



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

**EDITAL DE CREDENCIAMENTO POR INEXIGIBILIDADE Nº 004/2026-SMS**  
**PROCESSO ADMINISTRATIVO Nº 092026004**

Torna-se público que o O MUNICÍPIO DE BAIÃO/PA, por intermédio da FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BAIÃO, com sede na Travessa Coronel Seixas, Nº 10, Bairro: Centro, CEP: 68465-000, BAIÃO/PA, CNPJ: 17.545.698/0001-23, fundamentada nos arts. 74, IV, 78, I, e 79 da Lei nº 14.133/2021; Lei Federal nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 que estabelece a proteção Código de Defesa do Consumidor, Decreto Municipal nº 090/2023 e Normas do Ministério da Saúde, da Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e dos Conselhos de Classe pertinentes, torna público o CREDENCIAMENTO e das condições estabelecidas neste Edital e seus anexos.

## **1. DO OBJETO**

1.1 O presente edital tem por objeto o **CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS INTERESSADAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, COMPREENDENDO CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS, EXAMES LABORATORIAIS, EXAMES DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM, EXAMES CARDIOLÓGICOS E DEMAIS PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS, DESTINADOS AO ATENDIMENTO DOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS DO MUNICÍPIO DE BAIÃO/PA, CONFORME DEMANDA DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**, nos termos da tabela (ANEXO I), conforme condições e exigências estabelecidas neste instrumento.

1.2 Os serviços compreendem a execução de exames conforme solicitação da rede municipal, incluindo a disponibilização de estrutura física adequada, equipamentos, insumos e profissionais habilitados, bem como a entrega dos respectivos laudos dentro dos prazos estabelecidos, garantindo suporte à assistência diagnóstica e terapêutica dos usuários do sistema público de saúde.

1.3 A contratação será realizada por meio de credenciamento, permitindo a participação de múltiplos prestadores que atendam aos requisitos estabelecidos, visando ampliar a capacidade de atendimento, reduzir a demanda reprimida e assegurar a continuidade dos serviços de saúde.

1.4. O acesso ao Edital poderá ser feito pelo interessado no sítio eletrônico oficial da Prefeitura Municipal de Baião e no Mural de Licitações do Tribunal de Contas dos Municípios do Pará (TCM-PA).

1.5. O prazo para solicitação de impugnação ao Edital, será de 03 (três) dias úteis contados a partir da publicação do edital.

## **2. FUNDAMENTAÇÃO LEGAL**

2.1 O presente processo de credenciamento fundamenta-se nos arts.78, caput e § 1º e 79 da Lei nº 14.133/2021 e do Art. 74, 75, 76 e 77 do Decreto Municipal n.º 090/2023.

2.2. O processo configura a hipótese de inexigibilidade de licitação, conforme o Artigo 74, inciso IV, e **Artigo 79, inciso I (paralela e não excludente)**, da Lei 14.133.



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

---

### **3. DAS CONDIÇÕES DE PARTICIPAÇÃO**

- 3.1 Poderão participar empresas regularmente constituídas, que atendam integralmente às condições deste edital.
- 3.2 É vedada a participação de:
- 3.2.1. empresas declaradas inidôneas ou suspensas;
  - 3.2.2. empresas em falência, recuperação judicial ou extrajudicial;
  - 3.2.3. empresas com sócio servidor do Município;
  - 3.2.4. empresas em consórcio;
  - 3.2.5. empresas com vedação constitucional ou legal para prestação de serviços de saúde (art. 199, §3º da CF/88 e art. 23 da Lei nº 8.080/90).
  - 3.2.6. Aqueles que tenham parentesco consanguíneo ou por afinidade, em linha reta ou colateral, até o terceiro grau, com servidores ocupando cargos de direção ou agentes políticos do Município de Baião/PA.
  - 3.2.7. Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público - OSCIP, atuando nessa condição (Acórdão nº 746/2014-TCU-Plenário).
  - 3.2.8. empresas que não atendam às condições deste Edital e seus anexos.

### **4. CREDENCIAMENTO.**

- 4.1 Os interessados deverão entregar os envelopes de habilitação e proposta técnica de forma presencial, pessoalmente ou através de representante legal investido com poderes para assinatura, a partir do dia 31/08/2026, no horário das 07:00hs ao 13:00hs, na sede da Prefeitura/Departamentos de Licitações, situada na Palacete Fernando Guilhon, Praça Santo Antônio, nº 199 – Centro/CEP: 68.455-000 – Baião/PA.
- 4.2. O prazo inicial para apresentação dos requerimentos de credenciamento iniciará em 31 de agosto de 2026 e encerrando em 10 de setembro de 2026, correspondente à publicação deste Edital no Portal mural de licitações TCM-PA, Portal da Prefeitura de Baião e Portal Nacional de Contratações Públicas – PNCP.
- 4.3. Os interessados que protocolarem a documentação completa dentro desse prazo inicial terão seus pedidos analisados prioritariamente pela Comissão de Contratação, que divulgará a primeira lista de credenciados no prazo máximo de 05 (cinco) dias úteis após o encerramento do período inicial.
- 4.4. Os credenciamentos deste Edital terão vigência de 12 meses a partir da homologação ou até serem substituídos ou revogados por outro Edital ou ato administrativo.
- 4.5. O primeiro julgamento das propostas protocoladas até o dia 10 de setembro de 2026, ocorrerá no dia 18 de setembro 2026, para fins de credenciamento das empresas interessadas e permanecerá aberto para demais empresas interessadas em credenciar pelo prazo descrito no item 4.4.
- 4.5.1. Serão divulgadas as datas das próximas sessões de julgamento de propostas para análise de credenciamento das empresas que apresentarem seus requerimentos após o dia 10 de setembro 2026.
- 4.6. O licitante interessado deverá apresentar, em envelope lacrado, no período designado, o Termo de Adesão ao Credenciamento e a documentação de habilitação e proposta exigida neste Edital.
- 4.7. A Comissão de Credenciamento receberá uma única vez a proposta do licitante interessado em contratar com a Administração, devendo constar todos os documentos exigidos neste Edital.
- 4.8. Os licitantes serão inicialmente classificados em ordem cronológica de credenciamento e, após a análise da documentação, serão classificados conforme o deferimento do credenciamento.



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

---

- 4.9. Poderão ser convocados para a assinatura tantos quantos licitantes forem necessários para atendimento da demanda do Fundo Municipal de Saúde de Baião/PA, respeitada a ordem do item anterior.
- 4.10. Serão considerados habilitados e credenciados os interessados que cumprirem todas as exigências deste Edital e inabilitados e não credenciados aqueles que não cumprirem as disposições do Edital.
- 4.11. Havendo mais de um licitante credenciado, os serviços serão distribuídos por ordem de preferência respeitando a ordem de credenciamento.
- 4.12. Demais exigências contidas no TR em seu item 10.1 à 10.7.

## **5. DA HABILITAÇÃO E PROPOSTA**

- 5.1. Para habilitação dos interessados, deverão ser apresentados os seguintes documentos da empresa:
- 5.1.1. Cadastro Nacional de Empresas Inidôneas e Suspensas – CEIS.
- 5.1.2. Cadastro Nacional de Condenações Cíveis por Ato de Improbidade Administrativa.
- 5.2. Declaração emitida pelo interessado que atende ao inciso XXXIII, art. 7º da Constituição Federal – proibição de trabalho noturno, perigoso ou insalubre aos menores de dezoito anos e de qualquer trabalho a menores de dezesseis anos, salvo a condição de aprendiz, a partir de quatorze anos.
- 5.3. Declaração de que não se encontra inidôneo para licitar com órgão da Administração Pública Federal, Estadual, Municipal e que inexistente fato superveniente impeditivo de sua habilitação.
- 5.4. Declaração de que a proposta foi elaborada de forma independente.
- 5.5. Declaração que não possui empregados executando trabalho degradante ou forçado, observando o disposto nos incisos III e IV do art. 1º e no inciso III do art. 5º da Constituição Federal;
- 5.6. A Declaração falsa relativa ao cumprimento de qualquer condição sujeitará o licitante às sanções previstas em lei e neste Edital, bem como, a desclassificação da proposta.
- 5.7. Constatada a existência de sanção, será negado o credenciamento ao interessado.
- 5.8. A proposta técnica deverá seguir o modelo do Anexo III e conter a descrição dos serviços, comprovação de endereço e comprovação da capacidade técnica-operacional.

### **5.2. Habilitação pessoa jurídica:**

- 5.2.1. Empresário individual: inscrição no Registro Público de Empresas Mercantis, a cargo da Junta Comercial da respectiva sede;
- 5.2.2. Microempreendedor Individual - MEI: Certificado da Condição de Microempreendedor Individual - CCMEI, cuja aceitação ficará condicionada à verificação da autenticidade no sítio <https://www.gov.br/empresas-e-negocios/pt-br/empreendedor>.
- 5.2.3. Sociedade empresária, sociedade limitada unipessoal – SLU ou sociedade identificada como empresa individual de responsabilidade limitada - EIRELI: inscrição do ato constitutivo, estatuto ou contrato social no Registro Público de Empresas Mercantis, a cargo da Junta Comercial da respectiva sede, acompanhada de documento comprobatório de seus administradores.
- 5.2.4. Sociedade simples: inscrição do ato constitutivo no Registro Civil de Pessoas Jurídicas do local de sua sede, acompanhada de documento comprobatório de seus administradores;
- 5.2.5. Em qualquer caso, deverão ser apresentados os documentos pessoais dos sócios.
- 5.2.6. Os documentos constitutivos deverão ser apresentados com todas as suas alterações ou da



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

---

consolidação vigente.

5.2.7. Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ, do Ministério da Fazenda, mediante comprovante de inscrição e situação cadastral, CNAE pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto da licitação, juntamente com o seu Quadro de Sócios Administradores – QSA.

**5.3. Habilitação fiscal, social e trabalhista.**

5.3.1. Prova de inscrição no cadastro de contribuintes estadual e ou municipal (Ficha de Inscrição Estadual ou municipal- FIC), relativo à sede ou domicílio do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade.

5.3.2. Prova de regularidade fiscal perante a Fazenda Nacional, mediante apresentação de certidão expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), referente a todos os créditos tributários federais e à Dívida Ativa da União (DAU) por elas administrados, inclusive aqueles relativos à Seguridade Social, nos termos da Portaria Conjunta nº 1.751, de 02 de outubro de 2014, do Secretário da Receita Federal do Brasil e da Procuradora-Geral da Fazenda Nacional. emitida pelo site ([www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)).

5.3.3. Prova de regularidade com o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS).

5.3.4. Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa ou positiva com efeito de negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943

5.3.5. Prova de regularidade com a Fazenda Estadual do domicílio ou sede do fornecedor.

5.3.6. Prova de regularidade com a Fazenda Municipal do domicílio ou sede do fornecedor.

5.3.7. O fornecedor enquadrado como microempreendedor individual que pretenda auferir os benefícios do tratamento diferenciado previstos na Lei Complementar n. 123, de 2006, estará dispensado da prova de inscrição nos cadastros de contribuintes estadual e municipal.

**5.4. Habilitação econômico-financeira.**

5.4.1. Certidão negativa de falência ou recuperação judicial expedida pelo distribuidor da sede do fornecedor.

5.4.2. Balanço patrimonial com a demonstração de resultado de exercício e demais demonstrações contábeis dos dois últimos exercícios exigíveis.

5.4.2.1. As empresas criadas no exercício financeiro da licitação deverão atender a todas as exigências da habilitação e poderão substituir os demonstrativos contábeis pelo balanço de abertura.

5.4.2.2. Caso a licitante utilize o sistema SPED, deverá apresentar o comprovante de envio do registro do arquivo do SPED contábil.

5.4.3. A comprovação da situação financeira da empresa será constatada mediante obtenção de índices de Liquidez Geral (LG), Solvência Geral (SG) e Liquidez Corrente (LC), superiores a 1 (um).

5.4.4. Caso a empresa licitante apresente resultado inferior ou igual a 1 (um) em qualquer dos índices de Liquidez Geral (LG), Solvência Geral (SG) e Liquidez Corrente (LC), será exigido para fins de habilitação capital mínimo de 10% (dez por cento) do valor total estimado da parcela pertinente.

5.4.5. As empresas criadas no exercício financeiro da licitação deverão atender a todas as exigências da habilitação e poderão substituir os demonstrativos contábeis pelo balanço de abertura. (Lei nº 14.133, de



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

---

2021, art. 65, §1º).

5.4.6. Apresentar relação dos compromissos assumidos pelo licitante que importem em diminuição de sua capacidade econômico-financeira, excluídas parcelas já executadas de contratos firmados (§ 3º do Art. 69, da Lei 14.133), sob pena de não aceitação a proposta.

**5.5. Qualificação técnica.**

5.5.1. Comprovação de aptidão para a prestação dos serviços de complexidade tecnológica e operacional equivalente ou superior com o objeto desta contratação, ou com o item pertinente, por meio da apresentação de certidões ou atestados emitidos por pessoas jurídicas de direito público ou privado.

5.5.1.1. Para fins de comprovação da aptidão, os atestados ou certidões deverão descrever as seguintes características mínimas:

- a) descrição detalhada dos serviços prestados, contendo a unidade de medida, o quantitativo prestado e o período.
- b) os documentos que não apresentarem as informações mínimas serão desconsiderados para fins de qualificação técnica

5.5.2. Comprovação de profissionais vinculados à empresa para as especialidades que solicitar o credenciamento.

5.5.2.1. Para fins de comprovação, deverá ser apresentado declaração com firma reconhecida dos profissionais de que estão disponíveis para a prestação dos serviços.

5.5.3. Os atestados de capacidade técnica emitidos por pessoa jurídica de direito privado deverão ser apresentados com firma reconhecida em cartório.

5.5.4. Alvará sanitário municipal da sede do licitante.

5.5.5. Alvará de funcionamento emitido na sede do licitante.

5.5.6. Comprovante de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES).

5.5.7. Comprovante de inscrição da pessoa jurídica no Conselho Regional de Medicina respectivo.

5.5.8. Comprovante de regularidade junto ao CRM da pessoa jurídica e dos sócios.

5.5.8.1. Somente será exigida o CRM dos sócios se os mesmos forem médicos que efetivamente exercerão o ato médico (emissão de laudos).

5.5.9. Certidão de anotação de direção técnica emitido pelo conselho competente (Resolução CFM nº 1.973/2011).

5.5.10. Comprovante de vínculo da pessoa jurídica com os profissionais que executarão os serviços.

5.5.10.1. A comprovação do vínculo será mediante contrato social, no caso de sócio; cópia de contrato de trabalho ou CTPS registrada; ou contrato de prestação de serviços ou declaração de disponibilidade.

5.5.11. proposta técnica deverá ser redigida em língua portuguesa, digitada em uma via, sem rasuras ou ressalvas, devendo todas as páginas serem rubricadas pelo representante legal da pessoa jurídica.

5.5.12. A proposta deverá indicar os itens que pretende o credenciamento com a quantidade a executar.

5.5.13. A proposta deverá ser firme e precisa, limitada, rigorosamente, ao objeto deste Edital, sem conter alternativas de preço ou de qualquer outra condição que induza o julgamento a mais de um resultado, sob pena de desclassificação.

5.5.14. A proposta deverá obedecer aos termos deste Edital e seus Anexos, não sendo considerada aquela que não corresponda às especificações ali contidas ou que estabeleça vínculo à proposta de outro licitante.



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

---

5.5.15. A proposta apresentada em desacordo com as regras deste Edital e seus anexos será desclassificada.

5.5.16. Os documentos necessários à habilitação poderão ser apresentados em original, por qualquer processo de cópia autenticada por cartório competente, atestado por servidor da Administração Municipal, ou publicação em órgão da imprensa oficial.

**5.6. Do recebimento dos envelopes – habilitação e propostas:**

5.1 Os envelopes contendo documentos de habilitação e propostas serão recebidos presencialmente na sede da Prefeitura/Departamentos de Licitações, situada na Palacete Fernando Guilhon, Praça Santo Antônio, nº 199 – Centro/CEP: 68.455-000 – Baião/PA.

5.6.1.1. O envelope 01 da habilitação - É necessária a apresentação dos documentos de habilitação, devidamente em envelope fechado, rubricado e identificação cito, nas seguintes condições:

5.6.1.1.1. Ser digitada em papel timbrado da empresa, ou que a identifique, sem emendas, rasuras ou entrelinhas, contendo telefone e e-mail para contato, datados e assinados pelo representante legal da empresa;

5.6.1.1.2. O envelope deve estar acompanhado de todos os documentos de habilitação exigidos no edital de credenciamento, com os seguintes dizeres:

**ENVELOPE 01 – HABILITAÇÃO**  
**MUNICIPIO DE BAIÃO**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BAIÃO-PA**  
**A/C DA COMISSÃO DE LICITAÇÕES.**  
**REF. CREDENCIAMENTO POR INEXIGIBILIDADE Nº 004/2026-SMS**

Nome da empresa:

N.º do CNPJ/MF:

E-mail: N.º telefone:

Endereço/n.º:

Cidade/Estado:

5.6.1.2. O envelope 02 da proposta - É necessária a apresentação de proposta de preços, devidamente em envelope fechado, rubricado e identificação cito, nas seguintes condições:

5.6.1.2.1. Ser digitada em papel timbrado da empresa, ou que a identifique, sem emendas, rasuras ou entrelinhas, contendo telefone e e-mail para contato, datados e assinados pelo representante legal da empresa;

5.6.1.2.2. Estar acompanhada do Formulário contendo todos os serviços de acordo com o Termo de Referência (Anexo I);

5.6.1.2.3. Indicar o nome do Banco, número da Agência e Conta-Corrente onde deverão ser creditados os pagamentos,

5.6.1.2.4. O envelope deve estar acompanhado de todos os documentos da proposta exigidos no edital de credenciamento, com os seguintes dizeres:



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

---

**ENVELOPE 02 – PROPOSTA**  
**MUNICIPIO DE BAIÃO**  
**FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BAIÃO-PA**  
**A/C DA COMISSÃO DE LICITAÇÕES.**  
**REF. CREDENCIAMENTO POR INEXIGIBILIDADE Nº 004/2026-SMS**

Nome da empresa:

N.º do CNPJ/MF:

E-mail: N.º telefone:

Endereço/n.º:

Cidade/Estado:

**6. DA REMUNERAÇÃO E FORMA DE PAGAMENTO**

6.1. O pagamento será efetuado mensalmente, mediante apresentação de relatório de exames realizados, devidamente atestado pela chefia imediata.

6.2. Serão pagos apenas os exames efetivamente cumpridos, com base nos valores fixados no Termo de referência e edital de credenciamento.

6.3. O pagamento será realizado via ordem bancária, em conta de titularidade da empresa credenciada.

6.4. Recebida a Nota Fiscal ou documento de cobrança equivalente, correrá o prazo de trinta dias úteis para fins de liquidação.

6.5. Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável.

6.6. Independentemente do percentual de tributo inserido na planilha, quando houver, serão retidos na fonte, quando da realização do pagamento, os percentuais estabelecidos na legislação vigente.

6.7. O contratado regularmente optante pelo Simples Nacional, nos termos da Lei Complementar nº 123, de 2006, não sofrerá a retenção tributária quanto aos impostos e contribuições abrangidos por aquele regime. No entanto, o pagamento ficará condicionado à apresentação de comprovação, por meio de documento oficial, de que faz jus ao tratamento tributário favorecido previsto na referida Lei Complementar.

6.8. Para fins de liquidação, o setor competente deverá verificar se a nota fiscal ou instrumento de cobrança equivalente apresentado expressa os elementos necessários e essenciais do documento, tais como:

6.8.1 - o prazo de validade;

6.8.2 - a data da emissão;

6.8.3 - os dados do contrato e do órgão contratante;

6.8.4 - o período respectivo de execução do contrato;

6.8.5 - o valor a pagar;

6.8.6 - eventual destaque do valor de retenções tributárias cabíveis.

6.9. Havendo erro na apresentação da nota fiscal ou instrumento de cobrança equivalente, ou circunstância que impeça a liquidação da despesa, esta ficará sobrestada até que o contratado providencie as medidas saneadoras, reiniciando-se o prazo após a comprovação da regularização da situação, sem ônus ao contratante;

6.10. A nota fiscal ou instrumento de cobrança equivalente deverá ser obrigatoriamente acompanhado da comprovação da regularidade fiscal, constatada por meio de consulta on-line, mediante consulta aos sítios eletrônicos oficiais ou à documentação mencionada no art. 68 da Lei nº 14.133, de 2021;



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

---

6.11. A Administração deverá realizar consulta para:

6.11.1. Verificar a manutenção das condições de habilitação exigidas no edital;

6.11.2. Identificar possível razão que impeça a participação em licitação, no âmbito do órgão ou entidade, proibição de contratar com o Poder Público, bem como ocorrências impeditivas indiretas.

6.12. Não havendo regularização ou sendo a defesa considerada improcedente, o contratante deverá comunicar aos órgãos responsáveis pela fiscalização da regularidade fiscal quanto à inadimplência do contratado, bem como quanto à existência de pagamento a ser efetuado, para que sejam acionados os meios pertinentes e necessários para garantir o recebimento de seus créditos.

6.13. Persistindo a irregularidade, o contratante deverá adotar as medidas necessárias à rescisão contratual nos autos do processo administrativo correspondente, assegurada ao contratado a ampla defesa.

## **7. DOS RECURSOS**

7.1. Interposição de recurso referente à habilitação ou inabilitação de interessados, à anulação ou revogação do credenciamento, observará o disposto no art. 17 do Decreto nº 11.878, de 2024., sendo que o prazo recursal é de 3 (três) dias úteis, contados da data de publicação da decisão.

7.2. Quando o recurso apresentado impugnar o ato de habilitação ou inabilitação do interessado:

7.2.1. a intenção de recorrer deverá ser manifestada em até 03 (dias) dias úteis, sob pena de preclusão.

7.2.2. o prazo para apresentação das razões recursais será iniciado na data de publicação da decisão.

7.2. Os recursos serão recebidos no mesmo local da entrega da documentação do credenciamento e serão dirigidos à comissão de contratação, a qual poderá reconsiderar sua decisão no prazo de 3 (três) dias úteis, ou, nesse mesmo prazo, encaminhar recurso para a autoridade superior, a qual deverá proferir sua decisão no prazo de 10 (dez) dias úteis, contado do recebimento dos autos.

7.1.2. Aos credenciados é assegurado o direito de interposição de Recurso, nos termos do art. 165 da Lei Federal nº 14.133/2021, o qual será recebido e processado nos termos ali estabelecidos.

7.1.3. Os recursos interpostos fora do prazo não serão conhecidos.

7.1.4. O recurso e o pedido de reconsideração não terão efeito suspensivo.

7.1.5. O acolhimento do recurso invalida tão somente os atos insuscetíveis de aproveitamento.

## **8. OBRIGAÇÕES DOS CREDENCIADOS.**

8.1. O interessado que atender a todos os requisitos previstos no Edital de credenciamento será julgado habilitado na pré-qualificação e, portanto, credenciado no órgão ou entidade contratante, encontrando-se apto a prestar os serviços aos quais se candidatou, com vigência prevista no Edital.

8.1.1. O resultado da pré-qualificação será divulgado no sítio eletrônico do órgão ou entidade contratante em prazo não superior a 5 (cinco) dias úteis.

8.2. Durante a vigência do Edital de Credenciamento, incluída as suas republicações, o órgão ou entidade contratante, a seu critério, poderá convocar por ofício os credenciados para nova análise de documentação, nessa ocasião serão exigidos os documentos que comprovem a manutenção das condições apresentadas quando da pré-qualificação do interessado.

8.2.1. A partir da data em que for convocado para apresentar a documentação atualizada, o credenciado terá até 05 (cinco) dias úteis para entregá-la pessoalmente ou, a critério do órgão, sob pena de descredenciamento.



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

---

8.3. As licitantes credenciadas poderão ser convocadas para assinatura de contrato administrativo para prestação dos serviços descritos neste Edital e no Termo de Referência.

8.4. As convocações para assinatura de contrato obedecerão a ordem de credenciamento prevista neste Edital.

8.5. As convocações para contratação dependerão da necessidade da Administração Pública, sendo certo que as licitantes credenciadas não têm direito subjetivo à contratação.

8.6. Durante a vigência do credenciamento é obrigatório que os credenciados mantenham regularizadas todas as condições de habilitação e que informem toda e qualquer alteração na documentação referente à sua habilitação jurídica, qualificação técnica, qualificação econômico-financeira e regularidade fiscal relacionadas às condições de credenciamento.

8.7. Estando credenciado para um determinado serviço, o interessado poderá se pré-qualificar para outro serviço. Para tanto, poderá se valer do mesmo processo de pré-qualificação de seu primeiro credenciamento, salvo se para o outro serviço for exigida qualificação técnica diferente, caso em que deverá apresentar documentação que comprove possuir capacidade técnica para o novo serviço.

## **9. DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

9.1 As despesas decorrentes deste credenciamento correrão por conta dos recursos orçamentários do Fundo Municipal de Saúde – FMS - 2026.

**Classificação Institucional** – 06.01 – Fundo Municipal de Saúde

**Classificação Funcional** – 10.122.0002.2.128 – Manutenção da Secretaria Municipal de Saúde

**Classificação Econômica** – 3.3.90.39.00 – Outros Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica

**Classificação Sub - Elemento** – 3.3.90.39.11 – Serviços Laboratoriais

**Classificação Sub – Elemento** – 3.3.90.39.89 – Outros Serviços de Assistência a Saúde

**Fonte de Recursos** – 15000000 – Recursos não Vinculados de Impostos

**Fonte de Recursos** – 15001002 – Receita de imposto e trans.. – Saúde

**Fonte de Recursos** – 16000000 – Transferência SUS-Bloco de Manutenção

**Fonte de Recursos** – 16210000 – Transferência SUS – Governo Estadual

**Fonte de Recursos** – 17060000 – Transferência Especial da União

**Classificação Institucional** – 06.01 – Fundo Municipal de Saúde

**Classificação Funcional** – 10.301.0004.2.131 – Manutenção da Atenção Básica

**Classificação Econômica** – 3.3.90.39.00 - Outros Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica

**Classificação Sub - Elemento** – 3.3.90.39.11 – Serviços Laboratoriais

**Classificação Sub – Elemento** – 3.3.90.39.89 – Outros Serviços de Assistência à Saúde

**Fonte de Recursos** – 16000000 – Transferência SUS-Bloco de Manutenção

**Fonte de Recursos** - 17060000 – Transferência Especial da União

**Classificação Institucional** – 06.01 – Fundo Municipal de Saúde

**Classificação Funcional** – 10.302.0004.2.139 – Manutenção do Hospital Municipal

**Classificação Econômica** – 3.3.90.39.00 – Outros Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica

**Classificação Sub - Elemento** - 3.3.90.39.11 – Serviços Laboratoriais

**Classificação Sub – Elemento** - 3.3.90.39.89 – Outros Serviços de Assistência à Saúde

**Fonte de Recursos** – 16000000 – Transferência SUS – Bloco Manutenção

**Fonte de Recursos** – 17060000 – Transferência Especial da União



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

---

## **10. SANÇÕES ADMINISTRATIVAS**

10.1. Comete infração administrativa o licitante que cometer quaisquer das infrações previstas no art. 155 da Lei Federal nº 14.133, de 2021, quais sejam:

10.1.1. dar causa à inexecução parcial do contrato.

10.1.2. dar causa à inexecução parcial do contrato que cause grave dano à Administração, ao funcionamento dos serviços públicos ou ao interesse coletivo.

10.1.3. dar causa à inexecução total do contrato.

10.1.4. deixar de entregar a documentação exigida para o certame.

10.1.5. não manter a proposta, salvo em decorrência de fato superveniente devidamente justificado.

10.1.6. não celebrar o contrato ou não entregar a documentação exigida para a contratação, quando convocado dentro do prazo de validade de sua proposta.

10.1.7. ensejar o retardamento da execução ou da entrega do objeto da licitação sem motivo justificado.

10.1.8. apresentar declaração ou documentação falsa exigida para o certame ou prestar declaração falsa durante a dispensa eletrônica ou a execução do contrato.

10.1.9. fraudar a dispensa eletrônica ou praticar ato fraudulento na execução do contrato.

10.1.10. comportar-se de modo inidôneo ou cometer fraude de qualquer natureza.

## **11. DO TERMO DE CONTRATO.**

11.1. As contratações para a prestação dos serviços de que este instrumento convocatório trata dar-se-ão de forma direta, por inexigibilidade de licitação, através do sistema de credenciamento, com fulcro no disposto no art. 74, IV, da Lei nº 14.133/2021.

11.2. Após ser habilitado, o proponente poderá ser convocado a qualquer tempo, dentro do prazo de vigência do credenciamento, para assinar o Termo de Contrato, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, que ocorrerá pelo e-mail indicado no ato de credenciamento.

11.3. O mencionado instrumento contratual será formalizado na conformidade dos termos da minuta anexa deste Edital, observado o disposto no art. 90 da Lei nº 14.133/2021.

11.4. O credenciamento para prestação dos serviços de que trata o presente Edital não gera vínculo empregatício entre o Credenciado e o Município, sendo de exclusiva responsabilidade do Credenciado as despesas com seguros de natureza trabalhista vigentes, transporte, alimentação e quaisquer outros encargos que forem devidos, referentes à prestação dos serviços.

11.5. Até a data prevista para ocorrência de assinatura do Termo de Contrato, a Administração poderá inabilitar o convocado para prestação dos serviços, mediante despacho fundamentado, se tiver informação segura sobre qualquer fato ou circunstância, anterior ou posterior à fase de habilitação, que desabone a sua habilitação jurídica, regularidade fiscal, regularidade trabalhista ou qualificação técnica.

11.6. O contrato poderá ser alterado, com a devida motivação, nos casos previstos no art. 124 da Lei nº 14.133/2021.

11.7. Demais exigências do TR item 6.

## **12. DA VIGÊNCIA**

12.1. O prazo de vigência da contratação é de 12 (doze) meses, prorrogado sucessivamente, enquanto



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

---

vigente o edital de chamamento público e persistir o interesse público, nos termos do art. 107, § 4º, da Lei nº 14.133/2021.

12.2. A minuta do contrato oferece maior detalhamento das regras que serão aplicadas em relação à vigência da contratação.

### **13. DISPOSIÇÕES FINAIS**

13.1 O credenciamento terá vigência de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogado conforme conveniência do Fundo Municipal de Saúde de Baião e legislação pertinente.

13.2 A qualquer tempo poderá ser admitida nova empresa, desde que atenda aos requisitos do edital.

13.3 Os casos omissos serão resolvidos pela Comissão de Credenciamento, com base na legislação vigente.

13.4. A critério do Fundo Municipal de Saúde, o credenciamento poderá ser modificado, extinto ou prorrogado.

13.5. O Edital poderá ser revogado, a critério da Gestora do Fundo Municipal de Saúde decorrente de fato superveniente e devidamente comprovado, garantido o direito dos licitantes credenciados.

13.6. O Edital poderá ser anulado se houver ilegalidade identificada, de ofício ou por provocação, mediante justificativa fundamentada e comprovada.

13.7. Os licitantes são responsáveis pela fidedignidade e legitimidade das informações e documentos apresentados.

13.8. Na contagem dos prazos estabelecidos neste Edital e seus Anexos, excluir-se-á o dia do início e incluir-se-á o do vencimento. Só se iniciam e vencem os prazos em dias de expediente na Administração.

13.9. O desatendimento de exigências formais não essenciais não importará o afastamento do interessado, desde que seja possível o aproveitamento do ato, observados os princípios da isonomia e do interesse público.

13.10. Em caso de divergência entre disposições deste Edital e de seus anexos ou demais peças que compõem o processo, prevalecerá as deste Edital.

13.11. Os casos omissos serão resolvidos com base nas disposições da legislação aplicável e da Constituição Federal.

13.12. Os anexos integram este Edital independente de transcrição.

13.13. O Edital e seus anexos estão disponíveis, na íntegra, no Portal Nacional de Contratações Públicas (PNCP), TCM Pará e Site da Prefeitura Municipal de Baião-PA.

13.14. Integram este Edital, para todos os fins e efeitos, os seguintes anexos:

ANEXO I – Relação dos Serviços

ANEXO II - Estudo Técnico Preliminar

ANEXO III - Termo de Referência.



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

---

ANEXO IV - Modelo de Proposta

ANEXO V - Modelo Geral de Declarações.

ANEXO VI - Minuta Termo de Credenciamento.

Baião/PA, 20 de agosto de 2026.

---

**Laura Samille Lopes de Meneses**

Secretária Municipal de Saúde  
Portaria 030/2025-GP



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

**ANEXO I**

**RELAÇÃO SERVIÇOS –**

| Item | Procedimentos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Unidade | Quant. |
|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|
| 1    | CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA — Atendimento ambulatorial na especialidade indicada na guia de encaminhamento, exceto neurologia quando contratada em item próprio, incluindo acolhimento, anamnese, exame físico direcionado, avaliação diagnóstica, registro em prontuário e emissão de prescrição, solicitação de exames, atestado ou relatório, quando clinicamente indicados, por médico com registro profissional e qualificação compatível.                       | Serviço | 1200   |
| 2    | CONSULTA MÉDICA EM NEUROLOGIA — Atendimento ambulatorial por médico neurologista, incluindo anamnese, exame neurológico, avaliação diagnóstica e terapêutica, registro em prontuário e emissão de prescrição, solicitação de exames, atestado ou relatório, quando clinicamente indicados, por profissional com CRM ativo e RQE em Neurologia.                                                                                                                          | Serviço | 1200   |
| 3    | AValiação MÉDICA OCUPACIONAL COM EMISSÃO DE ASO — Exame clínico ocupacional admissional, periódico, de retorno ao trabalho, de mudança de risco ocupacional ou demissional, conforme encaminhamento, incluindo anamnese ocupacional, exame físico, análise dos riscos e exames complementares disponíveis e emissão do Atestado de Saúde Ocupacional por médico habilitado, nos termos das normas de saúde ocupacional aplicáveis.                                      | Serviço | 1200   |
| 4    | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA — Exame tomográfico da região anatômica indicada na solicitação médica, com aquisição multiplanar, sem ou com contraste quando expressamente prescrito e clinicamente necessário, incluindo, nessa hipótese, contraste, materiais e administração por equipe habilitada. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado. | Serviço | 984    |
| 5    | RADIOGRAFIA DE ABDÔMEN SIMPLES — Exame do abdômen em incidência anteroposterior, em decúbito e/ou ortostase conforme indicação clínica. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                                                                                             | Serviço | 60     |
| 6    | RADIOGRAFIA PARA ABDÔMEN AGUDO — Série radiográfica para investigação de abdômen agudo, incluindo abdômen em decúbito e ortostase e incidência de tórax em ortostase, conforme protocolo técnico e condição do paciente. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                            | Serviço | 60     |
| 7    | RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO — Exame do rádio e da ulna, incluindo as articulações adjacentes, em incidências anteroposterior e lateral, por lado solicitado. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                                                                           | Serviço | 60     |
| 8    | RADIOGRAFIA DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR — Exame em incidências adequadas, comparativas e com carga quando expressamente solicitada, por lado indicado. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                                                                         | Serviço | 60     |
| 9    | RADIOGRAFIA DA ARTICULAÇÃO ESCAPULOUMERAL (OMBRO) — Exame em,                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Serviço | 60     |



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |         |    |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----|
|    | no mínimo, incidências anteroposterior e perfil escapular/axilar, conforme condição clínica, por lado solicitado. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                              |         |    |
| 10 | RADIOGRAFIA DA ARTICULAÇÃO ESTERNOCLAVICULAR — Exame em incidências anteroposterior e oblíquas específicas, por lado ou bilateral conforme solicitação. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                        | Serviço | 60 |
| 11 | RADIOGRAFIA DA ARTICULAÇÃO SACROILÍACA — Exame por lado, em incidências anteroposterior e oblíquas apropriadas. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                | Serviço | 60 |
| 12 | RADIOGRAFIA DA ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) — Exame em incidências anteroposterior, lateral e mortise/oblíqua, por lado solicitado. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                    | Serviço | 60 |
| 13 | RADIOGRAFIA DA ARTICULAÇÃO COXOFEMORAL — Exame por lado, em incidências anteroposterior e perfil ou posição de rã, conforme indicação clínica. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                 | Serviço | 60 |
| 14 | RADIOGRAFIA DA BACIA — Exame da pelve em incidência anteroposterior, com incidências complementares quando justificadas na solicitação. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                        | Serviço | 60 |
| 15 | RADIOGRAFIA DA BACIA AP/POSIÇÃO DE RÃ — Exame da pelve em incidência anteroposterior e incidência em abdução e rotação externa dos quadris (posição de rã), quando não houver contraindicação. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado. | Serviço | 60 |
| 16 | RADIOGRAFIA DE BRAÇO — Exame do úmero, incluindo ombro e cotovelo, em incidências anteroposterior e lateral, por lado solicitado. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                              | Serviço | 60 |
| 17 | RADIOGRAFIA DE CALCÂNEO — Exame em incidências lateral e axial, por lado solicitado. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                                           | Serviço | 60 |
| 18 | RADIOGRAFIA DE CAVUM — Exame da rinofaringe em incidência lateral, com técnica adequada para avaliação da coluna aérea e das adenoides. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                        | Serviço | 60 |
| 19 | RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA — Exame em incidências anteroposterior e axial/angulada, por lado solicitado. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                         | Serviço | 60 |
| 20 | RADIOGRAFIA DA COLUNA CERVICAL AP/LATERAL OU DINÂMICA — Exame                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Serviço | 60 |



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |         |    |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----|
|    | em incidências anteroposterior e lateral, com flexão e extensão quando expressamente solicitadas e clinicamente seguras. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                                          |         |    |
| 21 | RADIOGRAFIA DA COLUNA CERVICAL AP/LATERAL/OBLÍQUAS — Exame em incidências anteroposterior, lateral e oblíquas bilaterais. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                                         | Serviço | 60 |
| 22 | RADIOGRAFIA DA COLUNA TORÁCICA (DORSAL) AP/LATERAL — Exame em incidências anteroposterior e lateral. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                                                              | Serviço | 60 |
| 23 | RADIOGRAFIA DA COLUNA TORÁCICA (DORSAL) AP/LATERAL/OBLÍQUAS — Exame em incidências anteroposterior, lateral e oblíquas. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                                           | Serviço | 60 |
| 24 | RADIOGRAFIA DA COLUNA LOMBOSSACRA — Exame em incidências anteroposterior e lateral. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                                                                               | Serviço | 60 |
| 25 | RADIOGRAFIA DA COLUNA LOMBOSSACRA COM OBLÍQUAS — Exame em incidências anteroposterior, lateral e oblíquas bilaterais. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                                             | Serviço | 60 |
| 26 | RADIOGRAFIA PANORÂMICA DA COLUNA TOTAL PARA ESCOLIOSE — Exame preferencialmente em ortostase, em incidências frontal e lateral, abrangendo toda a coluna, com mensurações pertinentes, inclusive ângulo de Cobb quando aplicável. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado. | Serviço | 60 |
| 27 | RADIOGRAFIA PANORÂMICA DA COLUNA TOTAL — Exame abrangendo os segmentos cervical, torácico e lombossacro, em incidências frontal e lateral, preferencialmente em ortostase quando clinicamente possível. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                           | Serviço | 60 |
| 28 | RADIOGRAFIA DO CORAÇÃO E VASOS DA BASE — Exame do tórax em incidências posteroanterior e lateral, com técnica adequada à avaliação da área cardíaca, mediastino e grandes vasos. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                  | Serviço | 60 |
| 29 | RADIOGRAFIA DE COSTELAS POR HEMITÓRAX — Exame do lado indicado em incidências anteroposterior/posteroanterior e oblíquas, com identificação do lado. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                              | Serviço | 60 |
| 30 | RADIOGRAFIA DE COTOVELO — Exame em incidências anteroposterior e lateral, com oblíquas quando necessárias, por lado solicitado. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                                   | Serviço | 60 |



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |         |    |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----|
| 31 | RADIOGRAFIA DE COXA (FÊMUR) — Exame do fêmur, incluindo quadril e joelho, em incidências anteroposterior e lateral, por lado solicitado. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                           | Serviço | 60 |
| 32 | RADIOGRAFIA DE CRÂNIO — Exame em incidências frontal e lateral, com incidências complementares conforme indicação clínica. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                         | Serviço | 60 |
| 33 | RADIOGRAFIA DE CRÂNIO PA/LATERAL/BRETON/HIRTZ — Exame nas incidências posteroanterior, lateral e projeções especiais de Breton e Hirtz, conforme protocolo técnico. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                | Serviço | 60 |
| 34 | RADIOGRAFIA DE ESTERNO — Exame em incidências lateral e oblíqua/anterior apropriada. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                                                               | Serviço | 60 |
| 35 | RADIOGRAFIA DE ESCÁPULA OU OMBRO FUNCIONAL — Exame da região indicada em incidências anteroposterior, perfil escapular e/ou axilar, com manobras funcionais quando solicitadas e clinicamente possíveis, por lado. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado. | Serviço | 60 |
| 36 | RADIOGRAFIA DE JOELHO AP/LATERAL — Exame em incidências anteroposterior e lateral, por lado solicitado. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                                            | Serviço | 60 |
| 37 | RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA AP/LATERAL/AXIAL — Exame em incidências anteroposterior, lateral e axial da patela, por lado solicitado. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                           | Serviço | 60 |
| 38 | RADIOGRAFIA DE MÃO OU QUIRODÁCTILOS — Exame da mão ou dos dedos indicados em incidências anteroposterior, oblíqua e lateral, por lado solicitado. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                  | Serviço | 60 |
| 39 | RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO PARA IDADE ÓSSEA — Exame, preferencialmente da mão e do punho esquerdos em incidência posteroanterior, com avaliação e laudo da maturação esquelética por método reconhecido. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.           | Serviço | 60 |
| 40 | RADIOGRAFIA DE MASTOIDES — Exame bilateral e comparativo em incidências específicas, incluindo Schüller e/ou outras previstas no protocolo radiológico. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                            | Serviço | 60 |



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |         |    |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----|
| 41 | RADIOGRAFIA DOS OSSOS DA FACE FN/MN/LATERAL/HIRTZ — Exame nas incidências frontonasal, mentonasal, lateral e Hirtz. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                              | Serviço | 60 |
| 42 | RADIOGRAFIA PANORÂMICA DOS MEMBROS INFERIORES — Exame bilateral em ortostase, abrangendo quadris, joelhos e tornozelos, com mensuração de eixos e comprimentos quando aplicável. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado. | Serviço | 60 |
| 43 | RADIOGRAFIA DE PÉ OU PODODÁCTILOS — Exame do pé ou dos dedos indicados em incidências anteroposterior, oblíqua e lateral, com carga quando solicitada, por lado. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                 | Serviço | 60 |
| 44 | RADIOGRAFIA DE PERNA — Exame da tíbia e da fíbula, incluindo joelho e tornozelo, em incidências anteroposterior e lateral, por lado solicitado. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                  | Serviço | 60 |
| 45 | RADIOGRAFIA DE PUNHO — Exame em incidências anteroposterior, lateral e oblíqua, por lado solicitado. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                             | Serviço | 60 |
| 46 | RADIOGRAFIA DE SACRO E CÓCCIX — Exame em incidências anteroposterior e lateral. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                                  | Serviço | 60 |
| 47 | RADIOGRAFIA DOS SEIOS DA FACE FN/MN/LATERAL — Exame nas incidências frontonasal, mentonasal e lateral, preferencialmente em ortostase quando possível. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                           | Serviço | 60 |
| 48 | RADIOGRAFIA DOS SEIOS DA FACE FN/MN/LATERAL/HIRTZ — Exame nas incidências frontonasal, mentonasal, lateral e Hirtz, preferencialmente em ortostase quando possível. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.              | Serviço | 60 |
| 49 | RADIOGRAFIA DE SELA TÚRCICA — Exame direcionado em incidências lateral e frontal apropriada. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                     | Serviço | 60 |
| 50 | RADIOGRAFIA DE TÓRAX PA E PERFIL — Exame em incidências posteroanterior e lateral, preferencialmente em ortostase e inspiração adequada. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                         | Serviço | 60 |
| 51 | RADIOGRAFIA DE TÓRAX PA/LATERAL/OBLÍQUAS — Exame em incidências posteroanterior, lateral e oblíquas, conforme indicação clínica. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                 | Serviço | 60 |
| 52 | RADIOGRAFIA DAS ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES, BILATERAL — Exame comparativo com boca aberta e fechada, em incidências apropriadas. Inclui                                                                                                                                                                                                        | Serviço | 60 |



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         |    |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----|
|    | preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                                                                                                                                                                                                            |         |    |
| 53 | RADIOGRAFIA DE JOELHO COM CARGA — Exame em ortostase, em incidência anteroposterior e demais incidências solicitadas, por lado ou bilateral conforme guia. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                                          | Serviço | 60 |
| 54 | RADIOGRAFIA DO OSSO TEMPORAL — Exame unilateral ou bilateral em incidências específicas, como Schüller, Stenvers ou Towne, conforme indicação clínica. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                                              | Serviço | 60 |
| 55 | RADIOGRAFIA DE MEMBRO(S) INFERIOR(ES) — Exame do segmento anatômico indicado, em no mínimo duas incidências ortogonais, por lado ou bilateral conforme solicitação, não se confundindo com o exame panorâmico. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                      | Serviço | 60 |
| 56 | ULTRASSONOGRAFIA TRANSVAGINAL — Avaliação de útero, endométrio, ovários, anexos e fundo de saco pélvico, com medidas e registro de imagens. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                                                         | Serviço | 60 |
| 57 | ULTRASSONOGRAFIA MAMÁRIA — Avaliação bilateral das mamas, incluindo regiões retroareolares, prolongamentos axilares e áreas de interesse, com classificação e medidas dos achados. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                  | Serviço | 60 |
| 58 | ULTRASSONOGRAFIA PÉLVICA TRANSABDOMINAL — Avaliação da pelve, incluindo bexiga, útero, endométrio, ovários e anexos quando aplicável, com medidas e registro de imagens. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                            | Serviço | 60 |
| 59 | ULTRASSONOGRAFIA DA VULVA — Avaliação direcionada dos tecidos superficiais e estruturas da região vulvar para pesquisa de nódulos, coleções, cistos ou outras alterações, com medidas e registro de imagens. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                        | Serviço | 60 |
| 60 | ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA DO 2º TRIMESTRE — Avaliação de vitalidade fetal, apresentação, biometria, anatomia básica, placenta, líquido amniótico, colo uterino quando indicado e estimativa da idade/peso gestacional, com registro de imagens. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                   | Serviço | 60 |
| 61 | ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA DO 1º TRIMESTRE — Exame realizado na idade gestacional apropriada, com avaliação de vitalidade, biometria, anatomia fetal inicial, translucência nuchal, osso nasal, placenta e marcadores pertinentes, conforme protocolo. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado. | Serviço | 60 |
| 62 | ULTRASSONOGRAFIA DA TIREOIDE — Avaliação da glândula tireoide, volume, ecotextura, vascularização quando necessária, nódulos e linfonodos cervicais relacionados,                                                                                                                                                                                                                                                                       | Serviço | 60 |



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |         |     |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----|
|    | com medidas e classificação dos achados. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                                                                                                           |         |     |
| 63 | ULTRASSONOGRAFIA DOPPLER DE CARÓTIDAS E VERTEBRAIS — Exame bilateral com Doppler colorido e espectral para avaliação anatômica e hemodinâmica, incluindo placas, velocidades e estimativa de estenoses. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.            | Serviço | 60  |
| 64 | ULTRASSONOGRAFIA PARA PESQUISA DE HÉRNIAS — Avaliação dinâmica da região anatômica indicada, em repouso e com manobra de Valsalva quando possível, para identificação de defeito, conteúdo e redutibilidade. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.       | Serviço | 60  |
| 65 | ULTRASSONOGRAFIA DA REGIÃO CERVICAL — Avaliação de partes moles, cadeias linfonodais, glândulas salivares e estruturas superficiais da região indicada, com medidas e registro dos achados. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                        | Serviço | 60  |
| 66 | ULTRASSONOGRAFIA DE PARTES MOLES — Avaliação direcionada da região indicada para análise de pele, tecido subcutâneo, músculos, tendões, nódulos, coleções ou outras alterações, com medidas e registro de imagens. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado. | Serviço | 60  |
| 67 | ULTRASSONOGRAFIA DA PRÓSTATA — Avaliação preferencialmente por via abdominal, salvo indicação diversa, incluindo dimensões e volume prostático, bexiga e resíduo pós-miccional quando solicitado. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                  | Serviço | 60  |
| 68 | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL — Avaliação de fígado, vesícula e vias biliares, pâncreas, baço, rins, grandes vasos abdominais e bexiga, conforme condições técnicas, com medidas e registro de imagens. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.        | Serviço | 60  |
| 69 | ULTRASSONOGRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR — Avaliação de fígado, vesícula e vias biliares, pâncreas, baço e grandes vasos do abdômen superior, conforme condições técnicas, com medidas e registro de imagens. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.          | Serviço | 60  |
| 70 | MAMOGRAFIA BILATERAL — Exame das duas mamas nas incidências craniocaudal e médio-lateral oblíqua, com incidências complementares quando tecnicamente necessárias, controle de qualidade, disponibilização das imagens e laudo médico com classificação padronizada dos achados.                                                                                                        | Serviço | 864 |
| 71 | ELETOENCEFALOGRAMA — Registro digital da atividade elétrica cerebral em repouso, com montagem padronizada e manobras de ativação, como hiperventilação e fotoestimulação, quando não contraindicadas, incluindo eletrodos, insumos, análise e laudo por médico habilitado.                                                                                                             | Serviço | 180 |
| 72 | MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DA PRESSÃO ARTERIAL (MAPA) —                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | Serviço | 180 |



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |         |      |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|
|    | Monitorização por período mínimo de 24 horas, incluindo instalação e retirada do equipamento, manguito adequado, orientações ao paciente, registro das medidas, análise dos períodos de vigília e sono e emissão de laudo médico.                                                                                                                                                                                                |         |      |
| 73 | HOLTER DE 24 HORAS — Monitorização eletrocardiográfica ambulatorial contínua por período mínimo de 24 horas, em múltiplos canais, incluindo instalação e retirada do gravador, eletrodos e insumos, análise de ritmo, frequência, pausas e eventos e emissão de laudo médico.                                                                                                                                                    | Serviço | 180  |
| 74 | ELETROCARDIOGRAMA DE REPOUSO — Registro eletrocardiográfico convencional de 12 derivações, incluindo preparo do paciente, eletrodos e demais insumos, traçado identificável e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                                                                                                                                            | Serviço | 60   |
| 75 | ÁCIDO FÓLICO (FOLATO) — Dosagem quantitativa em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                                                                                     | Serviço | 100  |
| 76 | ÁCIDO ÚRICO — Dosagem quantitativa em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                                                                                               | Serviço | 300  |
| 77 | BETA-hCG — Dosagem quantitativa da fração beta da gonadotrofina coriônica humana em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                                                 | Serviço | 100  |
| 78 | CHIKUNGUNYA, ANTICORPOS IgG E IgM — Pesquisa conjunta de anticorpos IgG e IgM em amostra de soro ou plasma por metodologia validada, com resultados individualizados. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                   | Serviço | 125  |
| 79 | CITOMEGALOVÍRUS, ANTICORPOS IgM — Pesquisa/dosagem de anticorpos IgM em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                                                             | Serviço | 1200 |
| 80 | CITOMEGALOVÍRUS, ANTICORPOS IgG — Pesquisa/dosagem de anticorpos IgG em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                                                             | Serviço | 1200 |
| 81 | COAGULOGRAMA — Avaliação da coagulação em plasma citratado, contendo, no mínimo, tempo de protrombina com INR e tempo de tromboplastina parcial ativada, além de outros parâmetros previstos no protocolo laboratorial. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado. | Serviço | 500  |
| 82 | COLESTEROL HDL (HDL-C) — Dosagem quantitativa em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                                                                                    | Serviço | 2000 |
| 83 | COLESTEROL LDL (LDL-C) — Dosagem direta ou cálculo por fórmula validada, conforme condições da amostra, em soro ou plasma. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com                                                                                                                                                                                 | Serviço | 2000 |



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |         |      |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|
|    | controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |         |      |
| 84 | COLESTEROL TOTAL — Dosagem quantitativa em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                                                              | Serviço | 2000 |
| 85 | COLESTEROL VLDL (VLDL-C) — Dosagem ou cálculo por fórmula validada, conforme condições da amostra, em soro ou plasma. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                                       | Serviço | 2000 |
| 86 | TESTE DE ANTIGLOBULINA DIRETO (COOMBS DIRETO) — Pesquisa de imunoglobulinas e/ou complemento aderidos às hemácias em amostra de sangue, por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                           | Serviço | 300  |
| 87 | TESTE DE ANTIGLOBULINA INDIRETO (COOMBS INDIRETO) — Pesquisa de anticorpos irregulares livres em amostra de soro ou plasma, por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                       | Serviço | 300  |
| 88 | CREATINA — Dosagem quantitativa de creatina em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                                                          | Serviço | 500  |
| 89 | CREATININA SÉRICA — Dosagem quantitativa em amostra de soro ou plasma por metodologia validada, com estimativa da taxa de filtração glomerular quando aplicável e houver dados necessários. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado. | Serviço | 200  |
| 90 | CREATININA URINÁRIA EM AMOSTRA ISOLADA — Dosagem quantitativa em amostra única de urina, devidamente identificada e acondicionada, por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                | Serviço | 200  |
| 91 | DENGUE, ANTÍGENO NS1 — Pesquisa do antígeno NS1 do vírus da dengue em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                                   | Serviço | 300  |
| 92 | DENGUE, ANTICORPOS IgG — Pesquisa/dosagem de anticorpos IgG em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                                          | Serviço | 50   |
| 93 | DENGUE, ANTICORPOS IgM — Pesquisa/dosagem de anticorpos IgM em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                                          | Serviço | 50   |
| 94 | EXAME DE URINA TIPO I (EAS) — Análise física, química e microscópica do sedimento de amostra de urina, incluindo, no mínimo, aspecto, densidade, pH, pesquisa                                                                                                                                                                                                                                        | Serviço | 300  |



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |         |      |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|
|     | química e elementos figurados. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                                                                                                                                                        |         |      |
| 95  | FERRITINA — Dosagem quantitativa em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                                                                                               | Serviço | 300  |
| 96  | FERRO SÉRICO — Dosagem quantitativa em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                                                                                            | Serviço | 300  |
| 97  | GLICEMIA DE JEJUM — Dosagem quantitativa de glicose em amostra de soro ou plasma, após preparo/jejum conforme orientação clínica, por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                           | Serviço | 300  |
| 98  | HEMOGLOBINA GLICADA (HbA1c) — Dosagem quantitativa em sangue total por método rastreável e validado, com resultado percentual e, quando aplicável, glicemia média estimada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                           | Serviço | 100  |
| 99  | HEMOGRAMA COMPLETO — Análise automatizada e revisão quando indicada de série vermelha, série branca com diferencial leucocitário, plaquetas e respectivos índices hematimétricos, em sangue total com anticoagulante. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado. | Serviço | 2400 |
| 100 | EXAME PARASITOLÓGICO DE FEZES — 1ª AMOSTRA — Pesquisa de ovos, cistos, larvas e outros parasitos em primeira amostra de fezes, por técnica(s) validada(s). Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                            | Serviço | 100  |
| 101 | EXAME PARASITOLÓGICO DE FEZES — 2ª AMOSTRA — Pesquisa de ovos, cistos, larvas e outros parasitos em segunda amostra de fezes, coletada em data distinta conforme orientação, por técnica(s) validada(s). Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.              | Serviço | 100  |
| 102 | PROTEÍNA C-REATIVA ULTRASSENSÍVEL (PCR-us) — Dosagem quantitativa em amostra de soro ou plasma por método de alta sensibilidade validado. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                                             | Serviço | 200  |
| 103 | POTÁSSIO — Dosagem quantitativa em amostra de soro ou plasma, com controle de interferências pré-analíticas, por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                                                | Serviço | 100  |



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |      |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|
| 104 | PSA LIVRE — Dosagem quantitativa da fração livre do antígeno prostático específico em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                          | Serviço | 500  |
| 105 | PSA TOTAL E LIVRE — Dosagem quantitativa das frações total e livre do antígeno prostático específico, com cálculo da relação percentual livre/total, em amostra de soro ou plasma. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado. | Serviço | 500  |
| 106 | PSA TOTAL (ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO) — Dosagem quantitativa em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                           | Serviço | 200  |
| 107 | RUBÉOLA, ANTICORPOS IgG — Pesquisa/dosagem de anticorpos IgG em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                                | Serviço | 1200 |
| 108 | RUBÉOLA, ANTICORPOS IgM — Pesquisa/dosagem de anticorpos IgM em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                                | Serviço | 1200 |
| 109 | SÓDIO — Dosagem quantitativa em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                                                                | Serviço | 100  |
| 110 | TRIIODOTIRONINA TOTAL (T3) — Dosagem quantitativa em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                                           | Serviço | 100  |
| 111 | TIROXINA TOTAL (T4) — Dosagem quantitativa em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                                                  | Serviço | 100  |
| 112 | TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE) — Dosagem quantitativa da fração livre em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                            | Serviço | 100  |
| 113 | ASPARTATO AMINOTRANSFERASE (AST/TGO) — Dosagem da atividade enzimática em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                      | Serviço | 300  |
| 114 | ALANINA AMINOTRANSFERASE (ALT/TGP) — Dosagem da atividade enzimática em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                        | Serviço | 300  |



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |      |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|
| 115 | TOXOPLASMOSE, ANTICORPOS IgG — Pesquisa/dosagem de anticorpos IgG contra Toxoplasma gondii em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.  | Serviço | 1200 |
| 116 | TOXOPLASMOSE, ANTICORPOS IgM — Pesquisa/dosagem de anticorpos IgM contra Toxoplasma gondii em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.  | Serviço | 1200 |
| 117 | TSH ULTRASSENSÍVEL — Dosagem quantitativa do hormônio tireoestimulante em amostra de soro ou plasma por método ultrassensível validado. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.            | Serviço | 100  |
| 118 | UREIA — Dosagem quantitativa em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                                | Serviço | 300  |
| 119 | VDRL — Teste não treponêmico para triagem de sífilis em amostra de soro ou plasma, com titulação obrigatória quando reagente e registro do título. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado. | Serviço | 200  |
| 120 | VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO (VHS) — Determinação em sangue total anticoagulado por metodologia validada, com resultado em milímetros por hora. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado. | Serviço | 200  |
| 121 | 25-HIDROXIVITAMINA D [25(OH)D] — Dosagem quantitativa em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                       | Serviço | 200  |



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

---

**ANEXO II**

**ESTUDO TÉCNICO PRELIMINAR (ETP)**

|                                 |                                             |
|---------------------------------|---------------------------------------------|
| <b>SETOR REQUISITANTE</b>       | <b>Gabinete da Secretaria Mun. de Saúde</b> |
| <b>ÓRGÃO</b>                    | <b>SECRETARIA DE SAÚDE</b>                  |
| <b>RESPONSÁVEL PELA DEMANDA</b> | <b>LAURA SAMILLE LOPES DE MENESES</b>       |

**OBJETO: PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE, COMPREENDENDO CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS, EXAMES LABORATORIAIS, EXAMES DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM, EXAMES CARDIOLÓGICOS E DEMAIS PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS, DESTINADOS AO ATENDIMENTO DOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS DO MUNICÍPIO DE BAIÃO/PA, CONFORME DEMANDA DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE**

**NATUREZA DO OBJETO:** serviço continuado.

**DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE**

O presente Estudo Técnico Preliminar tem por finalidade analisar a necessidade de contratação de serviços prestação de serviços complementares de assistência à saúde, compreendendo consultas médicas especializadas, exames laboratoriais, exames de diagnóstico por imagem, exames cardiológicos e demais procedimentos diagnósticos relacionados, destinados ao atendimento dos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS do município de Baião/PA conforme demanda do Fundo Municipal de Saúde.

A demanda decorre da insuficiência da capacidade instalada da rede municipal para atendimento integral das necessidades da população, especialmente no que se refere a exames de média e alta complexidade, cuja disponibilidade limitada compromete a efetividade da assistência à saúde.

Observa-se que a indisponibilidade ou insuficiência desses exames tem gerado acúmulo de demanda reprimida, atrasos na confirmação diagnóstica e prejuízos à condução terapêutica dos pacientes, impactando diretamente na qualidade dos serviços prestados. Tal cenário resulta ainda em deslocamentos frequentes de usuários para outros municípios, aumento de custos indiretos e fragilização do acompanhamento clínico contínuo no âmbito local.

A necessidade ora analisada apresenta caráter contínuo e essencial, uma vez que está diretamente relacionada à garantia do acesso universal e integral às ações e serviços de saúde, conforme diretrizes do Sistema Único de Saúde.

**DESCRIÇÃO DOS REQUISITOS DE CONTRATAÇÃO**

O objeto da presente contratação consiste na prestação de serviços comuns de saúde, compreendendo a realização de exames diagnósticos por imagem e exames gráficos, com emissão de laudos médicos, destinados ao atendimento da rede pública municipal.

Os serviços possuem padrões técnicos definidos por normas e protocolos reconhecidos, permitindo sua



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

especificação objetiva, e caracterizam-se como de natureza contínua, por atenderem necessidade permanente e essencial à assistência à saúde.

A existência de múltiplos prestadores aptos justifica a adoção de modelo que possibilite ampla participação, assegurando eficiência, economicidade e continuidade dos serviços.

**QUAL A MODALIDADE SUGERIDA?**

Dentre as alternativas analisadas, verificou-se que a ampliação da capacidade própria do Município por meio da aquisição de equipamentos e contratação direta de profissionais apresenta limitações relevantes, considerando os elevados custos de investimento inicial, manutenção, necessidade de equipe técnica especializada e complexidade operacional dos serviços. Tal alternativa demandaria prazo elevado para implementação e não atenderia de forma tempestiva à necessidade existente.

A contratação de serviços especializados por meio de credenciamento apresenta-se como a solução mais adequada, pois permite a participação de múltiplos prestadores, amplia a capacidade de atendimento, reduz riscos de descontinuidade e proporciona maior flexibilidade operacional. Esse modelo possibilita ainda melhor adequação à variação da demanda, evitando ociosidade de recursos e garantindo pagamento apenas pelos serviços efetivamente prestados.

A adoção dessa solução encontra respaldo nos princípios da eficiência, economicidade e continuidade do serviço público, sendo especialmente recomendada para serviços de saúde com demanda variável e necessidade de ampla cobertura assistencial.

Sugere-se a contratação por meio de CREDENCIAMENTO, por se tratar de hipótese de inexigibilidade de licitação, nos termos do art. 74, inciso IV, da Lei nº 14.133/2021, uma vez que o objeto da contratação admite a participação simultânea de múltiplos prestadores, tornando inviável a competição.

O procedimento observará, ainda, o disposto nos arts. 78 e 79 da Lei nº 14.133/2021, que regulam o credenciamento como forma de contratação em regime de adesão, permitindo a habilitação de todos os interessados que atendam às condições previamente estabelecidas pela Administração.

**TABELA COM ESPECIFICAÇÃO DO OBJETO:**

Com base em registros da regulação municipal, na identificação da demanda reprimida e na projeção de crescimento da necessidade assistencial.

Considera-se, ainda, a ampliação do acesso decorrente da melhoria da oferta, o que tende a gerar incremento na procura pelos serviços. O detalhamento dos quantitativos será apresentado em documento específico, considerando as particularidades de cada tipo de exame e sua relevância para o atendimento da rede de saúde.

| Item | Procedimentos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Unidade | Quant. |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------|
| 1    | CONSULTA MÉDICA ESPECIALIZADA — Atendimento ambulatorial na especialidade indicada na guia de encaminhamento, exceto neurologia quando contratada em item próprio, incluindo acolhimento, anamnese, exame físico direcionado, avaliação diagnóstica, registro em prontuário e emissão de prescrição, solicitação de exames, atestado ou relatório, quando clinicamente indicados, por médico com registro profissional e qualificação compatível. | Serviço | 1200   |
| 2    | CONSULTA MÉDICA EM NEUROLOGIA — Atendimento ambulatorial por médico neurologista, incluindo anamnese, exame neurológico, avaliação diagnóstica e terapêutica, registro em prontuário e emissão de prescrição, solicitação de exames, atestado ou relatório, quando clinicamente indicados, por profissional com CRM ativo e RQE em Neurologia.                                                                                                    | Serviço | 1200   |



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         |      |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|
| 3  | AVALIAÇÃO MÉDICA OCUPACIONAL COM EMISSÃO DE ASO — Exame clínico ocupacional admissional, periódico, de retorno ao trabalho, de mudança de risco ocupacional ou demissional, conforme encaminhamento, incluindo anamnese ocupacional, exame físico, análise dos riscos e exames complementares disponíveis e emissão do Atestado de Saúde Ocupacional por médico habilitado, nos termos das normas de saúde ocupacional aplicáveis.                                      | Serviço | 1200 |
| 4  | TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA — Exame tomográfico da região anatômica indicada na solicitação médica, com aquisição multiplanar, sem ou com contraste quando expressamente prescrito e clinicamente necessário, incluindo, nessa hipótese, contraste, materiais e administração por equipe habilitada. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado. | Serviço | 984  |
| 5  | RADIOGRAFIA DE ABDÔMEN SIMPLES — Exame do abdômen em incidência anteroposterior, em decúbito e/ou ortostase conforme indicação clínica. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                                                                                             | Serviço | 60   |
| 6  | RADIOGRAFIA PARA ABDÔMEN AGUDO — Série radiográfica para investigação de abdômen agudo, incluindo abdômen em decúbito e ortostase e incidência de tórax em ortostase, conforme protocolo técnico e condição do paciente. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                            | Serviço | 60   |
| 7  | RADIOGRAFIA DE ANTEBRAÇO — Exame do rádio e da ulna, incluindo as articulações adjacentes, em incidências anteroposterior e lateral, por lado solicitado. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                                                                           | Serviço | 60   |
| 8  | RADIOGRAFIA DA ARTICULAÇÃO ACROMIOCLAVICULAR — Exame em incidências adequadas, comparativas e com carga quando expressamente solicitada, por lado indicado. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                                                                         | Serviço | 60   |
| 9  | RADIOGRAFIA DA ARTICULAÇÃO ESCAPULOUMERAL (OMBRO) — Exame em, no mínimo, incidências anteroposterior e perfil escapular/axilar, conforme condição clínica, por lado solicitado. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                                                     | Serviço | 60   |
| 10 | RADIOGRAFIA DA ARTICULAÇÃO ESTERNOCLAVICULAR — Exame em incidências anteroposterior e oblíquas específicas, por lado ou bilateral conforme solicitação. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                                                                             | Serviço | 60   |
| 11 | RADIOGRAFIA DA ARTICULAÇÃO SACROILÍACA — Exame por lado, em incidências anteroposterior e oblíquas apropriadas. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                                                                                                                     | Serviço | 60   |
| 12 | RADIOGRAFIA DA ARTICULAÇÃO TIBIOTÁRSICA (TORNOZELO) — Exame em incidências anteroposterior, lateral e mortise/oblíqua, por lado solicitado. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                                                                                         | Serviço | 60   |
| 13 | RADIOGRAFIA DA ARTICULAÇÃO COXOFEMORAL — Exame por lado, em incidências anteroposterior e perfil ou posição de rã, conforme indicação clínica. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                                                                                      | Serviço | 60   |
| 14 | RADIOGRAFIA DA BACIA — Exame da pelve em incidência anteroposterior, com incidências complementares quando justificadas na solicitação. Inclui preparo e posicionamento do                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Serviço | 60   |



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |         |    |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----|
|    | paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                                                                                                                                                                   |         |    |
| 15 | RADIOGRAFIA DA BACIA AP/POSIÇÃO DE RÃ — Exame da pelve em incidência anteroposterior e incidência em abdução e rotação externa dos quadris (posição de rã), quando não houver contraindicação. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado. | Serviço | 60 |
| 16 | RADIOGRAFIA DE BRAÇO — Exame do úmero, incluindo ombro e cotovelo, em incidências anteroposterior e lateral, por lado solicitado. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                              | Serviço | 60 |
| 17 | RADIOGRAFIA DE CALCÂNEO — Exame em incidências lateral e axial, por lado solicitado. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                                           | Serviço | 60 |
| 18 | RADIOGRAFIA DE CAVUM — Exame da rinofaringe em incidência lateral, com técnica adequada para avaliação da coluna aérea e das adenoides. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                        | Serviço | 60 |
| 19 | RADIOGRAFIA DE CLAVÍCULA — Exame em incidências anteroposterior e axial/angulada, por lado solicitado. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                         | Serviço | 60 |
| 20 | RADIOGRAFIA DA COLUNA CERVICAL AP/LATERAL OU DINÂMICA — Exame em incidências anteroposterior e lateral, com flexão e extensão quando expressamente solicitadas e clinicamente seguras. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.         | Serviço | 60 |
| 21 | RADIOGRAFIA DA COLUNA CERVICAL AP/LATERAL/OBLÍQUAS — Exame em incidências anteroposterior, lateral e oblíquas bilaterais. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                      | Serviço | 60 |
| 22 | RADIOGRAFIA DA COLUNA TORÁCICA (DORSAL) AP/LATERAL — Exame em incidências anteroposterior e lateral. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                           | Serviço | 60 |
| 23 | RADIOGRAFIA DA COLUNA TORÁCICA (DORSAL) AP/LATERAL/OBLÍQUAS — Exame em incidências anteroposterior, lateral e oblíquas. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                        | Serviço | 60 |
| 24 | RADIOGRAFIA DA COLUNA LOMBOSSACRA — Exame em incidências anteroposterior e lateral. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                                            | Serviço | 60 |
| 25 | RADIOGRAFIA DA COLUNA LOMBOSSACRA COM OBLÍQUAS — Exame em incidências anteroposterior, lateral e oblíquas bilaterais. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                          | Serviço | 60 |
| 26 | RADIOGRAFIA PANORÂMICA DA COLUNA TOTAL PARA ESCOLIOSE — Exame preferencialmente em ortostase, em incidências frontal e lateral, abrangendo toda a coluna, com mensurações pertinentes, inclusive ângulo de Cobb quando aplicável. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e                                     | Serviço | 60 |



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |         |    |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----|
|    | disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |         |    |
| 27 | RADIOGRAFIA PANORÂMICA DA COLUNA TOTAL — Exame abrangendo os segmentos cervical, torácico e lombossacro, em incidências frontal e lateral, preferencialmente em ortostase quando clinicamente possível. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.            | Serviço | 60 |
| 28 | RADIOGRAFIA DO CORAÇÃO E VASOS DA BASE — Exame do tórax em incidências posteroanterior e lateral, com técnica adequada à avaliação da área cardíaca, mediastino e grandes vasos. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                   | Serviço | 60 |
| 29 | RADIOGRAFIA DE COSTELAS POR HEMITÓRAX — Exame do lado indicado em incidências anteroposterior/posteroanterior e oblíquas, com identificação do lado. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                               | Serviço | 60 |
| 30 | RADIOGRAFIA DE COTOVELO — Exame em incidências anteroposterior e lateral, com oblíquas quando necessárias, por lado solicitado. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                    | Serviço | 60 |
| 31 | RADIOGRAFIA DE COXA (FÊMUR) — Exame do fêmur, incluindo quadril e joelho, em incidências anteroposterior e lateral, por lado solicitado. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                           | Serviço | 60 |
| 32 | RADIOGRAFIA DE CRÂNIO — Exame em incidências frontal e lateral, com incidências complementares conforme indicação clínica. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                         | Serviço | 60 |
| 33 | RADIOGRAFIA DE CRÂNIO PA/LATERAL/BRETON/HIRTZ — Exame nas incidências posteroanterior, lateral e projeções especiais de Breton e Hirtz, conforme protocolo técnico. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                | Serviço | 60 |
| 34 | RADIOGRAFIA DE ESTERNO — Exame em incidências lateral e oblíqua/anterior apropriada. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                                                               | Serviço | 60 |
| 35 | RADIOGRAFIA DE ESCÁPULA OU OMBRO FUNCIONAL — Exame da região indicada em incidências anteroposterior, perfil escapular e/ou axilar, com manobras funcionais quando solicitadas e clinicamente possíveis, por lado. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado. | Serviço | 60 |
| 36 | RADIOGRAFIA DE JOELHO AP/LATERAL — Exame em incidências anteroposterior e lateral, por lado solicitado. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                                            | Serviço | 60 |
| 37 | RADIOGRAFIA DE JOELHO OU PATELA AP/LATERAL/AXIAL — Exame em incidências anteroposterior, lateral e axial da patela, por lado solicitado. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                           | Serviço | 60 |



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |         |    |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----|
| 38 | RADIOGRAFIA DE MÃO OU QUIRODÁCTILOS — Exame da mão ou dos dedos indicados em incidências anteroposterior, oblíqua e lateral, por lado solicitado. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                        | Serviço | 60 |
| 39 | RADIOGRAFIA DE MÃO E PUNHO PARA IDADE ÓSSEA — Exame, preferencialmente da mão e do punho esquerdos em incidência posteroanterior, com avaliação e laudo da maturação esquelética por método reconhecido. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado. | Serviço | 60 |
| 40 | RADIOGRAFIA DE MASTOIDES — Exame bilateral e comparativo em incidências específicas, incluindo Schüller e/ou outras previstas no protocolo radiológico. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                  | Serviço | 60 |
| 41 | RADIOGRAFIA DOS OSSOS DA FACE FN/MN/LATERAL/HIRTZ — Exame nas incidências frontonasal, mentonasal, lateral e Hirtz. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                      | Serviço | 60 |
| 42 | RADIOGRAFIA PANORÂMICA DOS MEMBROS INFERIORES — Exame bilateral em ortostase, abrangendo quadris, joelhos e tornozelos, com mensuração de eixos e comprimentos quando aplicável. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                         | Serviço | 60 |
| 43 | RADIOGRAFIA DE PÉ OU PODODÁCTILOS — Exame do pé ou dos dedos indicados em incidências anteroposterior, oblíqua e lateral, com carga quando solicitada, por lado. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                         | Serviço | 60 |
| 44 | RADIOGRAFIA DE PERNA — Exame da tíbia e da fíbula, incluindo joelho e tornozelo, em incidências anteroposterior e lateral, por lado solicitado. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                          | Serviço | 60 |
| 45 | RADIOGRAFIA DE PUNHO — Exame em incidências anteroposterior, lateral e oblíqua, por lado solicitado. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                                     | Serviço | 60 |
| 46 | RADIOGRAFIA DE SACRO E CÓCCIX — Exame em incidências anteroposterior e lateral. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                                                          | Serviço | 60 |
| 47 | RADIOGRAFIA DOS SEIOS DA FACE FN/MN/LATERAL — Exame nas incidências frontonasal, mentonasal e lateral, preferencialmente em ortostase quando possível. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                   | Serviço | 60 |
| 48 | RADIOGRAFIA DOS SEIOS DA FACE FN/MN/LATERAL/HIRTZ — Exame nas incidências frontonasal, mentonasal, lateral e Hirtz, preferencialmente em ortostase quando possível. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                      | Serviço | 60 |
| 49 | RADIOGRAFIA DE SELA TÚRCICA — Exame direcionado em incidências lateral e frontal apropriada. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                                             | Serviço | 60 |
| 50 | RADIOGRAFIA DE TÓRAX PA E PERFIL — Exame em incidências posteroanterior e lateral,                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Serviço | 60 |



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |         |    |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|----|
|    | preferencialmente em ortostase e inspiração adequada. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                                                                                                                            |         |    |
| 51 | RADIOGRAFIA DE TÓRAX PA/LATERAL/OBLÍQUAS — Exame em incidências posteroanterior, lateral e oblíquas, conforme indicação clínica. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                                                 | Serviço | 60 |
| 52 | RADIOGRAFIA DAS ARTICULAÇÕES TEMPOROMANDIBULARES, BILATERAL — Exame comparativo com boca aberta e fechada, em incidências apropriadas. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                                           | Serviço | 60 |
| 53 | RADIOGRAFIA DE JOELHO COM CARGA — Exame em ortostase, em incidência anteroposterior e demais incidências solicitadas, por lado ou bilateral conforme guia. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                       | Serviço | 60 |
| 54 | RADIOGRAFIA DO OSSO TEMPORAL — Exame unilateral ou bilateral em incidências específicas, como Schüller, Stenvers ou Towne, conforme indicação clínica. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                           | Serviço | 60 |
| 55 | RADIOGRAFIA DE MEMBRO(S) INFERIOR(ES) — Exame do segmento anatômico indicado, em no mínimo duas incidências ortogonais, por lado ou bilateral conforme solicitação, não se confundindo com o exame panorâmico. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                   | Serviço | 60 |
| 56 | ULTRASSONOGRAMA TRANSVAGINAL — Avaliação de útero, endométrio, ovários, anexos e fundo de saco pélvico, com medidas e registro de imagens. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                                       | Serviço | 60 |
| 57 | ULTRASSONOGRAMA MAMÁRIA — Avaliação bilateral das mamas, incluindo regiões retroareolares, prolongamentos axilares e áreas de interesse, com classificação e medidas dos achados. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                | Serviço | 60 |
| 58 | ULTRASSONOGRAMA PÉLVICA TRANSABDOMINAL — Avaliação da pelve, incluindo bexiga, útero, endométrio, ovários e anexos quando aplicável, com medidas e registro de imagens. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                          | Serviço | 60 |
| 59 | ULTRASSONOGRAMA DA VULVA — Avaliação direcionada dos tecidos superficiais e estruturas da região vulvar para pesquisa de nódulos, coleções, cistos ou outras alterações, com medidas e registro de imagens. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                      | Serviço | 60 |
| 60 | ULTRASSONOGRAMA OBSTÉTRICA DO 2º TRIMESTRE — Avaliação de vitalidade fetal, apresentação, biometria, anatomia básica, placenta, líquido amniótico, colo uterino quando indicado e estimativa da idade/peso gestacional, com registro de imagens. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado. | Serviço | 60 |
| 61 | ULTRASSONOGRAMA OBSTÉTRICA MORFOLÓGICA DO 1º TRIMESTRE — Exame realizado na idade gestacional apropriada, com avaliação de vitalidade, biometria, anatomia fetal inicial, translucência nucal, osso nasal, placenta e marcadores pertinentes, conforme protocolo. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e                                                       | Serviço | 60 |



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |         |     |
|----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----|
|    | disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |         |     |
| 62 | ULTRASSONOGRRAFIA DA TIREOIDE — Avaliação da glândula tireoide, volume, ecotextura, vascularização quando necessária, nódulos e linfonodos cervicais relacionados, com medidas e classificação dos achados. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.         | Serviço | 60  |
| 63 | ULTRASSONOGRRAFIA DOPPLER DE CARÓTIDAS E VERTEBRAIS — Exame bilateral com Doppler colorido e espectral para avaliação anatômica e hemodinâmica, incluindo placas, velocidades e estimativa de estenoses. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.            | Serviço | 60  |
| 64 | ULTRASSONOGRRAFIA PARA PESQUISA DE HÉRNIAS — Avaliação dinâmica da região anatômica indicada, em repouso e com manobra de Valsalva quando possível, para identificação de defeito, conteúdo e redutibilidade. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.       | Serviço | 60  |
| 65 | ULTRASSONOGRRAFIA DA REGIÃO CERVICAL — Avaliação de partes moles, cadeias linfonodais, glândulas salivares e estruturas superficiais da região indicada, com medidas e registro dos achados. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                        | Serviço | 60  |
| 66 | ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES — Avaliação direcionada da região indicada para análise de pele, tecido subcutâneo, músculos, tendões, nódulos, coleções ou outras alterações, com medidas e registro de imagens. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado. | Serviço | 60  |
| 67 | ULTRASSONOGRRAFIA DA PRÓSTATA — Avaliação preferencialmente por via abdominal, salvo indicação diversa, incluindo dimensões e volume prostático, bexiga e resíduo pós-miccional quando solicitado. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.                  | Serviço | 60  |
| 68 | ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN TOTAL — Avaliação de fígado, vesícula e vias biliares, pâncreas, baço, rins, grandes vasos abdominais e bexiga, conforme condições técnicas, com medidas e registro de imagens. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.        | Serviço | 60  |
| 69 | ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDÔMEN SUPERIOR — Avaliação de fígado, vesícula e vias biliares, pâncreas, baço e grandes vasos do abdômen superior, conforme condições técnicas, com medidas e registro de imagens. Inclui preparo e posicionamento do paciente, equipamentos e insumos necessários, aquisição e disponibilização das imagens e emissão de laudo por médico habilitado.          | Serviço | 60  |
| 70 | MAMOGRAFIA BILATERAL — Exame das duas mamas nas incidências craniocaudal e médio-lateral oblíqua, com incidências complementares quando tecnicamente necessárias, controle de qualidade, disponibilização das imagens e laudo médico com classificação padronizada dos achados.                                                                                                         | Serviço | 864 |
| 71 | ELETRORENCEFALOGRAFIA — Registro digital da atividade elétrica cerebral em repouso, com montagem padronizada e manobras de ativação, como hiperventilação e fotoestimulação, quando não contraindicadas, incluindo eletrodos, insumos, análise e laudo por médico habilitado.                                                                                                           | Serviço | 180 |
| 72 | MONITORIZAÇÃO AMBULATORIAL DA PRESSÃO ARTERIAL (MAPA) — Monitorização por                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Serviço | 180 |



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |         |      |
|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|
|    | período mínimo de 24 horas, incluindo instalação e retirada do equipamento, manguito adequado, orientações ao paciente, registro das medidas, análise dos períodos de vigília e sono e emissão de laudo médico.                                                                                                                                                                                                                  |         |      |
| 73 | HOLTER DE 24 HORAS — Monitorização eletrocardiográfica ambulatorial contínua por período mínimo de 24 horas, em múltiplos canais, incluindo instalação e retirada do gravador, eletrodos e insumos, análise de ritmo, frequência, pausas e eventos e emissão de laudo médico.                                                                                                                                                    | Serviço | 180  |
| 74 | ELETROCARDIOGRAMA DE REPOUSO — Registro eletrocardiográfico convencional de 12 derivações, incluindo preparo do paciente, eletrodos e demais insumos, traçado identificável e emissão de laudo por médico habilitado.                                                                                                                                                                                                            | Serviço | 60   |
| 75 | ÁCIDO FÓLICO (FOLATO) — Dosagem quantitativa em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                                                                                     | Serviço | 100  |
| 76 | ÁCIDO ÚRICO — Dosagem quantitativa em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                                                                                               | Serviço | 300  |
| 77 | BETA-hCG — Dosagem quantitativa da fração beta da gonadotrofina coriônica humana em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                                                 | Serviço | 100  |
| 78 | CHIKUNGUNYA, ANTICORPOS IgG E IgM — Pesquisa conjunta de anticorpos IgG e IgM em amostra de soro ou plasma por metodologia validada, com resultados individualizados. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                   | Serviço | 125  |
| 79 | CITOMEGALOVÍRUS, ANTICORPOS IgM — Pesquisa/dosagem de anticorpos IgM em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                                                             | Serviço | 1200 |
| 80 | CITOMEGALOVÍRUS, ANTICORPOS IgG — Pesquisa/dosagem de anticorpos IgG em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                                                             | Serviço | 1200 |
| 81 | COAGULOGRAMA — Avaliação da coagulação em plasma citratado, contendo, no mínimo, tempo de protrombina com INR e tempo de tromboplastina parcial ativada, além de outros parâmetros previstos no protocolo laboratorial. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado. | Serviço | 500  |
| 82 | COLESTEROL HDL (HDL-C) — Dosagem quantitativa em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                                                                                    | Serviço | 2000 |
| 83 | COLESTEROL LDL (LDL-C) — Dosagem direta ou cálculo por fórmula validada, conforme condições da amostra, em soro ou plasma. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                                                              | Serviço | 2000 |
| 84 | COLESTEROL TOTAL — Dosagem quantitativa em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da                                                                                                                                                                                                                                                               | Serviço | 2000 |



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |         |      |
|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|
|    | amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                                                                                                                                                                                                                                  |         |      |
| 85 | COLESTEROL VLDL (VLDL-C) — Dosagem ou cálculo por fórmula validada, conforme condições da amostra, em soro ou plasma. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                                        | Serviço | 2000 |
| 86 | TESTE DE ANTIGLOBULINA DIRETO (COOMBS DIRETO) — Pesquisa de imunoglobulinas e/ou complemento aderidos às hemácias em amostra de sangue, por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                            | Serviço | 300  |
| 87 | TESTE DE ANTIGLOBULINA INDIRETO (COOMBS INDIRETO) — Pesquisa de anticorpos irregulares livres em amostra de soro ou plasma, por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                        | Serviço | 300  |
| 88 | CREATINA — Dosagem quantitativa de creatina em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                                                           | Serviço | 500  |
| 89 | CREATININA SÉRICA — Dosagem quantitativa em amostra de soro ou plasma por metodologia validada, com estimativa da taxa de filtração glomerular quando aplicável e houver dados necessários. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.  | Serviço | 200  |
| 90 | CREATININA URINÁRIA EM AMOSTRA ISOLADA — Dosagem quantitativa em amostra única de urina, devidamente identificada e acondicionada, por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                 | Serviço | 200  |
| 91 | DENGUE, ANTÍGENO NS1 — Pesquisa do antígeno NS1 do vírus da dengue em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                                    | Serviço | 300  |
| 92 | DENGUE, ANTICORPOS IgG — Pesquisa/dosagem de anticorpos IgG em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                                           | Serviço | 50   |
| 93 | DENGUE, ANTICORPOS IgM — Pesquisa/dosagem de anticorpos IgM em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                                           | Serviço | 50   |
| 94 | EXAME DE URINA TIPO I (EAS) — Análise física, química e microscópica do sedimento de amostra de urina, incluindo, no mínimo, aspecto, densidade, pH, pesquisa química e elementos figurados. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado. | Serviço | 300  |
| 95 | FERRITINA — Dosagem quantitativa em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e                                                                                                                                         | Serviço | 300  |



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |         |      |
|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|
|     | laudo por profissional habilitado.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |      |
| 96  | FERRO SÉRICO — Dosagem quantitativa em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                                                                                            | Serviço | 300  |
| 97  | GLICEMIA DE JEJUM — Dosagem quantitativa de glicose em amostra de soro ou plasma, após preparo/jejum conforme orientação clínica, por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                           | Serviço | 300  |
| 98  | HEMOGLOBINA GLICADA (HbA1c) — Dosagem quantitativa em sangue total por método rastreável e validado, com resultado percentual e, quando aplicável, glicemia média estimada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                           | Serviço | 100  |
| 99  | HEMOGRAMA COMPLETO — Análise automatizada e revisão quando indicada de série vermelha, série branca com diferencial leucocitário, plaquetas e respectivos índices hematimétricos, em sangue total com anticoagulante. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado. | Serviço | 2400 |
| 100 | EXAME PARASITOLÓGICO DE FEZES — 1ª AMOSTRA — Pesquisa de ovos, cistos, larvas e outros parasitos em primeira amostra de fezes, por técnica(s) validada(s). Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                            | Serviço | 100  |
| 101 | EXAME PARASITOLÓGICO DE FEZES — 2ª AMOSTRA — Pesquisa de ovos, cistos, larvas e outros parasitos em segunda amostra de fezes, coletada em data distinta conforme orientação, por técnica(s) validada(s). Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.              | Serviço | 100  |
| 102 | PROTEÍNA C-REATIVA ULTRASENSÍVEL (PCR-us) — Dosagem quantitativa em amostra de soro ou plasma por método de alta sensibilidade validado. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                                              | Serviço | 200  |
| 103 | POTÁSSIO — Dosagem quantitativa em amostra de soro ou plasma, com controle de interferências pré-analíticas, por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                                                | Serviço | 100  |
| 104 | PSA LIVRE — Dosagem quantitativa da fração livre do antígeno prostático específico em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                                             | Serviço | 500  |
| 105 | PSA TOTAL E LIVRE — Dosagem quantitativa das frações total e livre do antígeno prostático específico, com cálculo da relação percentual livre/total, em amostra de soro ou plasma. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                    | Serviço | 500  |
| 106 | PSA TOTAL (ANTÍGENO PROSTÁTICO ESPECÍFICO) — Dosagem quantitativa em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de                                                                                                                                                                     | Serviço | 200  |



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |         |      |
|-----|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|------|
|     | qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                                                                                                                                                                                                                                                     |         |      |
| 107 | RUBÉOLA, ANTICORPOS IgG — Pesquisa/dosagem de anticorpos IgG em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                               | Serviço | 1200 |
| 108 | RUBÉOLA, ANTICORPOS IgM — Pesquisa/dosagem de anticorpos IgM em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                               | Serviço | 1200 |
| 109 | SÓDIO — Dosagem quantitativa em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                               | Serviço | 100  |
| 110 | TRIIODOTIRONINA TOTAL (T3) — Dosagem quantitativa em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                          | Serviço | 100  |
| 111 | TIROXINA TOTAL (T4) — Dosagem quantitativa em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                 | Serviço | 100  |
| 112 | TIROXINA LIVRE (T4 LIVRE) — Dosagem quantitativa da fração livre em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                           | Serviço | 100  |
| 113 | ASPARTATO AMINOTRANSFERASE (AST/TGO) — Dosagem da atividade enzimática em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                     | Serviço | 300  |
| 114 | ALANINA AMINOTRANSFERASE (ALT/TGP) — Dosagem da atividade enzimática em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                       | Serviço | 300  |
| 115 | TOXOPLASMOSE, ANTICORPOS IgG — Pesquisa/dosagem de anticorpos IgG contra Toxoplasma gondii em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado. | Serviço | 1200 |
| 116 | TOXOPLASMOSE, ANTICORPOS IgM — Pesquisa/dosagem de anticorpos IgM contra Toxoplasma gondii em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado. | Serviço | 1200 |
| 117 | TSH ULTRASSENSÍVEL — Dosagem quantitativa do hormônio tireoestimulante em amostra de soro ou plasma por método ultrassensível validado. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.           | Serviço | 100  |



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

|     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |         |     |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----|
| 118 | UREIA — Dosagem quantitativa em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                                                | Serviço | 300 |
| 119 | VDRL — Teste não treponêmico para triagem de sífilis em amostra de soro ou plasma, com titulação obrigatória quando reagente e registro do título. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado. | Serviço | 200 |
| 120 | VELOCIDADE DE HEMOSSEDIMENTAÇÃO (VHS) — Determinação em sangue total anticoagulado por metodologia validada, com resultado em milímetros por hora. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado. | Serviço | 200 |
| 121 | 25-HIDROXIVITAMINA D [25(OH)D] — Dosagem quantitativa em amostra de soro ou plasma por metodologia validada. Inclui coleta quando aplicável, identificação e acondicionamento da amostra, materiais e reagentes, processamento com controle de qualidade, liberação do resultado e laudo por profissional habilitado.                                       | Serviço | 200 |

**VIGÊNCIA:** 12 (doze) meses

**PODERÁ HAVER PRORROGAÇÃO?** Prorrogado sucessivamente, enquanto vigente o edital de chamamento público e persistir o interesse público, nos termos do art. 107, § 4º, da Lei nº 14.133/2021.

**HÁ TRANSIÇÃO COM CONTRATO ANTERIOR?** Não

**HÁ CRITÉRIOS DE SUSTENTABILIDADE?** Não

**HÁ NECESSIDADE DE TREINAMENTO?** Não

**HÁ RESTRIÇÃO DE FORNECEDORES?** Não

**JUSTIFICATIVA TÉCNICA E ECONÔMICA PARA A ESCOLHA DA MELHOR SOLUÇÃO:**

O levantamento de mercado demonstra a existência de prestadores de serviços aptos a atender à demanda, tanto no âmbito local quanto regional, evidenciando a viabilidade da contratação por meio de credenciamento. Observa-se que os serviços pretendidos são amplamente ofertados por clínicas e empresas especializadas, com padrões técnicos definidos e reconhecidos.

A análise indica ainda que a utilização de tabelas de referência, associada a pesquisa de mercado, permite a definição de valores compatíveis com a realidade regional, garantindo equilíbrio econômico e viabilidade da contratação.

A escolha da solução adotada fundamenta-se na análise das alternativas disponíveis para atendimento da demanda por exames diagnósticos no âmbito da rede municipal de saúde, considerando aspectos técnicos e econômicos.

Sob o ponto de vista técnico, a ampliação da capacidade própria do Município, por meio da aquisição de equipamentos e estruturação de serviços especializados, apresenta elevada complexidade, exigindo investimentos significativos, manutenção contínua, disponibilidade de profissionais especializados e prazo considerável para implementação. Tal alternativa não se mostra adequada para atendimento imediato da demanda existente, especialmente diante da necessidade de continuidade dos serviços e da redução da demanda reprimida.

A contratação de prestadores especializados demonstra-se tecnicamente viável, considerando a existência de empresas aptas à execução dos serviços, com infraestrutura adequada e profissionais habilitados, assegurando



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

---

a realização dos exames conforme os padrões técnicos e sanitários exigidos.

Quanto ao modelo de contratação, o credenciamento apresenta-se como a solução mais adequada, por permitir a participação de múltiplos prestadores, ampliando a capacidade de atendimento e reduzindo riscos de descontinuidade. Esse modelo também proporciona maior flexibilidade operacional, ajustando a execução dos serviços à demanda efetiva da Administração.

Sob o aspecto econômico, a solução adotada evita os elevados custos iniciais de implantação de estrutura própria, bem como despesas contínuas com manutenção, atualização tecnológica e gestão de pessoal. A remuneração vinculada à efetiva realização dos exames contribui para maior controle dos gastos públicos, assegurando pagamento conforme a produção realizada.

Adicionalmente, o credenciamento de múltiplos prestadores favorece a manutenção de preços compatíveis com o mercado e promove maior eficiência na aplicação dos recursos públicos.

Diante do exposto, conclui-se que a contratação por meio de credenciamento configura-se como a solução técnica e economicamente mais adequada, garantindo eficiência, economicidade, continuidade e qualidade na prestação dos serviços.

**PADRÃO MÍNIMO DE QUALIDADE:**

Os serviços deverão atender às normas técnicas, sanitárias e regulatórias aplicáveis, garantindo segurança, precisão diagnóstica e confiabilidade dos resultados.

Os prestadores deverão dispor de infraestrutura adequada, equipamentos em perfeito estado de funcionamento e manutenção regular, bem como profissionais habilitados e registrados, responsáveis pela execução dos exames e emissão de laudos claros, precisos e dentro de prazos compatíveis com a necessidade assistencial.

Deverá ser assegurado o cumprimento de protocolos clínicos, boas práticas na realização dos procedimentos, correta identificação dos pacientes, rastreabilidade das informações e sigilo dos dados. Os laudos deverão conter informações completas para adequada interpretação clínica e ser disponibilizados em tempo oportuno.

Os prestadores deverão observar as normas sanitárias vigentes, incluindo controle de infecção e descarte adequado de resíduos. A Administração adotará mecanismos de controle e avaliação da qualidade dos serviços, podendo aplicar medidas administrativas, inclusive suspensão ou descredenciamento, em caso de descumprimento dos padrões estabelecidos.

**SOLUÇÃO DEFINIDA:** Credenciamento de pessoas jurídicas para prestação de serviços complementares de assistência à saúde, compreendendo consultas médicas especializadas, exames laboratoriais, exames de diagnóstico por imagem, exames cardiológicos e demais procedimentos diagnósticos relacionados, destinados ao atendimento dos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS do município de Baião/PA, conforme demanda do Fundo Municipal de Saúde.

**A SOLUÇÃO SERÁ DIVIDIDA EM ITENS:**

A solução será estruturada de forma a permitir o parcelamento do objeto, com divisão em itens correspondentes aos diferentes tipos de exames a serem contratados, considerando a natureza heterogênea dos serviços e a diversidade de procedimentos envolvidos.

A adoção do parcelamento justifica-se pela necessidade de ampliar a competitividade e possibilitar a participação de um maior número de prestadores, tendo em vista que nem todos os interessados dispõem de capacidade técnica e operacional para executar a totalidade dos exames previstos.

Dessa forma, o parcelamento do objeto mostra-se tecnicamente adequado e economicamente vantajoso, promovendo maior acesso ao mercado, eficiência na execução e atendimento mais abrangente das demandas da Administração.



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

---

**PESQUISA DE PREÇOS:**

A pesquisa será realizada com base nos parâmetros do art. 23, §1º, da Lei nº 14.133/2021, regulamentado pelo decreto municipal 090/2023-GP

**ALINHAMENTO ESTRATÉGICO**

Está alinhada aos seguintes instrumentos: Plano Municipal de Saúde 2026; Plano Plurianual 2026 e Art. 16, decreto municipal 090/2023-GP: Garante a elaboração de ETP com parâmetros mínimos.

**BENEFÍCIOS PRETENDIDOS NA CONTRATAÇÃO:**

Com a implementação da solução, espera-se a ampliação da oferta de exames diagnósticos, a redução das filas de espera, a melhoria da qualidade do atendimento e maior agilidade na definição de diagnósticos clínicos. Espera-se ainda o fortalecimento da rede municipal de saúde, a diminuição de deslocamentos de pacientes e a otimização dos recursos públicos, com maior controle sobre a execução dos serviços.

**PREVISÃO DE IMPACTO AMBIENTAL NA CONTRATAÇÃO:** Não há

A contratação envolve riscos relacionados à descontinuidade dos serviços, à qualidade dos exames realizados, à variação da demanda e à regularidade do faturamento, considerando a natureza dos serviços de saúde e a participação de múltiplos prestadores.

Tais riscos são mitigados pela adoção do credenciamento, que amplia a oferta e reduz a dependência de um único fornecedor, bem como pela definição de padrões mínimos de qualidade, exigência de habilitação técnica, fiscalização da execução e implementação de controles administrativos.

A variação da demanda é controlada por meio de pagamento vinculado à produção, enquanto eventuais inconsistências são mitigadas mediante validação dos serviços realizados e acompanhamento pela Administração.

Dessa forma, os riscos identificados são considerados administráveis e não comprometem a viabilidade da contratação, desde que observadas as medidas de controle estabelecidas. A contratação possui viabilidade técnica, socioeconômica e ambiental.

**POSICIONAMENTO CONCLUSIVO**

Os serviços aqui pretendidos são **viáveis técnica e economicamente**, atendendo à necessidade da rede de saúde de Baião/PA. A solução via credenciamento pessoa jurídica garante competitividade e conformidade com a Lei nº 14.133/2021. Os riscos identificados são gerenciáveis com as medidas propostas, e os benefícios (ampliação de serviços, redução de custos) justificam a contratação.

Baião/PA, 02 de julho de 2026.

---

**Laura Samille Lopes de Meneses**  
Secretária Municipal de Saúde  
Portaria 030/2025-GP



**ESTADO DO PARÁ  
PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO  
COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

---

**ANEXO III  
TERMO DE REFERÊNCIA**

**DEMANDANTE: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE BAIÃO.**

**1. OBJETO E CONDIÇÕES GERAIS DA CONTRATAÇÃO**

1.1. A presente contratação tem por objeto o **Credenciamento de empresas pessoa jurídica para prestação de serviços complementares de assistência à saúde, compreendendo consultas médicas especializadas, exames laboratoriais, exames de diagnóstico por imagem, exames cardiológicos e demais procedimentos diagnósticos relacionados, destinados ao atendimento dos usuários do Sistema Único de Saúde – SUS do município de Baião/PA conforme demanda do Fundo Municipal de Saúde**, conforme condições, quantidades e exigências estabelecidas neste Termo de Referência.

1.2. Os serviços compreendem a execução de exames conforme solicitação da rede municipal, incluindo a disponibilização de estrutura física adequada, equipamentos, insumos e profissionais habilitados, bem como a entrega dos respectivos laudos dentro dos prazos estabelecidos, garantindo suporte à assistência diagnóstica e terapêutica dos usuários do sistema público de saúde.

1.3. A contratação será realizada por meio de credenciamento, permitindo a participação de múltiplos prestadores que atendam aos requisitos estabelecidos, visando ampliar a capacidade de atendimento, reduzir a demanda reprimida e assegurar a continuidade dos serviços de saúde.

**2. FUNDAMENTAÇÃO E DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO**

2.1. A fundamentação da contratação, de seus quantitativos e a descrição da necessidade/justificativa, encontram-se pormenorizadas em tópicos específicos do ETP - (Estudos Técnico Preliminar), apêndice deste Termo de Referência.

2.2. Ressalta-se que a necessidade ora apresentada decorre do agravamento da demanda por exames diagnósticos no âmbito da rede municipal de saúde, bem como da limitação da capacidade instalada para atendimento, circunstâncias que se intensificaram no decorrer do exercício e não puderam ser integralmente previstas à época da elaboração do Plano anual de Contratação.

2.3. As condições, requisitos e regras que regem a presente contratação subordinam-se à Lei Federal nº 14.133/2021, Decreto Municipal nº 090/2023 e demais legislações correlatas.



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

---

### **3. DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO CONSIDERANDO O CICLO DE VIDA DO OBJETO**

3.1. A solução consiste na contratação de prestadores especializados por meio de credenciamento para a realização de exames diagnósticos por imagem e exames gráficos com emissão de laudos médicos, contemplando todas as etapas necessárias ao adequado atendimento da demanda da rede pública municipal de saúde.

3.2. O ciclo de vida do objeto inicia-se com o credenciamento dos prestadores que atendam aos requisitos técnicos, legais e operacionais definidos, garantindo a habilitação de empresas aptas à execução dos serviços. Após o credenciamento, os serviços serão demandados conforme a necessidade da Administração, mediante encaminhamento dos usuários, observando a capacidade operacional dos prestadores e a organização da rede de saúde.

3.3. A execução compreende o agendamento (de emergência imediato de rotina em até 48 horas), a realização dos exames, o processamento dos resultados e a emissão dos laudos por profissionais habilitados, assegurando qualidade, precisão diagnóstica e cumprimento de prazos compatíveis com a necessidade assistencial (de emergência até 3 horas, rotina até 72 horas). Inclui ainda a disponibilização de estrutura física, equipamentos adequados, insumos e recursos humanos necessários à plena execução dos serviços.

3.4. A etapa de gestão e fiscalização envolve o acompanhamento contínuo da execução contratual, verificação da conformidade dos serviços prestados, controle da produção realizada e avaliação da qualidade dos exames e laudos emitidos, possibilitando a adoção de medidas corretivas quando necessário.

3.5. O ciclo se encerra com o atesto da execução dos serviços, a regular liquidação da despesa e o pagamento conforme a produção efetivamente realizada, garantindo o controle dos gastos públicos e a adequada aplicação dos recursos.

3.6. A solução contempla ainda a possibilidade de entrada contínua de novos prestadores durante a vigência do credenciamento, assegurando a atualização da rede credenciada, maior competitividade e ampliação da capacidade de atendimento ao longo de todo o período contratual.

### **4. REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO**

4.1. A contratação deverá observar requisitos que assegurem a adequada prestação dos serviços, contemplando aspectos técnicos, operacionais, legais e sanitários, de forma a garantir a qualidade, segurança e continuidade do atendimento à população.

4.2. Os prestadores deverão comprovar habilitação jurídica, regularidade fiscal e trabalhista, qualificação técnica e capacidade operacional compatível com o objeto, bem como manter todas as condições de habilitação durante a vigência do credenciamento. Deverão possuir infraestrutura física adequada, equipamentos



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

---

compatíveis com os serviços ofertados, devidamente instalados, calibrados e em perfeito funcionamento, além de assegurar manutenção preventiva e corretiva.

4.3. Os serviços deverão ser executados por profissionais devidamente habilitados e registrados nos respectivos conselhos de classe, sendo obrigatória a indicação de responsável técnico. Os prestadores deverão garantir a realização dos exames conforme protocolos técnicos e normas sanitárias vigentes, assegurando a qualidade dos procedimentos e a confiabilidade dos resultados.

4.4. Deverá ser assegurada a capacidade de atendimento conforme a demanda da Administração, incluindo disponibilidade para agendamento (de emergência imediato de rotina em até 48 horas), realização dos exames em tempo oportuno de até 48 horas e entrega dos laudos dentro de prazos compatíveis com a necessidade assistencial (de emergência até 3 horas, rotina até 72 horas). Os laudos deverão ser completos, legíveis e assinados por profissional habilitado.

4.5. Os prestadores deverão observar integralmente as normas de biossegurança, controle de infecção, proteção radiológica quando aplicável, sigilo das informações dos pacientes e legislação relacionada à proteção de dados pessoais. Também deverão garantir adequada identificação dos usuários e rastreabilidade dos exames realizados.

4.6. A execução dos serviços deverá ocorrer conforme as diretrizes da rede municipal de saúde, mediante encaminhamento dos usuários, sendo vedada a cobrança de quaisquer valores adicionais dos pacientes.

4.7. Deverá ser assegurada a disponibilidade contínua dos serviços durante a vigência do credenciamento, bem como a possibilidade de fiscalização pela Administração, com acesso às instalações, documentos e informações necessárias ao acompanhamento da execução contratual.

4.8. O modelo de contratação por credenciamento deverá permitir a participação contínua de novos interessados que atendam aos requisitos estabelecidos, assegurando ampliação da rede credenciada e maior capacidade de atendimento ao longo da vigência do instrumento.

4.9. A vigência da contratação será de 12 (doze) meses, podendo ser prorrogada conforme o art. 107 da Lei nº 14.133/2021, desde que haja interesse público e disponibilidade orçamentária.

## **5. MODELO DE EXECUÇÃO DO OBJETO**

5.1. A execução ocorrerá por meio de credenciamento de prestadores, acionados conforme a demanda da rede municipal mediante encaminhamento dos usuários.

5.2. Os serviços serão realizados nas dependências dos credenciados, que deverão garantir infraestrutura adequada, equipe habilitada e cumprimento dos padrões técnicos exigidos.

5.3. O fluxo compreende solicitação médica, agendamento (de emergência imediato



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

---

de rotina em até 48 horas), realização do exame e emissão de laudo em prazo compatível com a necessidade assistencial (de emergência até 3 horas , rotina até 72 horas).

5.4. A Administração realizará o acompanhamento e fiscalização dos serviços, e o pagamento será efetuado conforme a produção efetivamente realizada e atestada.

5.5. O modelo permite a atuação de múltiplos prestadores, assegurando maior capacidade de atendimento e continuidade dos serviços.

## **6. MODELO DE GESTÃO DO CONTRATO**

6.1. O contrato deverá ser executado fielmente pelas partes, de acordo com as cláusulas avençadas e as normas da Lei nº 14.133, de 2021, e cada parte responderá pelas consequências de sua inexecução total ou parcial.

6.2. Em caso de impedimento, ordem de paralisação ou suspensão do contrato, o cronograma de execução será prorrogado automaticamente pelo tempo correspondente, anotadas tais circunstâncias mediante simples apostila.

6.3. As comunicações entre o órgão ou entidade e a contratada devem ser realizadas por escrito sempre que o ato exigir tal formalidade, admitindo-se o uso de mensagem eletrônica para esse fim.

6.4. O órgão ou entidade poderá convocar o contratado para adoção de providências que devam ser cumpridas de imediato.

6.5. Após a assinatura do contrato ou instrumento equivalente, a Secretaria Municipal de Saúde poderá convocar o contratado para reunião inicial para apresentação do plano de fiscalização, que conterá informações acerca das obrigações contratuais, dos mecanismos de fiscalização, das estratégias para execução do objeto, do plano complementar de execução da contratada, quando houver, do método de aferição dos resultados e das sanções aplicáveis, dentre outros.

6.6. Sem prejuízo das disposições contidas neste Termo de Referência, as regras relativas às obrigações entre Contratante e Contratado estarão detalhadas na Minuta do Instrumento Contratual correspondente, componente dos anexos do Edital da Licitação.

## **7. FISCALIZAÇÃO**

7.1. A execução do contrato deverá ser acompanhada e fiscalizada pelos servidores definidos no DFD (documento de formalização de demanda), em seu item 8, ou pelos respectivos substitutos.

### **Fiscalização Técnica**

7.1.1. O fiscal técnico do contrato acompanhará a execução do contrato, para



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

---

que sejam cumpridas todas as condições estabelecidas no contrato, de modo a assegurar os melhores resultados para a Administração.

7.1.2. O fiscal técnico do contrato anotar no histórico de gerenciamento do contrato todas as ocorrências relacionadas à execução do contrato, com a descrição do que for necessário para a regularização das faltas ou dos defeitos observados.

7.1.3. Identificada qualquer inexatidão ou irregularidade, o fiscal técnico do contrato emitirá notificações para a correção da execução do contrato, determinando prazo para a correção.

7.1.4. O fiscal técnico do contrato informará ao gestor do contrato, em tempo hábil, a situação que demandar decisão ou adoção de medidas que ultrapassem sua competência, para que adote as medidas necessárias e saneadoras, se for o caso.

7.1.5. No caso de ocorrências que possam inviabilizar a execução do contrato nas datas aprazadas, o fiscal técnico do contrato comunicará o fato imediatamente ao gestor do contrato.

7.1.6. O fiscal técnico do contrato comunicará ao gestor do contrato, em tempo hábil, o término do contrato sob sua responsabilidade, com vistas à renovação tempestiva ou à prorrogação contratual.

### **Fiscalização Administrativa**

7.1.7. O fiscal administrativo do contrato verificará a manutenção das condições de habilitação da contratada, acompanhará o empenho, o pagamento, as garantias, as glosas e a formalização de apostilamento e termos aditivos, solicitando quaisquer documentos comprobatórios pertinentes, caso necessário.

7.1.8. Caso ocorra descumprimento das obrigações contratuais, o fiscal administrativo do contrato atuará tempestivamente na solução do problema, reportando ao gestor do contrato para que tome as providências cabíveis, quando ultrapassar a sua competência.

## **8. Gestor do Contrato**

8.1.1. Gestor do contrato coordenará a atualização do processo de acompanhamento e fiscalização do contrato contendo todos os registros formais da execução no histórico de gerenciamento do contrato, a exemplo da ordem de fornecimento, do registro de ocorrências, das alterações e das prorrogações contratuais, elaborando relatório com vistas à verificação da necessidade de adequações do contrato para fins de atendimento da finalidade da administração.

8.1.2. O gestor do contrato acompanhará os registros realizados pelos fiscais do contrato, de todas as ocorrências relacionadas à execução do contrato e as medidas adotadas, informando, se for o caso, à autoridade superior àquelas que ultrapassarem a sua competência.



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

---

8.1.3. O gestor do contrato acompanhará a manutenção das condições de habilitação da contratada, para fins de empenho de despesa e pagamento, e anotará os problemas que obstem o fluxo normal da liquidação e do pagamento da despesa no relatório de riscos eventuais.

8.1.4. O gestor do contrato emitirá documento comprobatório da avaliação realizada pelos fiscais técnico, administrativo e setorial quanto ao cumprimento de obrigações assumidas pelo contratado, com menção ao seu desempenho na execução contratual, baseado nos indicadores objetivamente definidos e aferidos, e a eventuais penalidades aplicadas, devendo constar do cadastro de atesto de cumprimento de obrigações.

8.1.5. O gestor do contrato tomará providências para a formalização de processo administrativo de responsabilização para fins de aplicação de sanções, a ser conduzido pela comissão de que trata o art. 158 da Lei nº 14.133, de 2021, ou pelo agente ou pelo setor com competência para tal, conforme o caso.

8.1.6. O gestor do contrato deverá elaborar relatório final com informações sobre a consecução dos objetivos que tenham justificado a contratação e eventuais condutas a serem adotadas para o aprimoramento das atividades da Administração.

8.1.7. O gestor do contrato deverá enviar a documentação pertinente ao setor de contratos para a formalização dos procedimentos de liquidação e pagamento, no valor dimensionado pela fiscalização e gestão nos termos do contrato.

## **9. CRITÉRIOS DE PAGAMENTO**

9.1. O pagamento será efetuado mensalmente, mediante apresentação de relatório de exames realizados, devidamente atestado pela chefia imediata.

9.2. Serão pagos apenas os exames efetivamente cumpridos, com base nos valores fixados neste Termo de Referência.

9.3. O pagamento será realizado via ordem bancária, em conta de titularidade do profissional credenciado.

### **Liquidação**

9.4. Recebida a Nota Fiscal ou documento de cobrança equivalente, correrá o prazo de trinta dias úteis para fins de liquidação.

9.5. Para fins de liquidação, o setor competente deverá verificar se a nota fiscal ou instrumento de cobrança equivalente apresentado expressa os elementos necessários e essenciais do documento, tais como:

9.5.1. o prazo de validade;

9.5.2. a data da emissão;



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

---

9.5.3. os dados do contrato e do órgão contratante;

9.5.4. o período respectivo de execução do contrato;

9.5.5. o valor a pagar;

9.5.6. eventual destaque do valor de retenções tributárias cabíveis.

9.6. Havendo erro na apresentação da nota fiscal ou instrumento de cobrança equivalente, ou circunstância que impeça a liquidação da despesa, esta ficará sobrestada até que o contratado providencie as medidas saneadoras, reiniciando-se o prazo após a comprovação da regularização da situação, sem ônus ao contratante;

9.7. Constatando irregularidade do contratado, será providenciada sua notificação, por escrito, para que, no prazo de 5 (cinco) dias úteis, regularize sua situação ou, no mesmo prazo, apresente sua defesa. O prazo poderá ser prorrogado uma vez, por igual período, a critério do contratante.

9.8. Não havendo regularização ou sendo a defesa considerada improcedente, o contratante deverá comunicar aos órgãos responsáveis pela fiscalização da regularidade fiscal quanto à inadimplência do contratado, bem como quanto à existência de pagamento a ser efetuado, para que sejam acionados os meios pertinentes e necessários para garantir o recebimento de seus créditos.

9.9. Persistindo a irregularidade, o contratante deverá adotar as medidas necessárias à rescisão contratual nos autos do processo administrativo correspondente, assegurada ao contratado a ampla defesa.

### **Prazo e Forma de Pagamento**

9.10. O pagamento será efetuado no prazo de até 30 (trinta) dias úteis contados da finalização da liquidação da despesa.

9.11. O pagamento será realizado por meio de ordem bancária, para crédito em banco, agência e conta corrente indicados pelo contratado.

9.12. Será considerada data do pagamento o dia em que constar como emitida a ordem bancária para pagamento.

9.13. Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável.

9.14. Independentemente do percentual de tributo inserido na planilha, quando houver, serão retidos na fonte, quando da realização do pagamento, os percentuais estabelecidos na legislação vigente.

9.15. O contratado regularmente optante pelo Simples Nacional, nos termos da Lei Complementar nº 123, de 2006, não sofrerá a retenção tributária quanto aos impostos e contribuições abrangidos por aquele regime. No entanto, o pagamento ficará condicionado à apresentação de comprovação, por meio de documento oficial, de que faz jus ao tratamento tributário favorecido previsto na referida Lei Complementar.



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

---

## **10. FORMA E CRITÉRIOS DE SELEÇÃO DO FORNECEDOR E CONDIÇÕES DE HABILITAÇÃO E ACEITAÇÃO DAS PROPOSTAS**

### **Critérios de seleção:**

10.1. O credenciamento será aberto a todos os interessados que atendam integralmente aos requisitos estabelecidos no edital, nos termos do art. 79 da Lei nº 14.133/2021

10.2. Não haverá limitação de número de credenciados. O ingresso será contínuo, enquanto vigente o edital, observadas as condições de habilitação jurídica, fiscal e técnica.

10.3. A seleção obedecerá aos princípios da isonomia, impessoalidade e publicidade.

10.4. O edital será disponibilizado no site da Prefeitura Municipal e no Mural de Licitações do TCM/PA e permitirá credenciamento durante todo o prazo de vigência do edital.

10.5. A convocação para assinatura de contrato observará a ordem cronológica de credenciamento e a necessidade do Município.

10.6. Havendo mais de um licitante credenciado para o primeiro momento, os serviços serão distribuídos por ordem de preferência respeitando a ordem de credenciamento.

10.7. O credenciamento ocorrerá em data designada por Comissão de Contratação e após poderá permanecer disponível para novos interessados.

### **Critérios de habilitação pessoa jurídica**

#### **Habilitação jurídica.**

10.8. Empresário individual: inscrição no Registro Público de Empresas Mercantis, a cargo da Junta Comercial da respectiva sede;

10.9. Microempreendedor Individual - MEI: Certificado da Condição de Microempreendedor Individual - CCMEI, cuja aceitação ficará condicionada à verificação da autenticidade no sítio <https://www.gov.br/empresas-e-negocios/pt-br/empreendedor>.

10.10. Sociedade empresária, sociedade limitada unipessoal – SLU ou sociedade identificada como empresa individual de responsabilidade limitada - EIRELI: inscrição do ato constitutivo, estatuto ou contrato social no Registro Público de Empresas Mercantis, a cargo da Junta Comercial da respectiva sede, acompanhada de documento comprobatório de seus administradores.

10.11. Sociedade simples: inscrição do ato constitutivo no Registro Civil de Pessoas Jurídicas do local de sua sede, acompanhada de documento comprobatório de seus administradores;



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

---

10.12. Em qualquer caso, deverão ser apresentados os documentos pessoais dos sócios.

10.13. Os documentos constitutivos deverão ser apresentados com todas as suas alterações ou da consolidação vigente.

10.14. Prova de inscrição no Cadastro Nacional de Pessoa Jurídica – CNPJ, do Ministério da Fazenda, mediante comprovante de inscrição e situação cadastral, CNAE pertinente ao seu ramo de atividade e compatível com o objeto da licitação, juntamente com o seu Quadro de Sócios Administradores - QSA;

**Habilitação fiscal, social e trabalhista.**

Prova de inscrição no cadastro de contribuintes estadual e ou municipal (Ficha de Inscrição Estadual ou municipal- FIC), relativo à sede ou domicílio do licitante, pertinente ao seu ramo de atividade.

10.15. Prova de regularidade fiscal perante a Fazenda Nacional, mediante apresentação de certidão expedida conjuntamente pela Secretaria da Receita Federal do Brasil (RFB) e pela Procuradoria-Geral da Fazenda Nacional (PGFN), referente a todos os créditos tributários federais e à Dívida Ativa da União (DAU) por elas administrados, inclusive aqueles relativos à Seguridade Social, nos termos da Portaria Conjunta nº 1.751, de 02 de outubro de 2014, do Secretário da Receita Federal do Brasil e da Procuradora-Geral da Fazenda Nacional. emitida pelo site ([www.receita.fazenda.gov.br](http://www.receita.fazenda.gov.br)).

10.16. Prova de regularidade com o Fundo de Garantia do Tempo de Serviço (FGTS).

10.17. Prova de inexistência de débitos inadimplidos perante a Justiça do Trabalho, mediante a apresentação de certidão negativa ou positiva com efeito de negativa, nos termos do Título VII-A da Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943

10.18. Prova de regularidade com a Fazenda Estadual do domicílio ou sede do fornecedor.

10.19. Prova de regularidade com a Fazenda Municipal do domicílio ou sede do fornecedor.

10.20. O fornecedor enquadrado como microempreendedor individual que pretenda auferir os benefícios do tratamento diferenciado previstos na Lei Complementar n. 123, de 2006, estará dispensado da prova de inscrição nos cadastros de contribuintes estadual e municipal.

**Habilitação econômico-financeira.**

10.21. Certidão negativa de falência ou recuperação judicial expedida pelo distribuidor da sede do fornecedor.

10.22. Balanço patrimonial com a demonstração de resultado de exercício e demais demonstrações contábeis dos dois últimos exercícios exigíveis.

10.23. As empresas criadas no exercício financeiro da licitação deverão atender a



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

---

todas as exigências da habilitação e poderão substituir os demonstrativos contábeis pelo balanço de abertura.

10.24. Caso a licitante utilize o sistema SPED, deverá apresentar o comprovante de envio do registro do arquivo do SPED contábil.

10.25. A comprovação da situação financeira da empresa será constatada mediante obtenção de índices de Liquidez Geral (LG), Solvência Geral (SG) e Liquidez Corrente (LC), superiores a 1 (um).

10.26. Caso a empresa licitante apresente resultado inferior ou igual a 1 (um) em qualquer dos índices de Liquidez Geral (LG), Solvência Geral (SG) e Liquidez Corrente (LC), será exigido para fins de habilitação capital mínimo de 10% (dez por cento) do valor total estimado da parcela pertinente.

10.27. As empresas criadas no exercício financeiro da licitação deverão atender a todas as exigências da habilitação e poderão substituir os demonstrativos contábeis pelo balanço de abertura. (Lei nº 14.133, de 2021, art. 65, §1º).

10.28. Apresentar relação dos compromissos assumidos pelo licitante que importem em diminuição de sua capacidade econômico-financeira, excluídas parcelas já executadas de contratos firmados (§ 3º do Art. 69, da Lei 14.133), sob pena de não aceitação a proposta.

**Qualificação técnica.**

10.29. Comprovação de aptidão para a prestação dos serviços de complexidade tecnológica e operacional equivalente ou superior com o objeto desta contratação, ou com o item pertinente, por meio da apresentação de certidões ou atestados emitidos por pessoas jurídicas de direito público ou privado.

10.30. Para fins de comprovação da aptidão, os atestados ou certidões deverão descrever as seguintes características mínimas:

10.31. descrição detalhada dos serviços prestados, contendo a unidade de medida, o quantitativo prestado e o período.

10.32. os documentos que não apresentarem as informações mínimas serão desconsiderados para fins de qualificação técnica.

10.33. Comprovação de profissionais vinculados à empresa para as especialidades que solicitar o credenciamento.

10.34. Para fins de comprovação, deverá ser apresentado declaração com firma reconhecida dos profissionais de que estão disponíveis para a prestação dos serviços.

10.35. Os atestados de capacidade técnica emitidos por pessoa jurídica de direito privado deverão ser apresentados com firma reconhecida em cartório.

10.36. Alvará sanitário municipal da sede do licitante.

10.36.1. Alvará de funcionamento emitido na sede do licitante.



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

---

- 10.37. Comprovante de Cadastro Nacional dos Estabelecimentos de Saúde (CNES).
- 10.38. Comprovante de inscrição da pessoa jurídica no Conselho Regional de Medicina respectivo.
- 10.39. Comprovante de regularidade junto ao CRM da pessoa jurídica e dos sócios.
- 10.40. Certidão de anotação de direção técnica emitido pelo conselho competente.
- 10.41. Comprovante de vínculo da pessoa jurídica com os profissionais que executarão os serviços.
- 10.42. A comprovação do vínculo será mediante contrato social, no caso de sócio; cópia de contrato de trabalho ou CTPS registrada; ou contrato de prestação de serviços.
- 10.43. proposta técnica deverá ser redigida em língua portuguesa, digitada em uma via, sem rasuras ou ressalvas, devendo todas as páginas serem rubricadas pelo representante legal da pessoa jurídica.
- 10.44. A proposta deverá indicar os itens que pretende o credenciamento com a quantidade limite de horas a executar.
- 10.45. A proposta deverá ser firme e precisa, limitada, rigorosamente, ao objeto deste Edital, sem conter alternativas de preço ou de qualquer outra condição que induza o julgamento a mais de um resultado, sob pena de desclassificação.
- 10.46. A proposta deverá obedecer aos termos deste Edital e seus Anexos, não sendo considerada aquela que não corresponda às especificações ali contidas ou que estabeleça vínculo à proposta de outro licitante.
- 10.47. A proposta apresentada em desacordo com as regras deste Edital e seus anexos será desclassificada.
- 10.48. Os documentos necessários à habilitação poderão ser apresentados em original, por qualquer processo de cópia autenticada por cartório competente, atestado por servidor da Administração Municipal, ou publicação em órgão da imprensa oficial.

## **11. ESTIMATIVAS DO VALOR DA CONTRATAÇÃO**

- 11.1. A estimativa de preços foi elaborada com base em pesquisa de mercado realizada por meio de cotação junto a fornecedores e prestadores dos serviços, com o objetivo de obter maior aderência aos preços praticados na realidade local.
- 11.2. A metodologia adotada considerou a média dos valores apresentados por três empresas do ramo, garantindo maior confiabilidade e fidedignidade na formação do preço estimado.
- 11.3. O custo médio estimado da contratação resultou no valor de **R\$ 2.984.794,20 (dois milhões novecentos e oitenta e quatro mil setecentos e**



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

---

**noventa e quatro reais e vinte centavos),** refletindo parâmetros compatíveis com o mercado e contribuindo para a adequada aplicação dos recursos públicos.

11.4. A estimativa do valor da contratação teve como base o levantamento realizado por meio da pesquisa direta com prestados dos serviços, utilizada como parâmetro preliminar para identificação de valores praticados em contratações similares na Administração Pública.

11.5. Verificou-se que os valores obtidos na cotação com os prestadores dos serviços, mostraram-se compatíveis e equilibrados em relação à estimativa preliminar, contribuindo para a validação dos parâmetros inicialmente identificados e conferindo maior confiabilidade à pesquisa de preços como um todo.

11.6. A metodologia adotada reforça a fidedignidade do valor estimado, assegurando compatibilidade com o mercado e adequada fundamentação para a contratação.

## **12. ADEQUAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

12.1. As despesas correrão à conta das dotações orçamentárias do Fundo Municipal de Saúde de Baião/PA, destinadas à manutenção dos serviços de atenção especializada, observando-se os limites previstos na Lei Orçamentária Anual vigente.

**Classificação Institucional** – 06.01 - Fundo Municipal de Saúde

**Classificação Funcional** – 10.122.0002.2.128 – Manutenção da Secretaria Municipal de Saúde

**Classificação Econômica** – 3.3.90.39.00 – Outros Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica

**Classificação Sub - Elemento** – 3.3.90.39.11 – Serviços Laboratoriais

**Classificação Sub – Elemento** – 3.3.90.39.89 – Outros Serviços de Assistência a Saúde

**Fonte de Recursos** – 15000000 – Recursos não Vinculados de Impostos

**Fonte de Recursos** – 15001002 – Receita de imposto e trans.. – Saúde

**Fonte de Recursos** – 16000000 – Transferência SUS-Bloco de Manutenção

**Fonte de Recursos** – 16210000 – Transferência SUS – Governo Estadual

**Fonte de Recursos** – 17060000 – Transferência Especial da União

**Classificação Institucional** – 06.01 – Fundo Municipal de Saúde

**Classificação Funcional** – 10.301.0004.2.131 – Manutenção da Atenção Básica

**Classificação Econômica** – 3.3.90.39.00 - Outros Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica

**Classificação Sub - Elemento** – 3.3.90.39.11 – Serviços Laboratoriais

**Classificação Sub – Elemento** – 3.3.90.39.89 – Outros Serviços de Assistência à Saúde

**Fonte de Recursos** – 16000000 – Transferência SUS-Bloco de Manutenção

**Fonte de Recursos** - 17060000 – Transferência Especial da União

**Classificação Institucional** – 06.01 – Fundo Municipal de Saúde

**Classificação Funcional** – 10.302.0004.2.139 – Manutenção do Hospital Municipal

**Classificação Econômica** – 3.3.90.39.00 – Outros Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica

**Classificação Sub - Elemento** - 3.3.90.39.11 – Serviços Laboratoriais

**Classificação Sub – Elemento** - 3.3.90.39.89 – Outros Serviços de Assistência à Saúde



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

---

**Fonte de Recursos** – 16000000 – Transferência SUS – Bloco Manutenção

**Fonte de Recursos** – 17060000 – Transferência Especial da União

**13. DAS PENALIDADES**

13.1. O descumprimento das obrigações assumidas sujeitará o credenciado às penalidades previstas em lei e no edital, incluindo:

13.2. Advertência;

13.3. Suspensão temporária de participação em credenciamentos;

13.4. Rescisão contratual;

13.5. Responsabilização civil e administrativa, conforme o art. 156 da Lei nº 14.133/2021.

13.6. Será garantido o direito ao contraditório e à ampla defesa.

**14. DOS APÊNDICES**

14.1. O presente Termo está composto dos seguintes apêndices, partes integrantes e indivisíveis:

14.2. Documento de Formalização de Demanda – DFD;

14.3. Estudo Técnico Preliminar ETP;

14.4. Pesquisas de Preço;

14.5. Mapa Comparativo de Preços.

Baião/PA, 10 de julho de 2026.

---

JOSE AUGUSTO PEREIRA CORRÊA  
DEPARTAMENTO DE PATRIMÔNIO, COMPRAS, OPERACIONAL E ALMOXARIFADO  
PORTARIA nº 182/2026-GP

---

LAURA SAMILLE LOPES DE MENESES  
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
PORTARIA 030/2025-



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

**ANEXO IV – MODELO DE PROPOSTA PESSOA JURÍDICA (PJ)**

|                                          |                                           |      |     |               |                |
|------------------------------------------|-------------------------------------------|------|-----|---------------|----------------|
| PROPONENTE:                              |                                           |      |     |               |                |
| CARACTERIZAÇÃO:                          | <input type="checkbox"/> Pessoa Jurídica. |      |     |               |                |
|                                          | CNPJ nº                                   |      |     |               |                |
| ÁREA DE ATUAÇÃO:                         |                                           |      |     |               |                |
| ENDEREÇO:                                |                                           |      |     |               |                |
| COMPLEMENTO:                             |                                           |      |     |               |                |
| TELEFONE C/ DDD:                         | Fixo: ( )                                 |      |     | Celular ( )   |                |
| ENDEREÇO ELETRÔNICO:                     | Página na Web:                            |      |     | E-mail:       |                |
| REPRESENTANTE LEGAL:                     |                                           |      |     |               |                |
| DADOS BANCÁRIOS:                         |                                           |      |     |               |                |
| <b>RELAÇÃO DE SERVIÇOS/PROCEDIMENTOS</b> |                                           |      |     |               |                |
| Nº                                       | Descrição Completa                        | Unid | Qtd | Média V. Unit | Média V. Total |
| 1                                        |                                           |      |     |               |                |
| 2                                        |                                           |      |     |               |                |
| 3                                        |                                           |      |     |               |                |
| 4                                        |                                           |      |     |               |                |
| 5                                        |                                           |      |     |               |                |
| 6                                        |                                           |      |     |               |                |
| 7                                        |                                           |      |     |               |                |

**OBSERVAÇÃO:** Os exames a serem realizados deverão ser descritos exatamente conforme Tabela constante no Anexo I. Descrições fora do padrão não serão consideradas.

Na condição de proponente acima qualificado (a), vimos através do presente documento requerer o credenciamento para a prestação de serviços conforme edital e regulamento publicado por esta secretaria, declarando, sob as penas da lei que:

- a) As informações prestadas neste pedido de credenciamento são verdadeiras;
- b) Qualquer fato superveniente impeditivo de credenciamento ou de contratação será informado;
- c) Conhece os termos do Edital de Credenciamento bem como as informações e condições para o cumprimento das obrigações objeto do credenciamento, com as quais concorda;
- d) Aceita e está de acordo com as normas e tabela de valores definidos;



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

---

- e) Não se encontra suspenso (a), nem declarada inidôneo(a) para participar de licitações ou contratar com órgão ou entidades da Administração Pública;
- f) Não se enquadra nas situações de impedimentos previstos no edital do credenciamento;
- g) Os exames pleiteados para credenciamento são compatíveis com o seu objeto social, com o registro no Conselho Profissional competente, com a experiência, a capacidade instalada, a infraestrutura adequada à prestação dos serviços conforme exigido;
- h) Realizará todas as atividades a que se propõe.

Em anexo ao presente requerimento encaminhamos toda a documentação exigida no edital de credenciamento, devidamente assinada e rubricada, pede deferimento.

Local, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2026

**RAZÃO SOCIAL**  
**CNPJ**  
**NOME DO REPRESENTANTE LEGAL**  
**ASSINATURA**



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

---

**ANEXO V – MODELO GERAL DE DECLARAÇÕES**

**Exemplo: DECLARAÇÃO DE QUE NÃO EMPREGA MENOR DE IDADE**

\_\_\_\_\_inscrito no CNPJ sob o  
nº \_\_\_\_\_, por intermédio de seu representante legal, o(a)  
Sr.(a) \_\_\_\_\_, portador(a) da C.I. nº \_\_\_\_\_  
e do CPF nº \_\_\_\_\_, DECLARA, para fins do disposto no artigo 68 da Lei  
14.133/2021, acrescido do inciso XXXIII do art. 7º da Constituição Federal, que não emprega menor  
de dezoito anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre e, que não emprega menor de dezesseis  
anos.

Local e Data:

Nome, cargo e assinatura Razão Social da empresa



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

**ANEXO VI - MINUTA DE TERMO DE CREDENCIAMENTO PESSOA JURÍDICA**

**MINUTA DO CONTRATO Nº XXXXX-SMS**

**CONTRATO Nº \_\_\_\_\_, QUE ENTRE SI FAZEM O MUNICÍPIO DE BAIÃO/PA ATRAVÉS DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE E DE OUTRO LADO A EMPRESA \_\_\_\_\_, COMO ABAIXO VAI MELHOR DECLARADO.**

**O MUNICÍPIO DE BAIÃO** por meio do **FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BAIÃO**, inscrito no Cadastro Geral de Contribuintes do Ministério da Fazenda sob o nº 17.545.698/0001-23, com sede na Rua Lauro Sodre, nº 419, Bairro: Centro, CEP: 68465-000 município de Baião-PA representado pela Secretaria Municipal de Saúde a Sr.<sup>a</sup> LAURA SAMILLE LOPES DE MENESES, brasileira, Cadastro de Registro Geral nº 7475252 SSP/PA e CPF: 031.594.012-35, residente e domiciliada nesta cidade, doravante denominado **CONTRATANTE**, e do outro lado, a empresa \_\_\_\_\_, CNPJ: \_\_\_\_\_, com sede na \_\_\_\_\_, neste ato, representada pelo Sr. \_\_\_\_\_, portador do CPF: \_\_\_\_\_ e do RG: \_\_\_\_\_, residente e domiciliado na \_\_\_\_\_, doravante denominada **CONTRATADA**, tendo em vista o que consta no Processo e em observância às disposições da fundamentada nos arts. 74, IV, 78, I, e 79 da Lei nº 14.133/2021; Lei Federal nº 8.078, de 11 de setembro de 1990 que estabelece a proteção Código de Defesa do Consumidor, Decreto nº 090 de 29 de dezembro de 2023 e demais legislações aplicáveis celebram o presente Contrato e mediante **CREDENCIAMENTO POR INEXIGIBILIDADE Nº 004/2026-SMS**, Processo Administrativo 092026004, Termo de Referência e as cláusulas e condições a seguir expressas:

**CLÁUSULA PRIMEIRA - DO OBJETO:**

1.1. O presente **CONTRATO** tem como objeto a **CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS INTERESSADAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS COMPLEMENTARES DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE**, COMPREENDENDO CONSULTAS MÉDICAS ESPECIALIZADAS, EXAMES LABORATORIAIS, EXAMES DE DIAGNÓSTICO POR IMAGEM, EXAMES CARDIOLÓGICOS E DEMAIS PROCEDIMENTOS DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS, DESTINADOS AO ATENDIMENTO DOS USUÁRIOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE – SUS DO MUNICÍPIO DE BAIÃO/PA, CONFORME DEMANDA DO FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE.

**CLÁUSULA SEGUNDA - DOS PREÇOS E DO PAGAMENTO:**

2.1. .... O valor total deste **CONTRATO** é de R\$ .....(.....).



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

---

**TABELA DOS SERVIÇOS**

- 2.2. ....No valor **CONTRATADO** estão inclusas todas as despesas com materiais e equipamentos, mão de obra, transportes, leis sociais, ferramentas, seguro, todos os tributos incidentes e demais encargos, enfim, todos os custos diretos e indiretos necessários para prestação de serviços completa discriminados no Edital.
- 2.3. Os preços serão fixos e irrevogáveis;
- 2.4. É admitida estipulação de correção monetária ou de reajuste por índice de preços gerais, setoriais ou que reflitam a variação dos custos de produção ou insumos utilizados nos **CONTRATOS** de prazo de duração igual ou superior a um ano, sendo nula, por sua vez, qualquer estipulação de reajuste ou correção monetária de periodicidade inferior a um ano.
- 2.5. Caso haja reajuste de preços, os mesmos serão calculados pela tabela do INPC (Índice Nacional de Preços ao Consumidor). Excepcionalmente, poder-se-á utilizar outros parâmetros de reajuste, desde que reflitam a variação dos custos de produção ou insumos utilizados pelos **CONTRATADOS**, respeitados os preços médios praticados na região.
- 2.6. O pagamento será efetuado mensalmente, mediante apresentação de relatório de exames realizados, devidamente atestado pela chefia imediata.
- 2.7. Serão pagos apenas os exames efetivamente cumpridos, com base nos valores fixados no Termo de referência e edital de credenciamento.
- 2.8. O pagamento será realizado via ordem bancária, em conta de titularidade da empresa credenciada.
- 2.9. Recebida a Nota Fiscal ou documento de cobrança equivalente, correrá o prazo de trinta dias úteis para fins de liquidação.
- 2.10. Quando do pagamento, será efetuada a retenção tributária prevista na legislação aplicável.
- 2.11. Demais exigências contidas no TR.

**CLÁUSULA TERCEIRA - DA VIGÊNCIA E EXECUÇÃO DO OBJETO:**

- 3.1. O prazo de vigência da contratação é de 12 (doze) meses, prorrogado sucessivamente, enquanto vigente o edital de chamamento público e persistir o interesse público, nos termos do art. 107, § 4º, da Lei nº 14.133/2021.
- 3.2. A **CONTRATADA** ficará obrigada a aceitar, nas mesmas condições contratuais, acréscimos ou supressões que fizerem necessários no quantitativo do objeto **CONTRATADO**, até o limite de 25% (vinte e cinco por cento) do valor inicial atualizado do **CONTRATO**.
- 3.3. A Secretaria de Saúde poderá recusar todo e qualquer serviço realizado em desacordo com a Autorização, no que se refere à execução do mesmo com o apresentado no **REQUERIMENTO DE CONTRATO**, obrigando-se a **CONTRATADA** a executá-lo de modo pertinente sem quaisquer ônus



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

---

adicionais.

**CLÁUSULA QUARTA - DA DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA**

4.1. Os recursos decorrentes dessa contratação estão previstos nas seguintes dotações orçamentárias:

**Classificação Institucional** – 06.01 - Fundo Municipal de Saúde

**Classificação Funcional** – 10.122.0002.2.128 – Manutenção da Secretaria Municipal de Saúde

**Classificação Econômica** – 3.3.90.39.00 – Outros Serv. de Terc. Pessoa Jurídica

**Classificação Sub - Elemento** – 3.3.90.39.26 – Outros Serviços Médicos Hospitalar

**Fonte de Recursos** – 15001002 – Receita de imposto e transf. – Saúde

**Fonte de Recursos** – 15000000 – Recursos não vinculados de impostos

**Fonte de Recursos** – 16000000 – Transferência SUS - Bloco de Manutenção

**Classificação Institucional** – 06.01 – Fundo Municipal de Saúde

**Classificação Funcional** – 10.302.0004.2.139 – Manutenção do Hospital Municipal

**Classificação Econômica** – 3.3.90.39.00 – Outros Serv. de Terc. Pessoa Jurídica

**Classificação Sub - Elemento** – 3.3.90.39.89 – Outros Serviços de Assistência à Saúde

**Fonte de Recursos** – 16000000 – Transferência SUS – Bloco Manutenção

**Fonte de Recursos** – 17060000 – Transferência Especial da União

**CLÁUSULA QUINTA - DAS OBRIGAÇÕES GERAIS:**

5.1. Deverá a **CONTRATADA** observar o seguinte:

5.1.1. É expressamente proibida a contratação de servidor pertencente ao quadro de pessoal do **CONTRATANTE** durante a vigência deste **CONTRATO**;

5.1.2. Este **CONTRATO** poderá ser alterado nos casos previstos na Lei 14.133/2021, desde que haja interesse da Administração do **CONTRATANTE**, com a apresentação das devidas justificativas adequadas a este **CONTRATO**.

5.1.3. Durante a sua vigência o **CONTRATO** será acompanhado e fiscalizado pelo fiscal designado pelo Fundo Municipal de Saúde, ou por servidores e empresas devidamente autorizado para tal, representando o **CONTRATANTE**.

5.1.4. Os prestadores deverão observar integralmente as normas de biossegurança, controle de infecção, proteção radiológica quando aplicável, sigilo das informações dos pacientes e legislação relacionada à proteção de dados pessoais. Também deverão garantir adequada identificação dos usuários e rastreabilidade dos exames realizados.

5.1.5. A execução dos serviços deverá ocorrer conforme as diretrizes da rede municipal de saúde, mediante encaminhamento dos usuários, sendo vedada a cobrança de quaisquer valores adicionais



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

---

dos pacientes.

5.1.6. Deverá ser assegurada a disponibilidade contínua dos serviços durante a vigência do credenciamento, bem como a possibilidade de fiscalização pela Administração, com acesso às instalações, documentos e informações necessárias ao acompanhamento da execução contratual.

5.1.7. O Fundo Municipal de Saúde anotarará em registro próprio todas as ocorrências relacionadas com a execução do **CONTRATO**, determinando o que for necessário à regularização das faltas ou defeitos observados.

5.1.8. As decisões e providências que ultrapassarem a competência do representante deverão ser solicitadas ao órgão competente, em tempo hábil para a adoção das medidas convenientes.

5.1.9. Além do acompanhamento e da fiscalização, o gestor do **CONTRATO** designado pela **CONTRATANTE** poderá, ainda, sustar qualquer execução que esteja em desacordo com o especificado, sempre que essa medida se tornar necessária.

5.1.10. Não obstante a **CONTRATADA** seja a única e exclusiva responsável pela execução do **CONTRATO**, a **CONTRATANTE** reserva-se o direito de, sem que de qualquer forma restrinja a plenitude dessas responsabilidades, exercer a mais ampla e completa fiscalização sobre a execução do objeto ajustado, diretamente ou por prepostos designados.

**Parágrafo Único:** A empresa deverá apresentar junto com a(s) nota(s) fiscal(is) e/ou fatura(s):

- 5.1.10.1. Prova de regularidade junto à Fazenda Municipal;
- 5.1.10.2. Prova de regularidade junto à Fazenda Estadual;
- 5.1.10.3. Prova de regularidade junto à Fazenda Federal;
- 5.1.10.4. Dívida Ativa da União e Tributos Federais, conjunta com INSS;
- 5.1.10.5. Prova de Regularidade do FGTS;
- 5.1.10.6. Prova de regularidade junto a Justiça do Trabalho.

#### **CLÁUSULA SEXTA - DAS PENALIDADES:**

6.1. A **CONTRATADA** está sujeita à multa de 0,5% (zero vírgula cinco por cento) sobre o valor total deste **CONTRATO** por dia e por descumprimento de obrigações fixadas no Edital. A multa tem de ser recolhida pela **CONTRATADA** no prazo máximo de 05 (cinco) dias, contados da data da notificação.

6.2. Pela inexecução total ou parcial do objeto deste **CONTRATO**, a Administração do **CONTRATANTE** ou Administração Pública poderá, garantida a prévia defesa, aplicar à **CONTRATADA** as seguintes sanções:

6.2.1. Advertência;

6.2.2. Multa de 10% (dez por cento) sobre o valor total do **CONTRATO**, no caso de inexecução total



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

---

do objeto **CONTRATADO**, recolhida no prazo de 05 (cinco) dias, contado da comunicação oficial;

6.2.3. Suspensão temporária de participar em licitação e impedimento de contratar com a Administração do **CONTRATANTE**, pelo prazo de até 5 (cinco) anos.

6.3. Ficará impedida de licitar e de contratar com a Administração Pública, pelo prazo de até 5 (cinco) anos, garantido o direito prévio da citação e da ampla defesa, enquanto perdurarem os motivos determinantes da punição ou até que seja promovida a reabilitação perante a própria autoridade que aplicou a penalidade, a **CONTRATADA** que:

6.3.1. Ensejar o retardamento da execução do objeto deste **CONTRATO**;

6.3.2. Não manter a proposta, injustificadamente;

6.3.3. Comportar-se de modo inidôneo;

6.3.4. Fizer declaração falsa;

6.3.5. Cometer fraude fiscal;

6.3.6. Falhar ou fraudar na execução deste **CONTRATO**.

6.4. Além das penalidades citadas, a **CONTRATADA** ficará sujeita, ainda, ao cancelamento de sua inscrição no Cadastro de Fornecedores do **CONTRATANTE** e, no que couber às demais penalidades referidas no Capítulo IV da Lei Federal nº 14.133/2021.

6.5. Comprovado impedimento ou reconhecida força maior, devidamente justificado e aceito pela Administração do **CONTRATANTE**, a **CONTRATADA** ficará isenta das penalidades mencionadas nos itens 1 a 3 desta Cláusula.

6.6. As sanções de advertência e de impedimento de licitar e contratar com a Administração Pública poderão, ser aplicadas à **CONTRATADA** juntamente com a de multa, descontando-a dos pagamentos a serem efetuados.

#### **CLÁUSULA SÉTIMA - DA RESCISÃO:**

7.1. A inexecução total ou parcial deste **CONTRATO** enseja a sua rescisão, conforme disposto nos artigos 137 da Lei Federal nº 14.133/2021.

7.2. A rescisão deste **CONTRATO** poderá ser:

7.2.1. Determinada por ato unilateral e escrita da Administração do **CONTRATANTE**, nos casos enumerados nos incisos I a IV e VX do artigo 137 da Lei mencionada, notificando-se a **CONTRATADA** com a antecedência mínima de 30 (trinta) dias;

7.2.2. Amigável, por acordo entre as partes, reduzida a termo no processo da licitação, desde que haja conveniência para a Administração do **CONTRATANTE**;



**ESTADO DO PARÁ**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE BAIÃO**  
**COMISSÃO DE CONTRATAÇÃO**

---

7.2.3. Judicial, nos termos da legislação vigente sobre a matéria.

7.3. A rescisão administrativa ou amigável deverá ser precedida de autorização escrita e fundamentada da autoridade competente.

7.4. Os casos de rescisão ajuste serão formalmente motivados nos autos do processo, assegurado o contraditório e a ampla defesa.

**CLÁUSULA OITAVA - DO FORO:**

8.1. As questões decorrentes da execução deste Instrumento, que não possam ser dirimidas administrativamente, serão processadas e julgadas no Foro da Comarca de Baião-PA, com exclusão de qualquer outro por mais privilegiado que seja.

8.2. E, para firmeza e validade do que foi pactuado, lavrou-se o presente **CONTRATO** em 02 (dois) vias de igual teor e forma, para que surtam um só efeito, às quais, depois de lidas, são assinadas pelas representantes das partes, **CONTRATANTE** e **CONTRATADA**, e pelas testemunhas abaixo.

Baião/PA, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
**CONTRATANTE**

\_\_\_\_\_  
**CONTRATADA**

**Testemunhas:**

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_