

MUNICÍPIO DE COMENDADOR GOMES
ESTADO DE MINAS GERAIS
CNPJ 18.449.173/0001-57

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA Nº 37/2026
PARA CONTRATAÇÕES A SEREM REALIZADAS NO EXERCÍCIO 2026

1. REQUISITANTE

1.1 Setor Requisitante
1.2 Responsável Pela Demanda
1.3 Matrícula
1.4 E-mail Institucional
1.5 Telefone

Secretaria Municipal de Saúde
Eriovaldo da Silva Ferreira
989
fms@comendadorgomes.mg.gov.br
(34)3423-0885

2. IDENTIFICAÇÃO DA DEMANDA

2.1 OBJETO
2.2 IDENTIFICAÇÃO DO OBJETO
2.3 Forma de Entrega

Exames de Diagnóstico por Imagem
Serviço Continuado
Conforme Demanda

3. FORMA DE CONTRATAÇÃO SUGERIDA

Credenciamento

4. JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO/AQUISIÇÃO

A presente demanda visa à contratação, mediante credenciamento, de Serviços de Apoio Diagnóstico e Terapêutico (SADT) – diagnóstico por imagem e exames complementares, para atendimento de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), com a finalidade de assegurar acesso oportuno a exames essenciais às linhas de cuidado, reduzir demanda reprimida e qualificar a continuidade do cuidado na rede municipal/regional. A contratação se justifica diante de gargalos assistenciais evidenciados por fila de espera, tempo de resposta incompatível com necessidades clínicas e/ou necessidade de deslocamentos intermunicipais, com repercussões na adesão ao tratamento, no risco de agravamento e na eficiência do percurso assistencial.

Procedimentos com cobertura SUS (SIGTAP): os exames objeto desta demanda correspondem a procedimentos constantes na Tabela SIGTAP, passíveis de registro e faturamento no âmbito do SUS, observadas as regras de regulação, autorização e processamento vigentes. A adoção do credenciamento se mostra adequada por se tratar, em regra, de contratações paralelas e não excludentes, permitindo ampliar a oferta com critérios objetivos e condições uniformes, reduzindo risco de desassistência por indisponibilidade pontual de prestadores.

5. PREVISÃO DA DATA EM QUE DEVERÁ SER ASSINADO O INSTRUMENTO VINCULATIVO PARA EXECUÇÃO DA DEMANDA (EXEMPLO: CONTRATO)

29/05/2026

6. CRÉDITOS ORÇAMENTARIOS

6.1 Valor estimado da contratação R\$ 611.582,22
6.2 Dotação Orçamentaria 02.01.09.01.10.301.0012.09.2.053.3.3.90.39.00.00
6.3 Fonte de Custeio Ficha: 343 Fonte: 1500 1600 1621

7. VINCULAÇÃO OU DEPENDÊNCIA COM OUTRA CONTRATAÇÃO

Não

8. PRIORIDADE DA CONTRATAÇÃO

ALTA

9. RELAÇÃO DE ITENS E SERVIÇOS

Descrição do Item	Código	Qtd	Und	Valor Unitário	Valor Global
ANGIO RESSONANCIA CEREBRAL-ARTERIAL OU VENOSA		5	SE	R\$ 613,51	R\$ 3.067,55
ANGIO TOMOGRAFIA ABDOMINAL/AORTA ABDOMINAL		4	SE	R\$ 631,00	R\$ 2.524,00
ANGIO TOMOGRAFIA TORAX/AORTA TORACICA		5	SE	R\$ 532,04	R\$ 2.660,20
BIOPSIA MAMAS- GUIADA POR USG		5	SE	R\$ 687,43	R\$ 3.437,15
BIOPSIA PROSTATA GUIADA POR USG		3	SE	R\$ 795,90	R\$ 2.387,70
BOLSA ESCROTAL		5	SE	R\$ 144,24	R\$ 721,20
COLONOSCOPIA		10	SE	R\$ 619,28	R\$ 6.192,80
DENSITOMETRIA ÓSSEA		20	SE	R\$ 127,48	R\$ 2.549,60
DOPPLER COLORIDO DE ÓRGÃO OU ESTRUTURA		5	SE	R\$ 299,53	R\$ 1.497,65
ECOCARDIOGRAMA		200	SE	R\$ 216,30	R\$ 43.260,00
ELETRO ENCEFALOGRAMA		5	SE	R\$ 255,40	R\$ 1.277,00
ELETROCARDIOGRAMA		15	SE	R\$ 90,26	R\$ 1.353,90
ENDOSCOPIA		5	SE	R\$ 388,90	R\$ 1.944,50
ESPIROMETRIA- PROVA FUNÇÃO PULMONAR		5	SE	R\$ 218,27	R\$ 1.091,35
HOLTER		20	SE	R\$ 177,56	R\$ 3.551,20

MAMOGRAFIA		15	SE	R\$	177,87	R\$	2.668,05
MAPA		20	SE	R\$	152,88	R\$	3.057,60
PAAF- PUNÇÃO ASPIRATIVA GUIADA POR USG		12	SE	R\$	382,60	R\$	4.591,20
POLIPECTOMIA		10	SE	R\$	255,83	R\$	2.558,30
RAIO X ABDOME SIMPLES		20	SE	R\$	85,33	R\$	1.706,60
RAIO X ADENÓIDES OU CAVUM		20	SE	R\$	87,58	R\$	1.751,60
RAIO X ANTEBRAÇO		20	SE	R\$	89,48	R\$	1.789,60
RAIO X ART. COXO FEMURAL(QUADRIL)		20	SE	R\$	86,73	R\$	1.734,60
RAIO X BACIA		20	SE	R\$	87,82	R\$	1.756,40
RAIO X BRAÇO		15	SE	R\$	87,30	R\$	1.309,50
RAIO X CALCANEIO		15	SE	R\$	86,56	R\$	1.298,40
RAIO X CAVUM		15	SE	R\$	90,25	R\$	1.353,75
RAIO X CLAVÍCULA		10	SE	R\$	87,76	R\$	877,60
RAIO X COL.SACRO COCCIX		10	SE	R\$	90,34	R\$	903,40
RAIO X COLUNA C/ OBLÍQUA		20	SE	R\$	83,58	R\$	1.671,60
RAIO X COLUNA CERVICAL		20	SE	R\$	87,66	R\$	1.753,20
RAIO X COLUNA DORSAL		20	SE	R\$	86,04	R\$	1.720,80
RAIO X COLUNA DORSO-LOMBAR(TRANSIÇÃO)		20	SE	R\$	81,91	R\$	1.638,20
RAIO X COLUNA LOMBO SACRA		20	SE	R\$	88,00	R\$	1.760,00
RAIO X COLUNA LOMBO SACRA FUNCIONAL/OU DINAMICA		20	SE	R\$	80,82	R\$	1.616,40
RAIO X COLUNA TOTAL OU ESCOLEOSE PANORAMICO		20	SE	R\$	80,77	R\$	1.615,40
RAIO X COSTELAS POR HEMITORAX		10	SE	R\$	86,50	R\$	865,00
RAIO X COTOVELO		8	SE	R\$	86,01	R\$	688,08
RAIO X COXA		7	SE	R\$	92,46	R\$	647,22
RAIO X CRANIO		12	SE	R\$	87,71	R\$	1.052,52
RAIO X ESCANOMETRIA		10	SE	R\$	158,40	R\$	1.584,00
RAIO X JOELHO		50	SE	R\$	88,10	R\$	4.405,00
RAIO X JOELHO AXIAL		15	SE	R\$	79,74	R\$	1.196,10
RAIO X LARINGE		10	SE	R\$	60,17	R\$	601,70
RAIO X MÃO		10	SE	R\$	88,94	R\$	889,40
RAIO X MÃOS E PUNHOS PARA IDADE ÓSSEA		20	SE	R\$	88,92	R\$	1.778,40
RAIO X MASTOIDES		10	SE	R\$	89,03	R\$	890,30
RAIO X OMOPLATA OU OMBRO		15	SE	R\$	85,90	R\$	1.288,50
RAIO X ÓRBITAS		8	SE	R\$	53,92	R\$	431,36
RAIO X OSSOS DA FACE		10	SE	R\$	87,73	R\$	877,30
RAIO X PATELA		8	SE	R\$	87,00	R\$	696,00
RAIO X PÉ OU PODODACTILOS		15	SE	R\$	86,95	R\$	1.304,25
RAIO X PERNA		12	SE	R\$	87,75	R\$	1.053,00
RAIO X PUNHO		12	SE	R\$	90,59	R\$	1.087,08
RAIO X SEIOS DA FACE		10	SE	R\$	86,24	R\$	862,40
RAIO X SELA TURCA		8	SE	R\$	93,88	R\$	751,04
RAIO X TORAX		150	SE	R\$	87,76	R\$	13.164,00
RAIO X TORNOZELO		20	SE	R\$	86,00	R\$	1.720,00
RAIO X TRANSITO INTESTINAL		10	SE	R\$	62,03	R\$	620,30
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEM SUPERIOR		12	SE	R\$	576,67	R\$	6.920,04
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE ABDOMEM SUPERIOR C/CONTRASTE		20	SE	R\$	729,56	R\$	14.591,20
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE BACIA (articulações sacroiliacas)		10	SE	R\$	519,47	R\$	5.194,70
RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA/PELVE		10	SE	R\$	629,46	R\$	6.294,60
RESSONANCIA MAGNETICA DE BACIA/PELVE C/CONTRASTE		20	SE	R\$	742,66	R\$	14.853,20
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL		50	SE	R\$	513,77	R\$	25.688,50
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA CERVICAL C/CONTRASTE		10	SE	R\$	725,62	R\$	7.256,20

RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO SACRA		10	SE	R\$	509,47	R\$	5.094,70
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA LOMBO SACRA C/CONTRASTE		10	SE	R\$	742,19	R\$	7.421,90
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA/DORSAL		10	SE	R\$	526,27	R\$	5.262,70
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE COLUNA TORÁCICA/DORSAL C/CONTRASTE		10	SE	R\$	741,45	R\$	7.414,50
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO		10	SE	R\$	562,52	R\$	5.625,20
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE CRÂNIO C/CONTRASTE		35	SE	R\$	736,84	R\$	25.789,40
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO INFERIOR UNILATERAL) Descrição:Correspondente ao estudo da articulação coxofemural,coxa, joelho, perna,pé, tornozelo.		35	SE	R\$	528,53	R\$	18.498,55
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE MEMBRO SUPERIOR(UNILATERAL) Descrição:Correspondente ao estudo do Ombro,braço, cotovelo,antebraço,punho e mão.		12	SE	R\$	512,40	R\$	6.148,80
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE Pelve (não inclui articulações coxofemorais)		10	SE	R\$	569,99	R\$	5.699,90
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES		10	SE	R\$	568,04	R\$	5.680,40
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA DE VIAS BILIARES C/CONTRASTE		10	SE	R\$	746,92	R\$	7.469,20
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA SELA TURCICA		10	SE	R\$	573,45	R\$	5.734,50
RESSONÂNCIA MAGNÉTICA-COLANGIO RM		10	SE	R\$	574,02	R\$	5.740,20
TESTE ERGOMÉTRICO		50	SE	R\$	152,42	R\$	7.621,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA PELVE/BACIA/ABDOMEN INFERIOR		10	SE	R\$	569,98	R\$	5.699,80
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DA PELVE/BACIA/ABDOMEN INFERIOR C/ CONTRASTE		35	SE	R\$	475,76	R\$	16.651,60
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR		10	SE	R\$	555,34	R\$	5.553,40
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ABDOMEN SUPERIOR C/CONTRASTE		30	SE	R\$	485,98	R\$	14.579,40
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL		10	SE	R\$	441,36	R\$	4.413,60
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA CERVICAL C/CONTRASTE		5	SE	R\$	487,51	R\$	2.437,55
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA		10	SE	R\$	435,04	R\$	4.350,40
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA TORÁCICA C/CONTRASTE		5	SE	R\$	481,48	R\$	2.407,40
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE MASTOIDES		5	SE	R\$	440,23	R\$	2.201,15
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES		7	SE	R\$	492,91	R\$	3.450,37
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SEGMENTOS APENDICULARES Descrição: Correspondente a braço,antebraço,coxa, perna		7	SE	R\$	433,03	R\$	3.031,21
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICAS		5	SE	R\$	460,81	R\$	2.304,05
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE SELA TURCICAS C/CONTRASTE		5	SE	R\$	476,94	R\$	2.384,70
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TÓRAX		50	SE	R\$	438,20	R\$	21.910,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE TORAX COM CONTRASTE		5	SE	R\$	525,17	R\$	2.625,85
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO		40	SE	R\$	432,60	R\$	17.304,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO C/CONTRASTE		10	SE	R\$	474,10	R\$	4.741,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO		5	SE	R\$	478,27	R\$	2.391,35
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO PESCOÇO-Descrição: Correspondente as partes moles do pescoço, laringe, faringe e tireóide.		5	SE	R\$	546,25	R\$	2.731,25
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO INFERIOR Descrição:Correspondente as articulações quadril, joelho,tornozelo,calcâneo,pé		4	SE	R\$	451,25	R\$	1.805,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE ARTICULAÇÕES DE MEMBRO SUPERIOR Descrição:Correspondente as articulações esterno claviclar,ombro,cotovelo e punho,mão		10	SE	R\$	455,08	R\$	4.550,80
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA E		15	SE	R\$	443,52	R\$	6.652,80
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE COLUNA LOMBO-SACRA E C/CONTRASTE		5	SE	R\$	480,00	R\$	2.400,00
TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DE FACE/SEIOS DA FACE/ART TEMPORO MANDIBULARES		10	SE	R\$	429,83	R\$	4.298,30
ULTRASSOM ABDOMEN SUPERIOR		20	SE	R\$	132,42	R\$	2.648,40

ULTRASSOM ABDOMEN TOTAL		50	SE	R\$	177,26	R\$	8.863,00
ULTRASSOM APARELHO URINÁRIO		40	SE	R\$	139,11	R\$	5.564,40
ULTRASSOM ARTICULAÇÕES (ombro,cotovelo, punho,mão,pé tornozelo, calcaneo, joelho,quadril)		40	SE	R\$	146,67	R\$	5.866,80
ULTRASSOM CERVICAL		10	SE	R\$	144,00	R\$	1.440,00
ULTRASSOM DE BOLSA ESCROTAL		15	SE	R\$	149,10	R\$	2.236,50
ULTRASSOM DE PAREDE ABDOMINAL		15	SE	R\$	137,21	R\$	2.058,15
ULTRASSOM DE REGIÃO INGUINAL		10	SE	R\$	135,00	R\$	1.350,00
ULTRASSOM DOPPLER ARTERIAL DE MM II (CADA MEMBRO)		30	SE	R\$	491,45	R\$	14.743,50
ULTRASSOM DOPPLER DE ARTÉRIAS CARÓTIDAS E VÉRTEBRAS		20	SE	R\$	226,37	R\$	4.527,40
ULTRASSOM DOPPLER VENOSO DE MM II(CADA MEMBRO)		40	SE	R\$	495,95	R\$	19.838,00
ULTRASSOM ENDOVAGINAL COM DOPPLER		15	SE	R\$	205,25	R\$	3.078,75
ULTRASSOM MAMÁRIA BILATERAL		30	SE	R\$	140,83	R\$	4.224,90
ULTRASSOM MORFOLÓGICO (1º trimestre)		20	SE	R\$	444,22	R\$	8.884,40
ULTRASSOM OBSTÉTRICA		10	SE	R\$	191,43	R\$	1.914,30
ULTRASSOM OBSTÉTRICO COM DOPPLER		20	SE	R\$	288,81	R\$	5.776,20
ULTRASSOM ORGÃOS E ESTRUTURAS		10	SE	R\$	134,11	R\$	1.341,10
ULTRASSOM PELVICA		10	SE	R\$	140,35	R\$	1.403,50
ULTRASSOM PELVICA ENDOVAGINAL		5	SE	R\$	152,09	R\$	760,45
ULTRASSOM PELVICA TRANSVAGINAL		90	SE	R\$	138,00	R\$	12.420,00
ULTRASSOM PROSTATA VIA ABDOMINAL		10	SE	R\$	138,33	R\$	1.383,30
ULTRASSOM PROSTATA VIA TRANSRETAL		5	SE	R\$	180,29	R\$	901,45
ULTRASSOM TIREÓIDE		30	SE	R\$	146,08	R\$	4.382,40
TOTAL						R\$	611.582,22

10. DEMANDA E AUTORIZAÇÃO

Submeto para análise e deliberação a inclusão da demanda no exercício 2026 em

03/03/2026

Responsáveis pela Demanda

Stéphany C. de Oliveira
Stéphany Clemente de Oliveira
Servidor Municipal

Eriovaldo da Silva Ferreira
Eriovaldo da Silva Ferreira
Secretário Municipal

11. REGISTRO DA DEMANDA À ALTA ADMINISTRAÇÃO

Registro que a demanda foi incluída para ANÁLISE e será prontamente organizada e complementada na elaboração das futuras contratações do exercício 2026

03/03/2026

Tiago da Silva
Alta Administração