ESTADO DE RONDÔNIA
PREFEITURA MUNICIPAL DE ARIQUEMES
PLANO DE TRABALHO

1 – IDENTIFICAÇÃO
RAZÃO SOCIAL: _____
CNPJ: _____
ENDEREÇO: _____
CIDADE: _____ ESTADO: _____ CEP: _____
DDD/TELEFONE: _____
E-MAIL: _____
NOME DO RESPONSÁVEL LEGAL: _____
CPF: _____
RESPONSÁVEL TÉCNICO: _____
CRM: _____

2 – OBJETIVO DO PLANO DE TRABALHO
Credenciamento de pessoa jurídica especializada, mediante Chamamento Público, visando à prestação de serviços de diagnóstico por imagem por Tomografia Computadorizada, compreendendo exames convencionais, exames com contraste, exames com contraste e sedação, exames com sedação e Angiotomografia Coronariana com contraste, todos com emissão de laudo médico por profissional habilitado, destinados ao atendimento dos usuários do SUS no Município de Ariquemes/RO. **Credenciamento nº ____/2026 Processo Administrativo nº 8-17316/2026/SEMSAU.**

3 – CAPACIDADE OPERACIONAL
3.1 Equipamentos disponíveis
Tomógrafo computadorizado:
Marca: _____ Modelo: _____ Nº Série: _____
Injetora de contraste:
Marca: _____ Modelo: _____ Nº Série: _____
Outros equipamentos relevantes: _____

Declaro que os equipamentos encontram-se em condições adequadas de funcionamento e regularizados perante os órgãos competentes.

3.2 Profissionais disponíveis
Médicos Radiologistas: _____
Médicos responsáveis por sedação: _____
Técnicos/Tecnólogos em Radiologia: _____
Enfermeiros: _____
Técnicos/Auxiliares de Enfermagem: _____
Recepcionistas/Atendentes: _____
Outros profissionais: _____

4 – ESTRUTURA FÍSICA E CONDIÇÕES DE ATENDIMENTO
Sala de Tomografia: _____
Sala de preparo/recuperação: _____
Sala de comando: _____
Sala de espera/recepção: _____
Capacidade aproximada: _____ pessoas
Banheiros: _____
Acessibilidade: _____
Outros ambientes: _____

5 – SERVIÇOS DISPONIBILIZADOS
( ) Angiotomografia Coronariana com contraste e emissão de laudo.
( ) Tomografia Computadorizada com contraste e emissão de laudo.
( ) Tomografia Computadorizada com contraste e sedação e emissão de laudo.
( ) Tomografia Computadorizada com sedação e emissão de laudo.
( ) Tomografia Computadorizada convencional com emissão de laudo.

6 – DISPONIBILIDADE DE AGENDA E CAPACIDADE DE ATENDIMENTO
Atendimento eletivo:
Serviço: _____
Dias da semana: _____
Horário inicial: _____ Horário final: _____
Quantidade estimada de exames/dia: _____
Quantidade estimada de exames por semana: _____
Quantidade estimada de exames por mês: _____
Disponibilidade para exames com sedação:_____

7 – DISPONIBILIDADE PARA ATENDIMENTOS URGENTES
Escala de sobreaviso para casos urgentes, garantindo cobertura 24 horas por dia, 7 dias por semana, incluindo feriados e finais de semana.
Telefone para acionamento: _____
Responsável pelo acionamento: _____

8 – DISPONIBILIDADE DE AGENDA PARA REGULAÇÃO
Quantidade de vagas disponibilizadas por semana: _____
Quantidade de vagas disponibilizadas por mês: _____
Prazo médio para disponibilização da agenda: _____
Forma de disponibilização da agenda: _____

9 – DECLARAÇÃO
Declaro que li e tenho ciência de todas as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento, Termo de Referência e Minuta Contratual, bem como que as informações apresentadas neste Plano de Trabalho correspondem à capacidade operacional efetivamente disponível para execução dos serviços.

10 – ASSINATURA DO RESPONSÁVEL

Ariquemes/RO, ____ de _____ de 2026.

NOME DO RESPONSÁVEL LEGAL: _____
CPF: _____
CARGO: _____
RAZÃO SOCIAL: _____

SIMPLES ASSINATURA ELETRÔNICA LOGIN E SENHA

Documento assinado eletronicamente por **GABRIEL SANTOS DALLA COSTA**, **Secretário Municipal de Saúde** , em 18/08/2026 às 15:41, horário de Ariquemes/RO, com fulcro no art. 18 do Decreto nº 16.426 de 16/04/2020.

A autenticidade deste documento pode ser conferida no site transparencia.ariquemes.ro.gov.br, informando o ID **4216555** e o código verificador **55555859**.

Cientes

Seq.	Nome	CPF	Data/Hora
1	JULIA OLIVEIRA FERREIRA ZANATTA	***.106.552-**	18/08/2026 12:24

Referência: Processo nº 8-17316/2026. Docto ID: 4216555 v1