



ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DIRETORIA DE PLANEJAMENTO E REGULAÇÃO

ETP nº 003/2024/DPR

## INTRODUÇÃO

O presente documento caracteriza a primeira etapa da fase de planejamento e apresenta os devidos estudos para a contratação de solução que atenderá à necessidade abaixo especificada.

O objetivo principal é estudar detalhadamente a necessidade e identificar no mercado a melhor solução para supri-la, em observância às normas vigentes e aos princípios que regem a Administração Pública.

OBJETO: CREDENCIAMENTO DE PROFISSIONAIS MÉDICOS, COM COMPROVAÇÃO DE EXPERIÊNCIA DE ATUAÇÃO, PARA ATENDIMENTO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA, DE FORMA COMPLEMENTAR, EM REGIME DE ATENDIMENTOS AMBULATORIAIS, CIRURGIAS, PARECERES MÉDICOS, PLANTÕES PRESENCIAIS E/OU SOBREAVISO, PROCEDIMENTOS AMBULATORIAIS E VISITAS CLÍNICAS, PARA DESEMPENHAREM SUAS ATIVIDADES JUNTO À SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE – SMS, QUE FARÁ O ENCAMINHAMENTO DOS PROFISSIONAIS QUE ATENDEREM AOS REQUISITOS, PARA ATUAREM NOS ATENDIMENTOS AO HOSPITAL MUNICIPAL DR. EDGLEY, AO HOSPITAL MUNICIPAL DR. BEZERRA DE CARVALHO (HOSPITAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE) E AO HOSPITAL MUNICIPAL PEDRO I, UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO – DR. MAIA, UNIDADE DE PRONTO ATENDIMENTO DR. ADHEMAR DANTAS, AO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA CAMPINA GRANDE – (SAMU 192), À CENTRAL DE REGULAÇÃO DE LEITOS AMBULATORIAIS E HOSPITALARES, INSTITUTO DE SAÚDE ELPÍDIO DE ALMEIDA – ISEA, CENTRO DE SAÚDE, CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL, CENTRO ESPECIALIZADO EM REABILITAÇÃO (CER), CENTRO DE REFERÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (CEREST), CENTRO REGIONAL DE REABILITAÇÃO E ASSISTÊNCIA EM SAÚDE DO TRABALHADOR (CERAST), DIRETORIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE, SERVIÇO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO (SAE), UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE E PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA, UNIDADE MISTA DE GALANTE E DEMAIS.

## I - DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE:

**Descrição da necessidade da contratação, considerado o problema a ser resolvido sob a perspectiva do interesse público. (Art. 7º, inciso I da IN 40/2020 e inciso I do § 1º do art. 18 do PL 4253/2020).**

O CREDENCIAMENTO visa atender eventual demanda do Fundo Municipal de Saúde referente à contratação de médicos para atuação no âmbito da Rede de Assistência à Saúde de Campina Grande. Embora sejam permanentes os esforços levados a efeito pela administração municipal no sentido de fortalecer o Quadro de pessoal da área médica, ainda persiste a necessidade de médicos, generalistas e especialistas, para atuação na





**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**DIRETORIA DE PLANEJAMENTO E REGULAÇÃO**

Atenção Primária, e também nos Hospitais e na Rede de Urgência e Emergência, situação que foi agravada pelo cenário da pandemia da COVID-19.

Nesse sentido, a realização do processo de credenciamento se justifica, por ser o instituto aplicável em situações de inexigibilidade de licitação, quando não há que se falar em concorrência dentre os interessados, também porque nesse procedimento, a avaliação técnica limita-se a verificar se o interessado, pessoa física ou jurídica, possui capacidade para executar o serviço, sem caráter classificatório.

A realização do procedimento encontra-se motivada na necessidade de salvaguardar o interesse público e assegurar a integralidade da assistência, por meio do reforço no quadro médico, tendo em vista a insuficiência de servidores do quadro efetivo para fazer frente ao aumento vertiginoso da demanda, que acompanhou a criação de novos serviços.

Vale ressaltar que no ano 2023, o investimento do Município com serviços médicos, para suplementar a Rede própria, superou 50 (cinquenta) milhões de reais, o que ressalta a necessidade do credenciamento e o elege como alternativa assertiva a curto prazo, para viabilizar a continuidade e expansão da oferta dos serviços, em harmonia com a atual situação epidemiológica.

Dessa forma, considerando que o Acórdão nº 784/18 do TCU expressa que é possível a utilização de credenciamento para contratar a prestação de serviços privados de saúde no âmbito do SUS, quando a administração tiver interesse em contratar todos os prestadores de serviços que atendam aos requisitos do edital de chamamento, e por ser essa a hipótese discutida, onde a realização do procedimento de credenciamento irá permitir que a administração mantenha a oferta regular dos atendimentos médicos, afastando a possibilidade de solução de continuidade no âmbito dos atendimentos médicos na Atenção Primária, Rede Pré-Hospitalar e Hospitalar.

Considerando, finalmente, a previsão do art. 79, I da Lei nº 14.133, de 1º de Abril de 2021, que estabelece que o credenciamento poderá ser usado na hipótese de contratação paralela e não excludente: caso em que é viável e vantajosa para a Administração a realização de contratações simultâneas em condições padronizadas, e que esta é a situação





**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**DIRETORIA DE PLANEJAMENTO E REGULAÇÃO**

caracterizada no autos, resta pois divulgar e manter à disposição do público, em sítio eletrônico oficial, o edital de chamamento de interessados, de modo a permitir o cadastramento permanente de novos interessados, conforme critérios objetivos de distribuição da demanda definidos no termo de referência correspondente.

## **II – DA PREVISÃO NO PLANO DE CONTRATAÇÃO ANUAL – PCA :**

---

**Fundamentação: Descrição dos requisitos necessários e suficientes à escolha da solução, prevendo critérios e práticas de sustentabilidade (Art. 7º, inciso II da IN 40/2020 e inciso III do § 1º do art. 18 do PL 4253/2020).**

A respeito do Plano de Contratações Anual, o município de Campina Grande ainda não implementou, encontrando-se expresso no Decreto Municipal 4.751/23 o prazo máximo de 2 (dois) anos, a contar da publicação do Decreto, conforme Parecer Referencial nº 007/2023/ASSEJUR/SAD/PMCG (item 43), publicado na Separata do Semanário Oficial de Campina Grande, 29/12/2023.

## **III - REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO:**

---

**Descrição dos requisitos necessários e suficientes à escolha da solução, prevendo critérios e práticas de sustentabilidade (Art. 7º, inciso II da IN 40/2020 e inciso III do § 1º do art. 18 do PL 4253/2020).**

Não se aplica.

## **IV – ESTIMATIVAS DAS QUANTIDADES:**

---

Não se aplica.

## **V – LEVANTAMENTO DE MERCADO:**

---

**Levantamento de mercado, que consiste na análise das alternativas possíveis, e justificativa técnica e econômica da escolha do tipo de solução a contratar. (inciso V do § 1º do art. 18 do PL 4253/2020).**

Conforme art. 23, da Lei nº 14.133/2021, o valor previamente estimado da contratação deverá ser compatível com os valores praticados pelo mercado, considerados os preços constantes





ESTADO DA PARAÍBA  
PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DIRETORIA DE PLANEJAMENTO E REGULAÇÃO

de bancos de dados públicos e as quantidades a serem contratadas, observadas a potencial economia de escala e as peculiaridades do local de execução do objeto.

Nesse sentido, foi utilizado o parâmetro do inciso II: contratações similares feitas pela Administração Pública, em execução ou concluídas no período de 1 (um) ano anterior à data da pesquisa de preços, inclusive mediante sistema de registro de preços, observado o índice de atualização de preços correspondente;

#### VI – ESTIMATIVA DO VALOR DA CONTRATAÇÃO:

**Estimativa do valor da contratação, acompanhada dos preços unitários referenciais, das memórias de cálculo e dos documentos que lhe dão suporte, que poderão constar de anexo classificado, se a administração optar por preservar o seu sigilo até a conclusão da licitação (Art. 7º, inciso VI da IN 40/2020 e inciso VI do § 1º do art. 18 do PL 4253/2020).**

O valor global estimado para o credenciamento considera o que foi executado no ano de 2023, com uma projeção de crescimento no importe de 25 %, totalizando R\$ 62.586.000,00 (sessenta e dois milhões, quinhentos e oitenta e seis mil reais), a refletir a criação de novos serviços, bem como as alterações contratuais que foram promovidas no exercício anterior e ensejaram a majoração do valor contratual no patamar retromencionado.

Os valores unitários foram definidos de acordo com o parâmetro do item V, conforme planilha a seguir:

| Serviço municipal de Saúde                             | GENERALISTAS   | ESPECIALISTAS  | GENERALISTAS             | ESPECIALISTAS            |
|--------------------------------------------------------|----------------|----------------|--------------------------|--------------------------|
|                                                        | DIAS DA SEMANA | DIAS DA SEMANA | FINS DE SEMANA/FERIAS DO | FINS DE SEMANA/FERIAS DO |
| HOSPITAL DR. EDGLEY-CLÍNICA MÉDICA                     | 1.080,00       | 1.080,00       | 1.290,00                 | 1.290,00                 |
| HOSPITAL DR. EDGLEY-CLÍNICA MÉDICA - SOBREAVISO        | 540,00         | 540,00         | 645,00                   | 645,00                   |
| HOSPITAL DR. EDGLEY (ANESTESISTAS)                     |                | 1800,00        |                          | 1800,00                  |
| (ANESTESISTAS) - SOBREAVISO                            |                | 800,00         |                          | 800,00                   |
| HOSPITAL DR. EDGLEY (PSIQUIATRIA)                      | -              | 1080,00        | -                        | 1.290,00                 |
| HOSPITAL DR. EDGLEY (PSIQUIATRIA) - SOBREAVISO         |                | 540,00         |                          | 645,00                   |
| HOSPITAL DR. EDGLEY (NEFROLOGIA/ DIÁLISE)              |                | 1.500,00       |                          | 1.500,00                 |
| HOSPITAL DR. EDGLEY (NEFROLOGIA/ DIÁLISE) - SOBREAVISO |                | 750,00         |                          | 750,00                   |





**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**DIRETORIA DE PLANEJAMENTO E REGULAÇÃO**

|                                                  |                                                                                                                                                                                       |                                      |                                      |                                      |
|--------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|--------------------------------------|
| HOSPITAL DR. EDGLEY (UTI)                        |                                                                                                                                                                                       | 1.300,00                             |                                      | 1.500,00                             |
| HOSPITAL DR. EDGLEY (UTI) - SOBREAVISO           |                                                                                                                                                                                       | 650,00                               |                                      | 750,00                               |
| HOSPITAL DR. EDGLEY (EVOLUÇÕES)                  | 350,00                                                                                                                                                                                | 450,00                               | 350,00                               | 450,00                               |
| HOSPITAL DR. EDGLEY (AMBULATÓRIOS)               | 560,00                                                                                                                                                                                | 560,00                               | 560,00                               | 560,00                               |
| HOSPITAL PEDRO I GENERALISTAS                    | 1.080,00                                                                                                                                                                              | -                                    | 1.290,00                             | -                                    |
| HOSPITAL PEDRO I GENERALISTAS - SOBREAVISO       | 540,00                                                                                                                                                                                |                                      | 645,00                               |                                      |
| HOSPITAL PEDRO I (EMERGÊNCIA)                    | 1.080,00                                                                                                                                                                              | 1.290,00                             | 1.290,00                             | 1.290,00                             |
| HOSPITAL PEDRO I (EMERGÊNCIA) - SOBREAVISO       | 540,00                                                                                                                                                                                |                                      | 645,00                               |                                      |
| HOSPITAL PEDRO I (UTI)                           |                                                                                                                                                                                       | 1.300,00                             |                                      | 1.500,00                             |
| HOSPITAL PEDRO I (EVOLUÇÕES)                     | 350,00                                                                                                                                                                                | 450,00                               | 350,00                               | 450,00                               |
| HOSPITAL PEDRO I (AMBULATÓRIOS)                  | 560,00                                                                                                                                                                                | 560,00                               | 560,00                               | 560,00                               |
| HOSPITAL PEDRO I (CIRURGIÕES)                    | -                                                                                                                                                                                     | 1300,00                              | -                                    | 1500,00                              |
| HOSPITAL PEDRO I (ANESTESISTAS)                  |                                                                                                                                                                                       | 1800,00                              |                                      | 1800,00                              |
| HOSPITAL PEDRO I (ANESTESISTAS) - SOBREAVISO     |                                                                                                                                                                                       | 800,00                               |                                      | 800,00                               |
| HOSPITAL PEDRO I (ORTOPEDISTAS)                  |                                                                                                                                                                                       | 1300,00                              |                                      | 1500,00                              |
| HOSPITAL PEDRO I (ORTOPEDISTAS) - SOBREAVISO     |                                                                                                                                                                                       | 645,00                               |                                      | 750,00                               |
| HOSPITAL PEDRO (PARECER)                         | -                                                                                                                                                                                     | 650,00                               | -                                    | 750,00                               |
| HOSPITAL PEDRO / ENDOSCOPIAS/COLONOSCOPIAS       | R\$ 1.080,00 (Generalistas e Especialistas) VALOR POR AGENDA DE EXAMES PRÉ-ESTABELECIDO PELO HOSPITAL E CUMPRIDA PELOS PROFISSIONAIS-EXAMES REALIZADOS COM MÁQUINA DOS PROFISSIONAIS. |                                      |                                      |                                      |
| HOSPITAL PEDRO I (PLANTÃO COVID - ÁREA VERDE)    | 1.080,00 (GRATIFICAÇÃO COVID- 20%) +                                                                                                                                                  | 1.080,00 (GRATIFICAÇÃO COVID- 20%) + | 1.290,00 (GRATIFICAÇÃO COVID- 20%) + | 1.290,00 (GRATIFICAÇÃO COVID- 20%) + |
| HOSPITAL PEDRO I (PLANTÃO COVID - ÁREA VERMELHA) | 1.080,00 (GRATIFICAÇÃO COVID- 40%) +                                                                                                                                                  | 1.080,00 (GRATIFICAÇÃO COVID- 40%) + | 1.290,00 (GRATIFICAÇÃO COVID- 40%) + | 1.290,00 (GRATIFICAÇÃO COVID- 40%) + |
| UPA DR. MAIA                                     | 1.080,00                                                                                                                                                                              | 1.290,00                             |                                      |                                      |
| UPA DR. MAIA - SOBREAVISO                        | 540,00                                                                                                                                                                                | 540,00                               | 645,00                               | 645,00                               |
| UPA DR. MAIA ORTOPEDIA                           |                                                                                                                                                                                       | 1.290,00                             |                                      | 1.290,00                             |
| UPA DR. MAIA (ALA COVID - VERDE)                 | 1.080,00 (GRATIFICAÇÃO COVID- 20%) +                                                                                                                                                  | 1.080,00 (GRATIFICAÇÃO COVID- 20%) + | 1.290,00 +(GRATIFICAÇÃO COVID- 20%)  | 1.290,00 +(GRATIFICAÇÃO COVID- 20%)  |
| UPA DR. MAIA (ALA COVID-VERMELHA)                | 1.080,00 (GRATIFICAÇÃO COVID- 40%) +                                                                                                                                                  | 1.080,00 (GRATIFICAÇÃO COVID- 40%) + | 1.290,00 (GRATIFICAÇÃO COVID- 40%) + | 1.290,00 (GRATIFICAÇÃO COVID- 40%) + |
| UPA DINAMÉRICA                                   | 1080,00                                                                                                                                                                               | 1080,00                              | 1290,00                              | 1290,00                              |
| UPA DINAMÉRICA - SOBREAVISO                      | 540,00                                                                                                                                                                                | 540,00                               | 645,00                               | 645,00                               |
| HOSPITAL DA CRIANÇA                              | 1.080,00                                                                                                                                                                              | 1.080,00                             | 1.290,00                             | 1.290,00                             |
| HOSPITAL DA CRIANÇA - SOBREAVISO                 | 540,00                                                                                                                                                                                | 540,00                               | 645,00                               | 645,00                               |
| HOSPITAL DA CRIANÇA (UTI)                        |                                                                                                                                                                                       | 1.300,00                             |                                      | 1.500,00                             |
| HOSPITAL DA CRIANÇA (UTI) - SOBREAVISO           |                                                                                                                                                                                       | 650,00                               |                                      | 750,00                               |
| HOSPITAL DA CRIANÇA (EVOLUÇÕES)                  | 350,00                                                                                                                                                                                | 450,00                               | 350,00                               | 450,00                               |
| HOSPITAL DA CRIANÇA (AMBULATÓRIOS)               | 560,00                                                                                                                                                                                | 560,00                               | 560,00                               | 560,00                               |
| SAMU                                             | 1.080,00                                                                                                                                                                              | 1.080,00                             | 1.290,00                             | 1.290,00                             |



**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**DIRETORIA DE PLANEJAMENTO E REGULAÇÃO**

|                                                              |                                                                                             |          |          |          |
|--------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|----------|----------|----------|
| ISEA                                                         | 1.080,00                                                                                    | 1.300,00 | 1.290,00 | 1.500,00 |
| ISEA - SOBREAVISO                                            | 540,00                                                                                      | 650,00   | 645,00   | 750,00   |
| ISEA (UTI)                                                   |                                                                                             | 1.300,00 |          | 1.500,00 |
| ISEA UTI (SOBREAVISO)                                        | -                                                                                           | 650.00   | -        | 750.00   |
| ISEA (CIRURGIA PEDIÁTRICA/SOBREAVISO)                        | -                                                                                           | 750.00   | -        | 750.00   |
| ISEA (EVOLUÇÕES)                                             | 350,00                                                                                      | 350,00   | 450,00   | 450,00   |
| ISEA (AMBULATÓRIOS)                                          | 560,00                                                                                      | 560,00   | 560,00   | 560,00   |
| SOBREAVISO/PARECER-NEUROLOGIA                                | R\$ 10.000,00 PARA PARECER EM TODA REDE MUNICIPAL                                           |          |          |          |
| SOBREAVISO/PARECER – CIRURGIA TORÁCICA                       | R\$ 12.500,00 PARA PARECER EM TODA REDE MUNICIPAL                                           |          |          |          |
| SOBREAVISO/PARECER- CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO             | R\$ 10.000,00 PARA PARECER EM TODA REDE MUNICIPAL                                           |          |          |          |
| SOBREAVISO/PARECER- CIRURGIA GERAL                           | R\$ 10.000,00 PARA PARECER EM TODA REDE MUNICIPAL                                           |          |          |          |
| SOBREAVISO / PARECER/PROCEDIMENTOS – VASCULAR                | 1.300,00                                                                                    | 1.300,00 | 1.500,00 | 1.500,00 |
| NEUROLOGIA INFANTIL - CER                                    | R\$ 800,00 POR AMBULATÓRIO COM 15 ATENDIMENTOS                                              |          |          |          |
| EXAMES DE IMAGEM CARDIOLÓGICOS– REDE                         | R\$ 180 POR EXAME COM MÁQUINA DO PROFISSIONAL                                               |          |          |          |
| EXAMES DE IMAGEM (ULTRASSONOGRAFIA) – REDE                   | R\$ 80,00 POR EXAME COM MÁQUINA DO PROFISSIONAL                                             |          |          |          |
| EXAMES DE IMAGEM (ULTRASSONOGRAFIA) – REDE                   | R\$ 70,00 POR EXAME COM MÁQUINA DA SMS                                                      |          |          |          |
| CIRURGIAS ELETIVAS                                           | 2 X VALOR PAGO NA TABELA SUS                                                                |          |          |          |
| UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE                                    | VENCIMENTOS: R\$ 4.481,63 + PRODUTIVIDADE: R\$ 7.018,37 (CARGA HORÁRIA: 40 HORAS SEMANAIS). |          |          |          |
| ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA E ATENÇÃO ESPECIALIZADA EM SAÚDE |                                                                                             |          |          |          |
| CENTRO DE SAÚDE CATOLÉ                                       | 560.00 POR AMBULATÓRIO DE 06(SEIS) HORAS COM ATENDIMENTO MÍNIMO DE 15(QUINZE) PACIENTES.    |          |          |          |
| CENTRO DE SAÚDE BELA VISTA                                   | 560.00 POR AMBULATÓRIO DE 06(SEIS) HORAS COM ATENDIMENTO MÍNIMO DE 15(QUINZE) PACIENTES.    |          |          |          |
| CENTRO DE SAÚDE SÃO JOSÉ DA MATA                             | 560.00 POR AMBULATÓRIO DE 06(SEIS) HORAS COM ATENDIMENTO MÍNIMO DE 15(QUINZE) PACIENTES.    |          |          |          |
| CENTRO DE SAÚDE FRANCISCO PINTO                              | 560.00 POR AMBULATÓRIO DE 06(SEIS) HORAS COM ATENDIMENTO MÍNIMO DE 15(QUINZE) PACIENTES.    |          |          |          |
| CENTRO DE SAÚDE DA PALMEIRA                                  | 560.00 POR AMBULATÓRIO DE 06(SEIS) HORAS COM ATENDIMENTO MÍNIMO DE 15(QUINZE) PACIENTES     |          |          |          |
| POLICLÍNICA LUIZA COSME                                      | 560.00 POR AMBULATÓRIO DE 06(SEIS) HORAS COM ATENDIMENTO MÍNIMO DE 15(QUINZE) PACIENTES.    |          |          |          |
| POLICLÍNICA TEREZINHA GARCIA                                 | 560.00 POR AMBULATÓRIO DE 06(SEIS) HORAS COM ATENDIMENTO MÍNIMO DE 15(QUINZE) PACIENTES.    |          |          |          |
| CERAST                                                       | 560.00 POR AMBULATÓRIO DE 06(SEIS) HORAS COM ATENDIMENTO MÍNIMO DE 15(QUINZE) PACIENTES.    |          |          |          |
| CEREST                                                       | 560.00 POR AMBULATÓRIO DE 06(SEIS) HORAS COM ATENDIMENTO MÍNIMO DE 15(QUINZE) PACIENTES     |          |          |          |
| SAE                                                          | 560.00 POR AMBULATÓRIO DE 06(SEIS) HORAS COM ATENDIMENTO MÍNIMO DE 15(QUINZE) PACIENTES.    |          |          |          |
| AMBULATÓRIO DE PSIQUIATRIA                                   | 800.00 POR AMBULATÓRIO DE 06(SEIS) HORAS COM ATENDIMENTO MÍNIMO DE 15(QUINZE) PACIENTES.    |          |          |          |
| CER                                                          | 560.00 POR AMBULATÓRIO DE 06(SEIS) HORAS COM ATENDIMENTO MÍNIMO DE 15(QUINZE) PACIENTES.    |          |          |          |
| VIGILÂNCIA EM SAÚDE                                          | 560.00 POR AMBULATÓRIO DE 06(SEIS) HORAS COM ATENDIMENTO MÍNIMO DE 15(QUINZE) PACIENTES.    |          |          |          |
| UNIDADE MISTA DE GALANTE                                     | 560.00 POR AMBULATÓRIO DE 06(SEIS) HORAS COM ATENDIMENTO MÍNIMO DE 15(QUINZE) PACIENTES.    |          |          |          |





**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**DIRETORIA DE PLANEJAMENTO E REGULAÇÃO**

## **VII - DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO:**

**Fundamentação:** Descrição da solução como um todo, inclusive das exigências relacionadas à manutenção e à assistência técnica, quando for o caso, acompanhada das justificativas técnica e econômica da escolha do tipo de solução (Art. 7º, inciso IV da IN 40/2020 e inciso VII do § 1º do art. 18 do PL 4253/2020).

Nesse caminho, considerando a necessidade e os eventuais reflexos desta demanda, levando em consideração ainda o Princípio da Vantajosidade sob os aspectos da conveniência, economicidade e eficiência do serviço público, a melhor opção é a apresentada na solução (x).

## **VIII – JUSTIFICATIVA PARA PARCELAMENTO:**

---

Conforme preceitua o art. 40, V, “b”, da Nova Lei de Licitações, o planejamento deverá observar a diretriz do parcelamento, quando for tecnicamente viável e economicamente vantajoso.

Não se aplica.

## **IX - DEMONSTRAÇÃO DOS RESULTADOS PRETENDIDOS:**

---

**Fundamentação:** Resultados pretendidos, em termos de efetividade e de desenvolvimento nacional sustentável; (Art. 7º, inciso X da IN 40/2020) Demonstrativo dos resultados pretendidos em termos de economicidade e de melhor aproveitamento dos recursos humanos, materiais e financeiros disponíveis; (inciso IX do § 1º do art. 18 do PL 4253/2020).

Viabilizar a contratação por meio de credenciamento, como hipótese de contratação paralela e não excludente, posto que viável e vantajosa para a Administração a realização de contratações simultâneas em condições padronizadas, divulgando e mantendo à disposição do público, em sítio eletrônico oficial, o edital de chamamento de interessados, de modo a permitir o cadastramento permanente de novos interessados, conforme critérios objetivos de distribuição da demanda definidos pela administração municipal.

## **X - PROVIDÊNCIAS PRÉVIAS AO CONTRATO:**

---







**ESTADO DA PARAÍBA**  
**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPINA GRANDE**  
**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
**DIRETORIA DE PLANEJAMENTO E REGULAÇÃO**

**Fundamentação:** Providências a serem adotadas pela administração previamente à celebração do contrato, inclusive quanto à capacitação de servidores ou de empregados para fiscalização e gestão contratual ou adequação do ambiente da organização; (Art. 7º, inciso XI da IN 40/2020 e inciso X do § 1º do art. 18 do PL 4253/2020).

Disponibilizar e atualizar a lista de credenciados relacionados de acordo com o critério estabelecido no edital, no site <https://sistema.campinagrande.br/cdc> e no Portal Nacional de Contratações Públicas – PNCP.

**XI - CONTRATAÇÕES CORRELATAS E/OU INTERDEPENDENTES:**

---

Não se aplica.

**XII - IMPACTOS AMBIENTAIS:**

---

**Fundamentação:** Possíveis impactos ambientais e respectivas medidas de tratamento. (Art. 7º, inciso XII da IN 40/2020) Descrição de possíveis impactos ambientais e respectivas medidas mitigadoras, incluídos requisitos de baixo consumo de energia e de outros recursos, bem como logística reversa para desfazimento e reciclagem de bens e refugos, quando aplicável. (inciso XII do § 1º do art. 18 do PL 4253/2020).

Não se aplica.

**XIII – VIABILIDADE DA CONTRATAÇÃO:**

---

**Fundamentação:** Posicionamento conclusivo sobre a viabilidade e razoabilidade da contratação. (Art. 7º, inciso XIII da IN 40/2020) Posicionamento conclusivo sobre a adequação da contratação para o atendimento da necessidade a que se destina. (inciso XIII do § 1º do art. 18 do PL 4253/2020).

A solução pretendida possui viabilidade técnica, operacional e orçamentária, assim como a adequação à necessidade identificada na demanda de contratação.

CAMPINA GRANDE, 26 DE FEVEREIRO DE 2024.

**ELIETE SILVA NUNES ALMEIDA**  
DIRETORA DE PLANEJAMENTO E REGULAÇÃO







## VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 3434-0B0A-A510-3F57

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



ELIETE SILVA NUNES ALMEIDA (CPF 226.XXX.XXX-44) em 26/02/2024 15:08:59 (GMT-03:00)

Papel: Parte

Emitido por: Sub-Autoridade Certificadora 1Doc (Assinatura 1Doc)

Para verificar a validade das assinaturas, acesse a Central de Verificação por meio do link:

<https://campinagrande.1doc.com.br/verificacao/3434-0B0A-A510-3F57>