 98423-5739**

**Recebimento de informações contratuais: (68) 3223-4345 / 3223-9952 / 98423-5739**



**Recebimento de informações técnicas/pagamento/encaminhamento/procedimentos: (68) 3223-4345 / 3223-9952**

**Atendimento ao cliente por setor: (68) 3223-4345 / 3223-9952**

**Marcação: (68) 3223-4345 / 3223-9952 / 98423-5739**

**As documentações inerentes à habilitação encontram-se anexadas rigorosamente na seguinte ordem:**

<b>1. HABILITAÇÃO JURÍDICA</b>	
1.1	Carta Proposta devidamente preenchida
1.2	Cédula de identidade do(s) representante(s) legal (is).
1.3	Registro Público de Empresas Mercantis, no caso de empresário individual.
1.4	Ato constitutivo, estatuto ou contrato social em vigor, com sua última alteração, devidamente registrada no Órgão competente, e no caso de sociedades empresárias, acompanhado de documentos de eleição de seus administradores, se for o caso, procurações que outorguem poderes a terceiros.
1.5	Inscrição no Registro Público de Empresas Mercantis onde opera com averbação no Registro onde tem sede a matriz, no caso de ser o participante sucursal, filial ou agência.
1.6	Inscrição do ato constitutivo no Registro Civil das Pessoas Jurídicas, no caso de sociedades simples, acompanhada de prova de diretoria em exercício.
1.7	Decreto de Autorização, em se tratando de empresa ou sociedade estrangeira em funcionamento no país, e ato de registro ou autorização para funcionamento expedido pelo Órgão competente, quando a atividade assim o exigir.
1.8	Em caso de cooperativas, conforme o art. 19, § 3º, da IN SLTI/MPOG nº 2/2008: <b>1.8.1.</b> Inscrição do ato constitutivo deve estar acompanhada de prova dos responsáveis legais; <b>1.8.2.</b> Registro na Organização das Cooperativas Brasileiras ou na entidade estadual se houver; <b>1.8.3.</b> Ata de Fundação; <b>1.8.4.</b> Caso tenha o Estatuto Social, encaminhar com a Ata da Assembleia; <b>1.8.5.</b> Regimento dos Fundos instituídos pelos cooperados, com a Ata da Assembleia que os aprovou; <b>1.8.6.</b> Editais de Convocação das 03 (três) últimas assembleias extraordinárias; e <b>1.8.7.</b> Ata da sessão que os cooperados autorizaram a cooperativa a contratar o objeto da licitação.

<b>2. REGULARIDADE FISCAL</b>	
2.1	Inscrição no Cadastro Nacional de Pessoas Jurídicas (CNPJ) ou no Cadastro Nacional de Pessoas Físicas (CPF) para as firmas individuais.
2.2	Certidão Conjunta quanto à Dívida Ativa da União e Receita Federal – poderá constar no SICAF.
2.3	Certidão Negativa de Débito INSS (prova de regularidade relativa à seguridade social) – poderá constar no SICAF.
2.4	Certidão de Regularidade Fiscal (prova de regularidade relativa ao FGTS) – poderá constar no SICAF.
2.5	Certidão Negativa de Débito Trabalhista – poderá constar no SICAF – poderá constar no SICAF.
2.6	Certidão Negativa de Débito com a Fazenda Estadual – poderá constar no SICAF
2.7	Certidão Negativa de Débito com a Fazenda Municipal. – Poderá constar no SICAF.

<b>3. DECLARAÇÃO</b>	
3.1	Declaração nos termos do inciso XXXIII do Art. 7º da Constituição Federal
3.2	Declaração de Concordância com as Condições da Edital
3.2	Declaração de Sustentabilidade Ambiental

<b>4. QUALIFICAÇÃO TÉCNICA</b>	
4.1	Registro ou inscrição da entidade ou prestador de serviço no Conselho de Classe respectivo.
4.2	Atestado de capacidade técnica (Carta Referência) emitido por pessoa jurídica de direito público ou privado, declarando que o interessado prestou, a contento, serviço pertinente e compatível em características com o objeto deste Edital de Credenciamento.



4.3	Diploma de Graduação.
4.4	O responsável técnico deverá comprovar experiência na área pretendida, mediante apresentação da declaração de Responsabilidade Técnica perante o Conselho de Classe Profissional.
4.5	Alvará de localização de funcionamento válido.
4.6	Alvará de autorização sanitária válido.
4.7	<p>4.7.1. Alvará de autorização e/ou Alvará de localização de funcionamento vencido(s):</p> <p>4.7.1.1. Documento a ser apresentado: alvará vencido, acompanhado de requerimento em tempo hábil (120 dias antes do término de sua vigência) e comprovante da omissão por parte da autoridade de vigilância sanitária.</p> <p>4.7.2. Situação: requerimento de renovação a destempo (para além dos 120 dias):</p> <p>4.7.2.1. Documento a ser apresentado alvará de autorização sanitária válido.</p> <p>4.7.3. Situação: requerimento superveniente a instituição da empresa:</p> <p>4.7.3.1. Documento a ser apresentado: alvará válido ou requerimento inicial, acompanhado de comprovante da omissão por parte da autoridade de vigilância sanitária.</p> <p>4.7.4. Situação: funcionamento decorrente de decreto judicial:</p> <p>4.7.4.1. Documento a ser apresentado: decreto judicial válido.</p>

**Obs.:**

1. Para habilitação em especialidades odontológicas, devem ser juntadas provas de inscrição junto ao respectivo CRO na condição de especialista.
2. Os serviços abaixo relacionados estão restritos aos detentores do respectivo título de especialização:
  - a. Cirurgia Buco-maxilo-facial;
  - b. Endodontia;
  - c. Periodontia;
  - d. Prótese Fixa, acima de 05 (cinco) elementos;
  - e. Estomatologia;
  - f. Implantodontia;
  - g. Odontopediatria;
  - h. Ortodontia;
  - i. Ortopedia Funcional dos Maxilares;
  - j. Radiologia Odontológica; e
  - k. Disfunção Temporomandibular e Dor Orofacial.

Rio Branco-AC, 11 de julho de 2025.

MAIRA SANTIAGO  
PIRES  
PARENTE:8718641121  
5

Assinado de forma digital  
por MAIRA SANTIAGO PIRES  
PARENTE:87186411215  
Dados: 2025.07.11 11:51:02  
-05'00'

---

**DRA. MÁIRA SANTIAGO PIRES PARENTE**  
SÓCIA-ADMINISTRADORA  
CPF 871.864.112-15

**MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
COMANDO DE FRONTEIRA ACRE/4º BATALHÃO DE INFANTARIA DE SELVA  
(4ª Companhia de Fronteira/1956)  
Batalhão Plácido de Castro**


**DECLARAÇÃO DE ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

1. Processo nº 65323.007977/2025-17
2. Inexigibilidade nº
3. Objeto: Credenciamento de OCS, para prestação complementar de serviços de assistência médico-hospitalar na especialidade de Serviços de Tomografia.
4. Valor anual estimado do credenciamento: R\$ 160.000,00 (cento e sessenta mil reais).
5. Justificativa da Rubrica orçamentária: O credenciamento é uma modalidade de "contratação" que não gera compromisso do Credenciante em utilizar os serviços disponíveis do Credenciado. Os serviços encaminhados aos Credenciados durante a vigência do Termo de Contrato de Credenciamento, estão condicionados a existência de previsão de saldos disponibilizados mensalmente no Sistema de Registro de Encaminhamento — SIRE, controlados pela 12ª Região Militar Manaus, saldos estes que refletem a existência de créditos a serem provisionados. Os créditos necessários para o cumprimento das obrigações são recebidos mediante nota de crédito no SIAFI, que são geradas somente após as guias de encaminhamento serem lisuradas e auditadas, vinculando assim o saldo disponível no SIRE (previsão) com os créditos a serem recebidos, os quais são administrados pela Diretoria de Saúde do Exército em Brasília. Sendo assim as informações possíveis sobre dotação orçamentária encontra-se abaixo discriminadas:

Para OCS: Orçamento Geral da União, Recursos da Gestão 00001, Fonte de Recursos 1005000142, Programa de Trabalho Resumido 215845, Natureza de Despesa 339039 e Plano Interno D8SAFUSOCSA; Fonte de Recursos 1005000142, Programa de Trabalho Resumido 215844, Natureza de Despesa 339039 e Plano Interno D8SACIVOCSA; Fonte de Recursos 1000000000, Programa de Trabalho Resumido 215842, Natureza de Despesa 339039 e Plano Interno D8SAFCTOCSA e Fonte de Recursos 1000000000, Programa de Trabalho Resumido 215843, Natureza de Despesa 339039 e Plano Interno D8SAECBOCSA.

Eu, Face ao acima exposto e no exercício da função de Ordenador de Despesas, nos termos do § 1º do art. 80 do Decreto-lei 200/67 e dos incisos I e II do art. 167 da CRFB/1988, bem como do inciso IV do Art. 72 e do art. 150, da Lei 14.133/21; declaro que há dotação orçamentária suficiente para a cobertura da despesa estimada que se pretende realizar, caso seja necessário, para o ano período até 31/12/2025, conforme objeto, valor e rubrica orçamentária

Rio Branco, AC, 18 de agosto de 2025.

  
**JÚLIO JACKSON ALVES DA CRUZ – Maj**  
Ordenador de Despesas do Cmdo Fron ACRE/4º BIS



**MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
COMANDO DE FRONTEIRA ACRE/4º BATALHÃO DE INFANTARIA DE SELVA  
(4ª Companhia de Fronteira/1956)  
BATALHÃO PLÁCIDO DE CASTRO**

**PARECER TÉCNICO**

Declaro para os devidos fins que as especificações técnicas contidas no presente processo, inclusive o detalhamento da contratação, suas características e requisitos, bem como quanto à avaliação do preço estimado, foram regularmente determinadas pelo setor técnico competente com base no melhor atendimento às necessidades e sempre tendo como parâmetro elementos técnicos e objetivos, com a finalidade de subsidiar a seleção e o credenciamento da Organização Civil de Saúde (OCS) CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM DRS MAIRA E MARCOS PARENTE LTDA - CEDIMP, de CNPJ: 13.325.100/0001-30, para prestação de serviços ao Comando de Fronteira Acre/ 4º Batalhão de Infantaria de Selva.

Rio Branco, AC, 18 de agosto de 2025.

  
**SÂMARA ALVES MOREIRA - Ten**  
Chefe da Seção FUSEx/Posto Médico de Guarnição de Rio Branco

d. ASSUNTOS DIVERSOS

COMISSÃO ESPECIAL DE CREDENCIAMENTO - Nomeação

Designo o militar abaixo relacionado, a contar desta data, para compor a Comissão de Credenciamento de OCS/PSA:

Cap **IZABEL ALIMA FIGUEIREDO SARQUIS**  
1º Ten **LUCAS CALIXTO NOGUEIRA DA SILVA**  
1º Ten **JULLIAN TORRES BRAZ DA SILVA**  
1º Ten **SÂMARA ALVES MOREIRA**  
1º Ten **STANLEY NÚRIA DE SALLES SOUZA**  
Asp Of **RENAN CAVALCANTE DE LIMA**  
3º Sgt **JECIANE CUNHA DOS SANTOS LIMA**

Em consequência:

- a) Destituo a Comissão de credenciamento anteriormente publicada.
- b) O SCmt, a Ch PMGuRB, o S1, a SALC e os interessados da comissão tomem conhecimento e as providências decorrentes.

(Nota nº 109317- PMGuRB, de 17 JUN 25)

e. SERVIÇOS DE SAÚDE

1) INSPEÇÃO DE SAÚDE - Ordem

Seja submetido à Inspeção de Saúde pelo AMP - Agente Médico Pericial, para fins de Término de Incapacidade Temporária.

Sd EP **CARLOS HENRIQUE LIMA ROIZ**  
Sd EP **LUCAS RAFAEL OZORIO DE FREITAS**  
Sd EV **ADRIANO UMBELINO DE OLIVEIRA MOURA**  
Sd EV **KAUAN AZAFE BEZERRA DA SILVA**  
Sd EV **JHONATA RIBEIRO DE ALMEIDA**  
Sd EV **LIAN MARTINS DE OLIVEIRA**

Em consequência:

- O SCmt, o S1, o Cmt CCAp, o militar acima e demais interessados tomem conhecimento e providências decorrentes.

(Nota Nº 109392 - Seção de Saúde, de 23 JUN 25)

2) INSPEÇÃO DE SAÚDE – Resultado

Foi submetido à inspeção de saúde, pelo MPOM VII/Rio Branco (Cmdo Fron AC/4º BIS), Asp Of **CAMILO PEREIRA FONSECA**, CRM 3477/AC, para fins de Tratamento ou Avaliação de Tratamento de Ex-Militares, conforme cópia de Ata de Inspeção de Saúde 39/2025, sessão 027/2025, de 17 JUN 25, obtendo o parecer: Curado, não necessita mais de tratamento.

Observação:

Militar com quadro estabilizado recebeu alta do médico especialista.

Ex-Militar **PEDRO DE ARAÚJO D'AVILA (ENCOSTADO)**

**MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
COMANDO DE FRONTEIRA ACRE/4º BATALHÃO DE INFANTARIA DE SELVA  
(4ª Companhia de Fronteira/1956)  
Batalhão Plácido de Castro**

**RELATÓRIO CIRCUNSTANCIADO DA COMISSÃO ESPECIAL DE  
CREDENCIAMENTO**


**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 65323.007977/2025-17  
INEXIGIBILIDADE DE LICITAÇÃO Nº**

Esta Comissão Especial de Credenciamento, após a realização da análise da documentação apresentada, conforme as condições de habilitação estabelecidas no Edital de Credenciamento nº 1/2024- PMGURB, pela OCS: CENTRO DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM DRS MAIRA E MARCOS PARENTE LTDA - CEDIMP, inscrita no CNPJ sob o número 13.325.100/0001-30, localizada Rua Valério Magalhães, nº 63, Bairro Bosque, na cidade de Rio Branco- AC, CEP: 69900-685, e-mail: cedimpacre@hotmail.com, telefone:(68) 98423-5739, é de parecer favorável ao seu credenciamento para a prestação complementar de serviços de assistência médico-hospitalar na especialidade de Serviços de Diagnóstico por Imagem: com/sem uso de radiação ionizante, serviços de ressonância magnética, aos pacientes serem encaminhados pelo Posto Médico de Guarnição de Rio Branco.

Rio Branco, AC, 18 de agosto de 2025.

  
**IZABEL ÁLIMA FIGUEIREDO SARQUIS – Cap**  
Presidente da Comissão Especial de Credenciamento

  
**JULLIAN TORRES BRAZ DA SILVA – 1º Ten**  
Membro da Comissão Especial de Credenciamento

  
**JECIANE CUNHA DOS SANTOS LIMA – 3º Sgt**  
Membro da Comissão Especial de Credenciamento



MINISTÉRIO DA DEFESA  
EXÉRCITO BRASILEIRO  
COMANDO DE FRONTEIRA ACRE/4º BATALHÃO DE INFANTARIA DE SELVA  
(4ª Companhia de Fronteira / 1956)  
BATALHÃO PLÁCIDO DE CASTRO

**PROTOCOLO DE VISTORIA – CREDENCIAMENTO DE OCS/PSA**  
Análise de condições físico-estruturais, técnicas, operacionais e higiênico-sanitárias

**1 – CADASTRO:**

Razão Social: Centro de Diagnóstico por Imagem Dr. Márcio e Márcia Parente Stola  
Nome Fantasia: CEDIMV.  
CNPJ: 13.325.0001/0001-30  
Endereço: R. Valério Magalhães nº 63, Bairro Bosque.  
Município: Rio Branco-AC - CEP: 69900-685  
Telefone: (68): 3223-4345  
e-mail: cechimpava@hotmail.com  
Nome do responsável (contato): Suelly Melo. (68-99985-1059)  
Outras informações: \_\_\_\_\_

**2 – SERVIÇOS OFERECIDOS:** Serviços diversos de diagnóstico por imagem.

**3 – ÁREA FÍSICA:**

**3.1 – Construção com rachaduras ou vazamentos:**

( ) Sim (X) Não

Obs: \_\_\_\_\_

**3.2 – Iluminação:**

(X) Natural (X) Artificial (X) Adequada ( ) Inadequada

Obs: \_\_\_\_\_

**3.3 – Ventilação:**

( ) Natural ( ) Ventilador (X) Ar-condicionado (X) Adequada

Obs: \_\_\_\_\_

**3.4 – Piso:**

Material liso e lavável (X) Sim ( ) Não

Limpo (X) Sim ( ) Não

Obs: \_\_\_\_\_

**3.5 – Paredes:**

Tonalidade clara (X) Sim ( ) Não

Lisas e laváveis (X) Sim ( ) Não

Impermeabilizadas até 2m de altura (X) Sim ( ) Não

Limpas (X) Sim ( ) Não

Obs: \_\_\_\_\_

**3.6 – Locais de expurgo: ( ) Não se aplica**

Sim ( ) Não  Adequados ( ) Inadequados

Obs: \_\_\_\_\_

**3.7 – Mobiliário:**

Superfícies lisas e impermeáveis  Sim ( ) Não

Obs: \_\_\_\_\_

**3.8 – lixos:**

Rotulado: ( ) Não se aplica  Sim ( ) Não

Saco próprio para uso hospitalar: ( ) Não se aplica  Sim ( ) Não

recipiente de paredes rígidas para perfuro-cortantes: ( ) Não se aplica  Sim ( ) Não

Obs: \_\_\_\_\_

**3.9 – Gerador de energia elétrica:**

( ) Sim  Não ( ) Adequado ( ) Inadequado

Obs: \_\_\_\_\_

**3.10 – Processo de esterilização de materiais: ( ) Não se aplica**

( ) Estufas ( ) Auto-claves  Adequado ( ) Inadequado

Obs: *esterilização no hospital do Rim.*

**3.11 – Água:**

Adequada ( ) Inadequada

Obs: \_\_\_\_\_

**3.12 – Salas de Espera:**

Adequada ( ) Inadequada

Obs: \_\_\_\_\_

**3.13 – Salas de Recuperação: ( ) Não se aplica**

Adequada ( ) Inadequada

Obs: \_\_\_\_\_

**3.14 – Área administrativa:**

Adequada ( ) Inadequada

Obs: \_\_\_\_\_

**3.15 – Sanitários para pacientes:**

Separados por sexo: SIM  NÃO ( )

Barra de apoio nos banheiros: SIM  NÃO ( )

Condições de lavagens das mãos: lavatório, dispensador com sabão líquido, suporte com papel toalha, lixeira com saco plástico e tampa de acionamento com pedal: SIM  NÃO ( )

Obs: \_\_\_\_\_

**4 – COZINHA:  Não se aplica**

Instalações ( ) Adequadas ( ) Inadequadas

Materiais ( ) Adequados ( ) Inadequados

Obs: \_\_\_\_\_

**5 – ENFERMARIAS:  Não se aplica**

Número de leitos: Adulto \_\_\_\_\_ Infantil \_\_\_\_\_

Instalações ( ) Adequadas ( ) Inadequadas

Materiais ( ) Adequados ( ) Inadequados

Obs: \_\_\_\_\_

**6 – APARTAMENTOS: (X) Não se aplica**

Número de leitos: Adulto \_\_\_\_\_ Infantil \_\_\_\_\_  
Instalações ( ) Adequadas ( ) Inadequadas  
Materiais ( ) Adequados ( ) Inadequados  
Obs: \_\_\_\_\_

**7 – CENTRO CIRÚRGICO: (X) Não se aplica**

Número de salas de cirurgia: \_\_\_\_\_  
Instalações ( ) Adequadas ( ) Inadequadas  
Materiais ( ) Adequados ( ) Inadequados  
Obs: \_\_\_\_\_

**8 – UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA: (X) Não se aplica**

Número de leitos: Adulto \_\_\_\_\_ Infantil \_\_\_\_\_  
Instalações ( ) Adequadas ( ) Inadequadas  
Materiais ( ) Adequados ( ) Inadequados  
Obs: \_\_\_\_\_

**9 – SETOR DE PRONTO ATENDIMENTO: (X) Não se aplica**

**9.1 Equipe de Atendimento**

Médico Clínico Geral	( ) Sim	( ) Não	( ) Plantão	( ) Sobreaviso
Pediatria	( ) Sim	( ) Não	( ) Plantão	( ) Sobreaviso
Cirurgião	( ) Sim	( ) Não	( ) Plantão	( ) Sobreaviso
Anestesista	( ) Sim	( ) Não	( ) Plantão	( ) Sobreaviso
Ginecologista-obstetra	( ) Sim	( ) Não	( ) Plantão	( ) Sobreaviso
Ortopedista	( ) Sim	( ) Não	( ) Plantão	( ) Sobreaviso
Neurocirurgião	( ) Sim	( ) Não	( ) Plantão	( ) Sobreaviso
Enfermeiro	( ) Sim	( ) Não	( ) Plantão	( ) Sobreaviso
Técnicos de enfermagem	( ) Sim	( ) Não	( ) Plantão	( ) Sobreaviso

Outros: \_\_\_\_\_

Obs: \_\_\_\_\_

**10 – EXAMES COMPLEMENTARES: ( ) Não se aplica**

Prazo de entrega: 3-5 dias úteis  
Entrega de resultados/laudos via internet: (X) sim ( ) não

**10.1 Raio - x**

Instalações (X) Adequadas ( ) Inadequadas  
Disponibilidade ( ) 24 h ( ) Sobreaviso

Obs: laboratório comercial

**10.2 Ultrassonografia**

Instalações (X) Adequadas ( ) Inadequadas  
Disponibilidade ( ) 24 h ( ) Sobreaviso

Obs: laboratório comercial

**10.3 Tomografia**

Instalações (X) Adequadas ( ) Inadequadas  
Disponibilidade ( ) 24 h ( ) Sobreaviso

Obs: Realizado no Hospital Santa Juliana.

**10.4 Endoscopia**

Instalações ( ) Adequadas ( ) Inadequadas  
Disponibilidade ( ) 24 h ( ) Sobreaviso

Obs: Não se aplica

**10.5 Hemodinâmica**

Instalações ( ) Adequadas ( ) Inadequadas  
Disponibilidade ( ) 24 h ( ) Sobreaviso

Obs: não se aplica

**10.6 Laboratório**

Instalações ( ) Adequadas ( ) Inadequadas  
Disponibilidade ( ) 24 h ( ) Sobreaviso

Obs: não se aplica

**11 – NÚMERO DE PROFISSIONAIS CONVENIADOS:** 02

Obs: \_\_\_\_\_

**12 – NÚMERO DE ESPECIALISTAS DISPONÍVEIS:** 02

Obs: especialistas em radiologia

**13 – EQUIPAMENTOS:**

Possui os equipamentos necessários de acordo com os procedimentos realizados:  Sim ( ) Não

Obs: \_\_\_\_\_

**14 – OBSERVAÇÕES:** (Registrar itens julgados importantes, que não constem neste relatório, informando serem adequados/não adequados aos serviços oferecidos - Caso necessário poderão ser registradas no verso)

**PARECER DA VISTORIA:**

favorável ( ) não favorável

Obs: \_\_\_\_\_

Rio Branco-AC, 20 de agosto de 2025

3º Ten Braz  
**RESPONSÁVEL PELA VISTORIA**

Thamires Paiva  
**REPRESENTANTE DA OCS/PSA**