



HOMOLOGAÇÃO

CHAMADA PÚBLICA Nº 02/2025.

OBJETO: : CREDENCIAMENTO DE EMPRESAS PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS PARA REALIZAÇÃO DE RESSONÂNCIA MAGNÉTICA (S), RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO COM ESPECTROSCOPIA, RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO COM SEDAÇÃO, RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO COM FLUXO LIQUORICO, ANGIORESSONANCIA MAGNÉTICA (S), ULTRASSOM MORFOLÓGICO DE 2º (SEGUNDO) TRIMESTRE, COLONOSCOPIA, ELETROENCEFALOGRAMA, ENDOSCOPIA + TESTE DE UREASE E ECOCARDIOGRAMA COM EMISSÃO DE LAUDOS.

Pelo presente, no uso das atribuições que me foram conferidas pela legislação em vigor, especialmente pela Lei Federal nº 14.133/2021, e, certo que não há no feito em questão quaisquer ilegalidades, vícios e/ou nulidades que o afete HOMOLOGO o credenciamento em favor da empresa MAGNETTO IMAGENOLOCIA MEDICA LTDA, inscrita no CNPJ: 21.013.054/0001-61 pelos valores estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde de Boa Esperança/MG, os quais serão distribuídos pelas empresas credenciadas, conforme tabela abaixo:

ITEM	QUANT ESTIMAD A 12 MESES	UND	DESCRIÇÃO DOS SERVIÇOS	R\$ VALOR UNITÁRIO COTADO
01	120	SRV	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA CERVICAL/PESCOÇO	450,00
02	120	SRV	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA LOMBO-SACRA	450,00
03	72	SRV	RESSONANCIA MAGNETICA DE COLUNA TORACICA	450,00
04	240	SRV	RESSONANCIA MAGNETICA DE CRANIO	450,00
05	30	SRV	RESSONANCIA MAGNETICA DE SELA TURCICA	450,00
06	72	SRV	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL)	450,00
07	72	SRV	RESSONANCIA MAGNETICA DE TORAX	450,00
08	240	SRV	RESSONANCIA MAGNETICA DE ABDOMEM SUPERIOR	450,00
09	240	SRV	RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA/ PELVE/ ABDOMEM INFERIOR	450,00
10	240	SRV	RESSONANCIA MAGNETICA DE MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL)	450,00
19	12	SRV	ANGIO RESSONANCIA MAGNETICA ABDOMEM SUPERIOR	600,00
20	12	SRV	ANGIO RESSONANCIA MAGNETICA ARTERIAL PESCOÇO	600,00



21	12	SRV	ANGIO RESSONANCIA MAGNETICA VENOSA PULMONAR	600,00
22	12	SRV	ANGIO RESSONANCIA MAGNETICA CRÂNIO (ARTERIAL OU VENOSA)	600,00
23	12	SRV	ANGIO RESSONANCIA MAGNETICA ARTERIAL MEMBRO INFERIOR DIREITO /ESQUERDO	600,00
24	360	SRV	ULTRASSOM MORFOLÓGICO 2º TRIMESTRE	440,00

Boa Esperança, 22 de outubro de 2025.

JOSÉ VALTER NETTO
Secretário Municipal de Saúde

Assinantes

Veracidade do documento



Documento assinado digitalmente.
Verifique a veracidade utilizando o QR Code ao lado ou acesse o site **verificador-assinaturas.plataforma.betha.cloud** e insira o código abaixo:

VJG**YWY****JWZ****PE3**