

CM.
Peso: 65 Kg
Altura: 1,67 m



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE HSJB	2 - CNES
--	----------

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE Gustavo Silva Gasparino Queiroz	4 - Nº DO PRONTUÁRIO 537105
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 70241106712917435810	6 - DATA DE NASCIMENTO 16/10/80
7 - SEXO Masculino ☒ Feminino ☐	8 - RAÇA/COR
9 - NOME DA MÃE Moraes das Graças Gasparino Queiroz	10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE 2499731027592
11 - NOME DO RESPONSÁVEL	12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE
13 - ENDEREÇO (RUA, Nº BAIRRO) Rua Evandro do Lago, bairro Jardim Amália	15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Vila Rica	16 - UF RJ
	17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL Síncope anti MOG (sangue)	20 - QTDE
---------------------------------------	--	-----------

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO Líquor: VDRL, CMV, EBV e Índice Imunoglobulinas IgG	23 - QTDE
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	26 - QTDE
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	29 - QTDE
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	32 - QTDE
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	35 - QTDE

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

36 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO Neurite Óptica em investigação	37 - CID10 PRINCIPAL	38 - CID10 SECUNDÁRIO	39 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS
40 - OBSERVAÇÕES Dor, baixo campo visual de olho (D), com histórico prévio de Neurite Óptica de (OE).			

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Yago Luis Lima do Silva Barbosa	42 - DATA DA SOLICITAÇÃO 29/09/25	43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)
43 - DOCUMENTO CNS	44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE 01219711634112011	

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)
48 - DOCUMENTO CNS	49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	55 - CNES
---	-----------



Prefeitura do Município de Volta Redonda
Serviço Autônomo Hospitalar

DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DA DEMANDA

1- INFORMAÇÕES GERAIS
1.1- Data prevista para conclusão do processo Data prevista para conclusão: 10/10/2025
1.2- Descrição sucinta do objeto ANTICORPO ANTIMOG
1.3- Grau de prioridade da compra ou da contratação Grau de prioridade: Alto

2- JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DA CONTRATAÇÃO
Justificativa conforme incisos I e VII do art. 8º do Decreto nº 10.947, de 2022.
2.1- Justificativa da necessidade da contratação Paciente em investigação para neurite óptica de OD. Já com quadro prévio em outubro/2024 no OE, refratário à pulsoterapia e sugerindo plasmaférese. Além de investigação realizado com RNM de neuroeixo.

3- MATERIAIS/SERVIÇOS						
Item	CATMAT / CATSER	Descrição	Unidade	Qtde.	Valor Unitário	Valor Total
1	616506	REAGENTE PARA DIAGNÓSTICO CLÍNICO 6	SERV.	01	600,00	600,00
TOTAL:						R\$ 600,00

Os valores podem ser obtidos através de:

- preços de contratações públicas similares realizadas por outros órgãos e entidades da Administração;

4- IDENTIFICAÇÃO DA ÁREA REQUISITANTE E RESPONSÁVEIS
Área Requisitante (Unidade/Setor/Depto): Recepcionista
Responsável(eis) pela demanda:

Nome: Thamyres Andrade de Lima	
CPF: 124.277.407-64	Cargo/Função Recepcionista Núcleo Interno de Regulação



Documento assinado eletronicamente por **Thamyres Andrade de Lima**, **Recepcionista**, em 30/09/2025, às 13:58, conforme Art. 14, do Decreto Municipal 18.101/2023.



Documento assinado eletronicamente por **Sebastião Faria de Souza**, **Diretor Geral**, em 30/09/2025, às 14:55, conforme Art. 14, do Decreto Municipal 18.101/2023.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://voltaredonda.sei.rj.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **01026025** e o código CRC **D96A51ED**.

Referência: Processo nº VR-02.051-00011328/2025

SEI nº 01026025

Rua Nossa Senhora das Graças, Nº235, Hospital São João Batista - Bairro São Geraldo, Volta Redonda/RJ, CEP 27253-610
Telefone: - www.hsjb.org.br



Prefeitura do Município de Volta Redonda
Serviço Autônomo Hospitalar

TERMO DE REFERÊNCIA RETIFICADO

INTRODUÇÃO:

	COMPRAS (AQUISIÇÃO)
--	----------------------------

Este TERMO DE REFERÊNCIA reúne o conjunto de informações necessárias e as condições mínimas exigíveis para a realização do exame do paciente internado, com vistas a atender as necessidades do Hospital São João Batista.

FUNDAMENTAÇÃO:

Justificamos a aquisição de serviço (exame) para suprir as necessidades do paciente Gustavo Silva Gasiglia Queiroz internado no Hospital São João Batista, proporcionando uma qualidade de vida para o paciente.

Paciente em investigação para neurite óptica de OD. Já com quadro prévio em outubro/2024 no OE, refratário à pulsoterapia e sugerindo plasmaférese. Além de investigação realizado com RNM de neuroeixo.

1 - DESCRIÇÃO DO OBJETO E VALOR DA AQUISIÇÃO:

1.1 O objeto do presente procedimento administrativo é a aquisição de serviço (exame) para suprir as necessidades do paciente internado no Hospital São João Batista, conforme especificações abaixo:

1.2 Planilha estimativa de quantitativo; preços unitários e valores máximos admitidos pelo município:

ITEM QUANT.		UNID.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO UNIT. R\$	PREÇO TOTAL R\$
01	01	SERV.	SÉRICO: ANTI-MOG (SANGUE)	698,82	698,82
VALOR TOTAL				R\$ 698,82	

1.3 Ratificamos que a Aquisição ocorrerá, com base no Menor Preço por item, conforme o art. 6º, inciso LIX da lei 14.133/2021, entretanto, a Proponente deverá apresentar e preencher seus Preços Unitários e Totais, para cada item.

1.3.1 Em casos de bens divisíveis, utilizaremos impreterivelmente a epígrafe da súmula nº 247 do TCU.

1.4 - As estimativas desta contratação foram baseadas nos Sistemas Oficiais do Governo, como painel de preços ou banco de preços em saúde, contratações similares feitas pela Administração Pública e a pesquisa direta com no

mínimo 03 fornecedores formalmente através de e-mail.

2 - DESCRIÇÃO DA SOLUÇÃO COMO UM TODO:

2.1 Após a pesquisa de mercado foi apontado que a forma mais vantajosa para o prosseguimento da contratação seria a compra direta com entrega integral do objeto, não havendo (ou havendo) a necessidade de manutenção ou assistência técnica dada à natureza do objeto(s) em questão sendo o possível ciclo de vida do objeto(s) de 5 a 10 anos.

3 – REQUISITOS DA CONTRATAÇÃO:

3.1 Deve-se seguir a descrição do(s) objeto(s) para esta contratação, não sendo aceito objetos que divergem da mesma.

3.2. Esta é uma contratação de prestação de serviço não continuada, respeitando os prazos de vigência estipulados no mesmo;

4 – FORMA DE EXECUÇÃO DO OBJETO:

4.1 Condições de entrega: a prestação do serviço do(s) objeto(s) será mediante nota de empenho, no prazo máximo de 2 dias após solicitação da requisitante.

4.2- Endereço de entrega: Rua Nossa Senhora das Graças, número 235 – Colina. Volta Redonda – RJ – CEP:27253-610.

4.3- As entregas serão realizadas de segunda a sexta-feira, exceto nos feriados do Município de Volta Redonda, do Estado do Rio de Janeiro e Nacional, obedecendo rigorosamente às quantidades constantes da Nota de Empenho/ordem de fornecimento.

4.4- O recebimento provisório se dará num prazo de 48 (quarenta e oito) horas;

4.5- O recebimento definitivo do objeto será efetuado no prazo máximo de até 10 (dez) dias úteis, depois de verificada a conformidade das quantidades e especificações com aquelas contratadas e consignadas neste Termo de Referência.

5 – DOTAÇÃO ORÇAMENTÁRIA

<u>Despesa Manutenção e Operacionalização do S.A.H. 50.03.10.122.1101.6300</u>			
<u>Função: 10 – Saúde / Programa : 1101 – Avançando com Saúde / Proj/Ativ: 6300</u>			
Elemento	Dados da despesa	Recurso	Reduzido
3339039000000	Outros Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica - PJ	6002	673242-9

5 – FORMA DE PAGAMENTO

5.1 Os pagamentos serão efetuados, obrigatoriamente, por meio de crédito em conta corrente, cujo número e agência deverão ser informados pelo adjudicatário até a assinatura do contrato.

5.2 O prazo de pagamento será de até 30 (trinta) dias, a contar da data final do período de adimplemento da entrega.

5.3 Considera-se adimplemento o cumprimento da prestação com a entrega do objeto, devidamente atestada pelo(s) agente(s) competente(s).

5.4 Caso se faça necessária a reapresentação de qualquer fatura por culpa da contratada, o prazo de 30 (trinta) dias ficará suspenso, prosseguindo a sua contagem a partir da data da respectiva reapresentação.

5.5 Ocorrendo atraso no pagamento, desde que este não decorra de ato ou fato atribuível à contratada, poderá ser aplicada multa de 2% (dois por cento) sobre o valor da fatura e o débito será atualizado de acordo com o IPCA pro rata die entre a data prevista para o vencimento da fatura até a data do efetivo pagamento.

5.6 Por eventuais antecipações nos pagamentos das faturas, a Contratada poderá conceder à Contratante um desconto, a título de antecipação financeira, calculado de acordo com o IPCA pro rata die, conforme at.92, XII, da Lei 14.133/21 e suas alterações.

6 – DAS OBRIGAÇÕES DA CONTRATADA

- a) Entregar os materiais na quantidade, qualidade, local e prazos especificados, estando incluído no valor do pagamento todas e quaisquer despesas, tais como tributos, descarga das mercadorias, sem ônus de frete e seguro para o município.
- b) Comunicar ao Fiscal do Contrato, por escrito e tão logo constatado problema ou a impossibilidade de execução de qualquer obrigação contratual, para a adoção das providências cabíveis;
- c) Nomear Preposto aceito pela Administração para representar a empresa junto à Contratante;
- d) Reparar, corrigir, remover, reconstruir ou substituir, no todo ou em parte e às suas expensas, bens objeto do contrato em que se verificarem vícios, defeitos ou incorreções resultantes de execução irregular ou do fornecimento de materiais inadequados ou desconformes com as especificações do Edital;
- e) Indenizar todo e qualquer dano e prejuízo pessoal ou material que possa advir, direta ou indiretamente, do exercício de suas atividades ou serem causados por seus prepostos à **CONTRATANTE** ou terceiros;
- f) A CONTRATADA é responsável pelos encargos trabalhistas, previdenciários, fiscais e comerciais resultantes da execução do Contrato;
- g) Entregar as notas fiscais e/ou documento equivalente, relativas aos materiais fornecidos, juntamente com o fornecimento dos bens/serviços na Secretaria/Autarquia requisitante.

7 - DAS OBRIGAÇÕES DO CONTRATANTE

- a) realizar os pagamentos devidos à CONTRATADA, nas condições estabelecidas neste Termo de Referência;
- b) fornecer à CONTRATADAS documentos, informações e demais elementos que possuir vinculação ao presente

Termo;

c) emitir as ordens de fornecimento/serviço, quando for o caso;

d) exercer a fiscalização do contrato, registrando no processo o recebimento do material, suas quantidades, bem como horário de entrega e número da respectiva nota fiscal;

e) receber provisória e definitivamente o objeto do contrato, nas formas definidas neste Termo de Referência e/ou no edital e no contrato.

8 – FISCALIZAÇÃO

8.1 - A execução da entrega será acompanhada e fiscalizada por representantes do CONTRATANTE, especialmente designado pelo Ordenador de Despesa do Hospital São João Batista, podendo ser substituídos, em caso de ausência ou impedimento, por outro servidor lotado no mesmo órgão ou equivalente.

8.2 - A gestão do contrato decorrente deste termo caberá à Unidade Gestora Local, que determinará o que for necessário para regularização de faltas ou defeitos, nos termos do art. 117 da Lei Federal nº 14.133/2021, ficando o titular do referido Órgão como co-responsável.

8.3 - Ficam reservados ao gestor do contrato o direito e a autoridade para resolver todo e qualquer caso singular, omissos ou duvidosos não previstos no processo administrativo e tudo o mais que se relacione com o objeto contratado,

8.4 - A CONTRATADA declara, antecipadamente, aceitar todas as condições, métodos e processos de inspeção, verificação e controle adotados pela fiscalização, obrigando-se a fornecer todos os dados, elementos, explicações, esclarecimentos e comunicações de que esta necessitar e que forem julgados necessários ao desempenho de suas atividades.

8.5 - A instituição e a atuação da fiscalização não excluem ou atenuam a responsabilidade da CONTRATADA, nem a exime de manter fiscalização própria.

9 - SANÇÕES POR INADIMPLEMENTO

9.1 A inexecução dos serviços, total ou parcial, a execução imperfeita, a mora na execução ou qualquer inadimplemento ou infração contratual, sujeitará o contratado, sem prejuízo da responsabilidade civil ou criminal que couber, às seguintes penalidades, que deverá (ao) ser graduada(s) de acordo com a gravidade da infração:

a) advertência;

b) multa administrativa, que poderá chegar até 30% (trinta por cento) do valor do contrato;

c) Suspensão temporária de participação em licitação e impedimento de contratar com a Administração, por prazo não superior a 2 (dois) anos;

d) declaração de inidoneidade para licitar e contratar com a Administração Pública, por prazo não superior a 05 (cinco) anos.

9.2 A sanção administrativa deve ser determinada de acordo com a natureza e a gravidade da falta cometida.

9.2.1 Quando a penalidade envolver prazo ou valor, a natureza e a gravidade da falta cometida também deverão ser consideradas para a sua fixação.

9.3 A imposição das penalidades é de competência exclusiva do órgão licitante.

10 - CRITÉRIOS DE JULGAMENTO E ACEITABILIDADE DE PREÇOS

10.1 – Resultará como vencedora a licitante que apresentar o **menor preço por item**. O valor deverá ser inferior aos valores constantes na Planilha estimativa de quantitativos e preços unitários e valores máximos admitidos e atender aos requisitos de habilitação e demais exigências editalícias.

Volta Redonda, na data da assinatura



Documento assinado eletronicamente por **Thamyres Andrade de Lima, Recepcionista**, em 03/10/2025, às 10:59, conforme Art. 14, do Decreto Municipal 18.101/2023.



Documento assinado eletronicamente por **Sebastião Faria de Souza, Diretor Geral**, em 06/10/2025, às 08:00, conforme Art. 14, do Decreto Municipal 18.101/2023.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://voltairedonda.sei.rj.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **01039542** e o código CRC **F8A217BA**.

Referência: Processo nº VR-02.051-00011328/2025

SEI nº 01039542

Rua Nossa Senhora das Graças, Nº235, Hospital São João Batista - Bairro São Geraldo, Volta Redonda/RJ, CEP 27253-610
Telefone: - www.hsjb.org.br

**SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR**

Hospital São João Batista

Rua Nossa Senhora das Graças, 235-Colina-Volta Redonda-RJ
CEP: 27253-610 – CNPJ: 29.063.294/0001-82 – Tel: (24) 3512-8300
e-mail: gabinetedirecao@hsjb.org.br – www.portalvr.com/hsjb

PROCESSO: VR-02.051-00011328/2025 - EXAME - PACIENTE INTERNADO: GUSTAVO SILVA GASIGLIA QUEIROZ				DATA	30/09/2025		01/10/2025		02/10/2025		ATAS		BANCO DE PREÇOS		MENOR PREÇO GLOBAL		MEDIANA		MÉDIA		VALORES VÁLIDOS	
				EMPRESA	CENTROLAB		UNIMED		BIOMEGA													
				CNPJ	31.848.344/0001-89		35.917.970/0007-26		28.966.389/0001-43													
				CONTATO	CAMILA		APARECIDA		STEPHANIE													
				PAGAMENTO	30 DIAS		30 DIAS		30 DIAS													
				VALIDADE	30 DIAS		30 DIAS		60 DIAS													
				DATA DA EMISSÃO: 02/10/2025				E-MAIL	faturamento@centrolabvr.com.br													aparecida.paula@unimedvr.com.br
				TELEFONE	(24)3512-4592/99864-6000		(24) 3336-6002		(11)4134-5544/94078-3974													
ITEM	ESPECIFICAÇÃO			QUANT	UNID	PREÇO UNIT.	SUBTOTAL	PREÇO UNIT.	SUBTOTAL	PREÇO UNIT.	SUBTOTAL	PREÇO UNIT.	SUBTOTAL	PREÇO UNIT.	SUBTOTAL	PREÇO UNIT.	SUBTOTAL	PREÇO UNIT.	SUBTOTAL			
1	SÉRICO: ANTI MOG (SANGUE)			1	SERV	3.300,00	3.300,00	1.477,55	1.477,55	606,09	606,09	472,00	472,00	698,82	698,82	606,09	606,09	698,82	698,82	1.310,89	1.310,89	5
	PREÇO TOTAL						3.300,00		1.477,55		606,09		472,00		698,82		606,09		698,82		1.310,89	

OBS.: DISPARADA COTAÇÃO PARA DIVERSOS FORNECEDORES CONFORME E-MAIL ANEXADO AO PROCESSO, PORÉM SOMENTE RESPONDIDOS OS CONSTANTES NESTE MAPA.

BANCO DE PREÇOS - UTILIZADO PARA COMPOR A MÉDIA DE MERCADO.

SOMENTE A EMPRESA UNIMED ORÇOU TAXA DE TRANSPORTE DO MATERIAL, QUE FOI INCORPORADO AO VALOR DO ITEM.FOI UTILIZADA CESTA DE PREÇOS COM FORNECEDORES, ENTES PÚBLICOS E BANCO DE PREÇOS, UTILIZANDO O **MEDIANA** COMO CRITÉRIO PARA FORMAÇÃO DE PREÇO.Elaborado por: Gabriela de Souza Romaneli Matrícula:
499169



SERVIÇO AUTÔNOMO HOSPITALAR
Hospital São João Batista
Rua Nossa Senhora das Graças, 235-Colina-Volta Redonda-RJ
CEP: 27253-610 – CNPJ: 29.063.294/0001-82 – Tel: (24) 3512-8300
e-mail: gabinetedirecao@hsjb.org.br – www.portalvr.com/hsjb



PLANILHA ORÇAMENTÁRIA

Data da emissão: 02/10/2025

Objeto: PROCESSO: VR-02.051-00011328/2025 - EXAME - PACIENTE INTERNADO: GUSTAVO SILVA GASIGLIA QUEIROZ

ITEM	ESPECIFICAÇÃO	UNIDADE	QTDE.	PREÇO UNITÁRIO	SUBTOTAL
01	SÉRICO: ANTI MOG (SANGUE)	UNID	01	698,82	698,82
PREÇO TOTAL ESTIMADO					R\$ 698,82



Prefeitura do Município de Volta Redonda
Serviço Autônomo Hospitalar

JUSTIFICATIVA DE PESQUISA DE PREÇOS

Considerando a Instrução Normativa SEGES/ME nº 67/21 que dispõe sobre a dispensa de licitação, na forma eletrônica, de que trata a Lei 14.133/2021, em seu artigo 5º inciso II, a pesquisa de preços deverá ser elaborada conforme a Instrução Normativa SEGES/ME nº 65/21.

Sendo assim, com base no artigo 5º da mesma, foram utilizados os I, II e IV, isto é, composição de custos unitários menores ou iguais à mediana do item correspondente nos sistemas oficiais de governo, como Painel de Preços ou Banco de Preços em saúde, utilizando-se no mapa de cotação o Banco de Preços como fonte de pesquisa, bem como, contratações similares feitas pela Administração Pública e a pesquisa direta com no mínimo 03 (três) fornecedores formalmente através de E-mail, condizentes com os valores atuais praticados no mercado, que servirão de base ao procedimento, desde que atendidas às condições de habilitação exigidas para escolha do adjudicatário.

Volta Redonda, na data da assinatura.



Documento assinado eletronicamente por **Gabriela de Souza Romaneli, Auxiliar de Escritório**, em 03/10/2025, às 09:07, conforme Art. 14, do Decreto Municipal 18.101/2023.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://voltaredonda.sei.rj.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **01038287** e o código CRC **5D563AC7**.

Referência: Processo nº VR-02.051-00011328/2025

SEI nº 01038287

Rua Nossa Senhora das Graças, Nº235, Hospital São João Batista - Bairro São Geraldo, Volta Redonda/RJ, CEP 27253-610
Telefone: - www.hsjb.org.br



Prefeitura do Município de Volta Redonda
Serviço Autônomo Hospitalar

JUSTIFICATIVA DE CONTRATAÇÃO DIRETA SEM DISPUTA

Considerando o parágrafo 3, artigo 75 da Lei 14.133/2021 que estabelece: “As contratações de que tratam os incisos I e II do **caput** deste artigo serão preferencialmente precedidas de divulgação de aviso em sítio eletrônico oficial, pelo prazo mínimo de 3 (três) dias úteis, com a especificação do objeto pretendido e com a manifestação de interesse da Administração em obter propostas adicionais de eventuais interessados, devendo ser selecionada a proposta mais vantajosa” e normatizado posteriormente, pela IN SEGES/ME nº 67/21.

Considerando a especificidade do objeto da contratação direta em epígrafe, solicito pela utilização do Sistema de Dispensa Eletrônica **Sem Disputa**, diante da necessidade imediata da aquisição conforme dispõe o art. 7º do Decreto nº 10.947/2022, a fim de não comprometer a realização do exame do paciente, conforme parecer médico, destacando que a lei exige o comunicado de no mínimo 03 (três) dias úteis.

Dessa forma, se faz necessária a contratação direta com base na pesquisa feita com os fornecedores, comprovada inviabilidade justificada nos autos observando o disposto acima.



Documento assinado eletronicamente por **Fabiana Teodoro Figueira**, **Coordenadora**, em 06/10/2025, às 09:24, conforme Art. 14, do Decreto Municipal 18.101/2023.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site http://voltaredonda.sei.rj.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0, informando o código verificador **01043457** e o código CRC **0E56F394**.

Referência: Processo nº VR-02.051-00011328/2025

SEI nº 01043457

Rua Nossa Senhora das Graças, Nº235, Hospital São João Batista - Bairro São Geraldo, Volta Redonda/RJ, CEP 27253-610
Telefone: - www.hsjb.org.br