



PREFEITURA DE  
**PACATUBA**



**CHAMADA PÚBLICA Nº 09.011/2026-CHP**

**ANEXO III - SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO**

**AO IL.MO SR. SECRETÁRIO(A) DE SAÚDE DE PACATUBA**

**OBJETO: Credenciamento de Pessoas Jurídicas Especializadas na Prestação de Serviços Especializados em Ressonância Magnética para atender a demanda reprimida registrada na Central de Regulação do Município, a qual evidencia a insuficiência da oferta do estado atual. Conforme dados atualizados, encontram-se em fila de espera 1008 pacientes.**

Razão Social:

CNPJ:

Endereço:

CEP:

Representante:

CPF:

RG

Em atenção ao Edital de **CREDENCIAMENTO Nº \_\_\_\_/\_\_\_\_-CHP**, o interessado acima identificado, solicita a V.S.<sup>a</sup>, Gestor Municipal da Saúde do Município de Pacatuba, credenciamento para execução dos serviços indicados na Relação de Procedimentos anexa, para o que encaminha a documentação exigida no referido Edital.

Declara ainda, sob as penas da lei, que:

- (1) cumpre plenamente os requisitos de habilitação constantes do instrumento convocatório;
- (2) tem pleno conhecimento de todos os parâmetros e elementos do Credenciamento e dos serviços a serem ofertados no presente credenciamento;
- (3) sua proposta atende integralmente aos requisitos constantes neste edital;
- (4) em cumprimento ao estabelecido na Lei nº 9.854, de 27/10/1999, publicada no DOU de 28/10/1999, e ao inciso XXXIII, do artigo 70, da Constituição Federal, não emprega menores de 18 (dezoito) anos em trabalho noturno, perigoso ou insalubre, nem emprega menores de 16 (dezesseis) anos em trabalho algum, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos;
- (5) concorda integralmente com os termos deste edital e seus anexos;
- (6) que não foi declarado inidôneo para licitar ou contratar com o Poder Público, em qualquer de suas esferas do Governo, inexistindo ainda qualquer fato impeditivo de sua habilitação e/ou contratação, na forma da lei, ficando ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores, nos termos da Lei n.º 14.133/2021;
- (7) está de acordo com as normas e tabelas de valores definidas no presente Edital de Credenciamento;
- (8) tem capacidade operacional e se compromete a realizar todos os procedimentos indicados no anexo a esta solicitação, nas quantidades determinadas, caso seja credenciado.
- (9) irá realizar o atendimento das consultas/procedimentos destinados aos usuários do SUS no horário estabelecido pela Secretaria Municipal de Saúde;
- (10) está ciente de que qualquer alteração nos procedimentos e quantidades indicadas somente poderá ocorrer quando previamente autorizado pela Administração Municipal.
- (11) sob as penas da lei, para todos os fins de direito a que se possa prestar, especialmente para fins de prova em processo licitatório, junto ao Município de Pacatuba, Estado do Ceará, que concorda integralmente com os termos deste edital e seus anexos, bem como de que a proposta apresentada compreende a integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas normas infralegais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de conduta vigentes na data de sua entrega em definitivo e que cumpre plenamente os requisitos de habilitação definidos no instrumento convocatório;

**PREFEITURA MUNICIPAL DE PACATUBA**

R. Cel. João Carlos, Nº 345 – Centro

CEP. 61.801-215 - Pacatuba-CE



- (12) inexistência de fato superveniente impeditivo da habilitação para participar no presente procedimento auxiliar, ficando ciente da obrigatoriedade de declarar ocorrências posteriores;
- (13) cumprimento das exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social, previstas em lei e em outras normas específicas;
- (14) da inexistência de vínculo de natureza técnica, comercial, econômica, financeira, trabalhista ou civil com dirigente do órgão ou entidade contratante ou com agente público que desempenhe função na licitação ou atue na fiscalização ou na gestão do contrato, ou que deles seja cônjuge, companheiro ou parente em linha reta, colateral ou por afinidade, até o terceiro grau;

Autoriza a visita da Equipe técnica da Diretoria Superior de Auditoria, Controle e Regulação Assistencial da Secretaria de Saúde do Município ao seu estabelecimento situado no endereço acima para análise e parecer do presente pedido.

Pacatuba-CE, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura e carimbo do responsável



**ANEXO A SOLICITAÇÃO DE CREDENCIAMENTO**

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	UNID. MEDIDA	QUANT.	VALOR MÉDIO	VALOR TOTAL
1	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDÔMEN SUPERIOR	SERVIÇO			
2	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDÔMEN SUPERIOR COM SEDAÇÃO	SERVIÇO			
3	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ARTICULADO TEMPOROMANDIBULAR (BILATERAL)	SERVIÇO			
4	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA/PELVE/ABDOMEN INFERIOR	SERVIÇO			
5	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL/ PESCOÇO	SERVIÇO			
6	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBOSSACRA	SERVIÇO			
7	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA	SERVIÇO			
8	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO	SERVIÇO			
9	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO COM SEDAÇÃO	SERVIÇO			
10	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	SERVIÇO			
11	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	SERVIÇO			
12	RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE TÓRAX	SERVIÇO			
					VALOR GLOBAL R\$