



**PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM SUCESSO**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
Rua Cândido Francisco Soares, n. 67 Centro Cep – 37220-000 – Bom Sucesso – Minas Gerais  
Telefone: (35) 99811-2782 Email: saude@bomsucesso.mg.gov.br



**DFD - DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA**

**DATA RECOMENDADA PARA A CONTRATAÇÃO**

O objeto deverá ser contratado até: 30/09/2026

**INFORMAÇÕES DA UNIDADE / SETOR / SERVIDOR DEMANDANTE**

**Setor requisitante:** Secretaria Municipal de Saúde

**Responsável pela demanda:** Poliana Silveira

**E-mail:** saude@bomsucesso.mg.gov.br

**Telefone:** 35 99811-2782

**Indicação do Agente Público Responsável pela Fiscalização**

**Fiscalização – Nome:** Poliana Silveira

**INFORMAÇÕES ACERCA DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO**

**Descrição sucinta da solicitação:** Prestação de serviço em realização de Exame de Ultrassonografia

**Descrição da necessidade da contratação:**

A presente contratação tem por finalidade a prestação de serviços especializados em exames de ultrassonografia, destinados aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS) do Município, visando atender à demanda da Secretaria Municipal de Saúde e garantir o acesso da população aos serviços de diagnóstico por imagem.

A contratação se faz necessária em razão da demanda existente por exames de ultrassonografia, indispensáveis para auxiliar na investigação, diagnóstico, acompanhamento e prevenção de diversas condições de saúde. A disponibilização desses exames contribui para a identificação precoce de alterações e doenças, possibilitando o encaminhamento e a adoção oportuna das condutas terapêuticas adequadas.

Dessa forma, a contratação busca assegurar a continuidade e a ampliação da oferta de exames de ultrassonografia à população, reduzindo o tempo de espera para diagnóstico, evitando a descontinuidade da assistência e garantindo atendimento de forma adequada, eficiente e humanizada aos usuários da rede pública municipal de saúde.

**Descrição dos resultados pretendidos:**

- Garantir o acesso da população aos exames de ultrassonografia necessários para investigação, diagnóstico e acompanhamento de doenças e alterações de saúde;
- Reduzir o tempo de espera para realização dos exames e obtenção dos resultados;
- Contribuir para o diagnóstico precoce e para a definição de condutas terapêuticas adequadas;
- Assegurar a continuidade da assistência à saúde, evitando a interrupção ou insuficiência da oferta dos exames;
- Reduzir a necessidade de deslocamento dos usuários para outros municípios;
- Melhorar a resolutividade dos atendimentos realizados pela rede municipal de saúde;



# PREFEITURA MUNICIPAL DE BOM SUCESSO

## SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Rua Cândido Francisco Soares, n. 67 Centro Cep – 37220-000 – Bom Sucesso – Minas Gerais  
Telefone: (35) 99811-2782 Email: saude@bomsucesso.mg.gov.br



- Oferecer exames com qualidade, segurança e confiabilidade, realizados por profissionais devidamente habilitados;
- Promover maior eficiência na utilização dos recursos públicos, garantindo atendimento compatível com as necessidades da população. Dessa forma, a contratação deverá contribuir para o fortalecimento da assistência à saúde no âmbito municipal, proporcionando atendimento mais ágil, acessível e resolutivo aos usuários da rede pública de saúde.

**Estimativa das quantidades com a memória de cálculo:** Será estimado um valor anual para a utilização do mesmo. A quantidade estimada poderá contemplar diferentes tipos de exames de ultrassonografia, conforme a necessidade da demanda da rede municipal de saúde.

A estimativa foi estabelecida com o objetivo de atender à demanda prevista durante a vigência contratual, evitando tanto a insuficiência de exames, que poderia ocasionar aumento da demanda reprimida e do tempo de espera, quanto a contratação de quantitativos superiores à necessidade efetiva do Município.

Os quantitativos poderão ser distribuídos conforme a demanda apresentada pelas unidades de saúde municipais, observando-se as autorizações e os encaminhamentos realizados pela Secretaria Municipal de Saúde.

| Item | Código | Descrição                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Quantidade estimada anual |
|------|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
| 1    |        | <b>Exames de Ultrassonografia</b><br>1-Abdômen Total,<br>2-Abdômen Superior,<br>3-Fígado,<br>4-Vias Biliares,<br>5-Vesícula biliares,<br>6-Vias Urinárias,<br>7-Bolsa Escrotal,<br>8-Mamas,<br>9-Próstata por Via Abdominal,<br>10-Próstata por Via Transretal,<br>11-Tireoide,<br>12-Obstétrica,<br>13-Obstétrica Morfológica,<br>14-Pélvica,<br>15-Endovaginal,<br>16-Inguinal,<br>17-Cervical,<br>18-Tireoide com Doppler,<br>19-Testículos,<br>20-Axila,<br>21-Articulações,<br>22-Obstétrica com Doppler,<br>23-Obstétrica Morfológica com Doppler,<br>24-Mamas e Axilas. | <b>4500 exames</b>        |



**Descrição dos requisitos necessários à contratação:**

- Os serviços deverão ser prestados por empresa ou profissional devidamente habilitado e regularizado junto aos órgãos competentes, observando as normas técnicas, sanitárias e de segurança aplicáveis.
- O prestador deverá permitir a entrada de 01 (um) acompanhante;
- Os resultados dos exames devem ser entregues, obrigatoriamente, por meio impresso ou por meio digital e com assinatura eletrônica, desde que seja com a certificação digital que garanta a autenticidade do resultado e assinaturas;
- O prestador deverá fornecer segunda via do exame sem custo para o Município e paciente quando solicitado;
- O prestador só poderá agendar o exame mediante a guia de autorização da Secretaria Municipal de Saúde, conforme fluxo estabelecido pelo Município.
- O prestador só poderá emitir a nota fiscal, após o recebimento da Naf.
- O prestador após o recebimento da Naf, deverá emitir a nota fiscal e realizar o protocolo junto ao site da prefeitura na aba serviços/central de atendimento 1doc/fornecedor/solicitação de pagamento-saúde.
- O prestador deverá disponibilizar datas e horários para realização dos exames de acordo com a demanda encaminhada pela Secretaria Municipal de Saúde, evitando a formação de demanda reprimida.
- O prestador contratado assumirá todas as responsabilidades legais decorrentes da emissão dos laudos dos exames realizados.
- O prestador deverá garantir o sigilo das informações dos pacientes e o tratamento adequado dos dados pessoais e informações relacionadas à saúde, em conformidade com a legislação vigente.
- O prestador deverá enviar todo início de mês, o relatório de exames realizados referente ao mês anterior, para email: [saude@bomsucesso.mg.gov.br](mailto:saude@bomsucesso.mg.gov.br), para posterior realização do processo administrativo para emissão da Naf.

**Providências a serem adotadas previamente à contratação:** Não se aplica

**Possíveis impactos ambientais e respectivas medidas de tratamento:** Não se aplica

**Dotação orçamentaria:** Ficha: 232 e 250

Fonte: 1500 (recurso próprio), 1.621 (recurso estadual), 1.600 (recurso federal) e 2.621 (recurso estadual)

**RESPONSABILIDADE PELA FORMALIZAÇÃO DA DEMANDA**

Assumo que ficarei, assim como o responsável pela fiscalização, à disposição para dirimir eventuais dúvidas sobre esta requisição, bem como para acompanhar todo o procedimento de contratação, fornecendo todas as informações técnicas necessárias junto ao agente de contratação, pregoeiro e sua equipe de apoio.

Certifico que a formalização da demanda acima identificada se faz necessária pelos motivos expostos na justificativa da contratação do presente documento.

Bom Sucesso 04 de setembro de 2026

POLIANA  
SILVEIRA:064  
48753648

Assinado de forma  
digital por POLIANA  
SILVEIRA:06448753648  
Dados: 2026.09.10  
17:49:00 -03'00'

POLIANA SILVEIRA  
Secretária Municipal de Saúde e  
Gestora Municipal do SUS