



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
HOSPITAL SÃO JOÃO BATISTA

2 - CNES

0 0 2 5 1 3 5

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE

Luiz Carlos da Silva

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 9 8 0 0 1 9 3 1 9 1 6 4 7 2

6 - DATA DE NASCIMENTO

28 / 07 / 1954

Masc. ☒

Fem. ☐

4 - Nº DO PRONTUÁRIO

492905

8 - RAÇA/COR

9 - NOME DA MÃE

Maria José da Silva

11 - NOME DO RESPONSÁVEL

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Vieira, nº 47, B. Belo Horizonte

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Volta Redonda

15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

16 - UF

17 - CEP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL

PCR para micobactéria

20 - QTDE.

01

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO

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

Tuberculose pulmonar ativa (?)

37-CID10 PRINCIPAL-38-CID10 SECUNDÁRIO-39-CID10 CAUSAS ASSOCIADAS-
A19.2

40 - OBSERVAÇÕES

Paciente com histórico prévio de tuberculose e pneumonia fúngica, admitido devido a tosse crônica e hemoptise. TC de tórax evidenciando lesão irregular com nódulo hidroativo, justificando necessidade de investigação para tuberculose pulmonar ativa.

SOLICITAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

Maria Beatriz P. Duarte

42- DATA DA SOLICITAÇÃO

15 / 01 / 20

45-ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)

43 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

1 1 0 2 9 4 1 8 6 2 5

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

48 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50- DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC)

Mônica de O. Marques
Chefe de Gabinete
SAM/HSJB

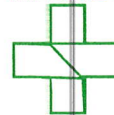
53 - PERÍODO DE VALIDADE DA APAC

a

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

55 - CNES



JUSTIFICATIVA

P/ Luiz Carlos da Silva

Paciente idoso, com histórico prévio de tuberculose e pneumonia fúngica, admitido devido a tosse crônica e hemoptise. TC de tórax evidenciando conduta com nódulo hiliar - tuberculose pulmonar atípica (?) infecção por tumorato (?) - justificando análise de PCR de micobactérias.

Dra. Maria Beatriz Silva Duarte
CRM 52.425.60-1

15/01/20

"Em defesa da Vida"



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: 23/01/2026
1.2- Descrição sucinta do objeto PCR PARA MICOBACTÉRIAS
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 idosos, com histórico prévio de tuberculose e pneumonia fúngica, admitido devido a tosse crônica e hemoptise. Tc de tórax evidenciando cavitação com nível hidroaéreo – tuberculose pulmonar ativa (?) infecção oportunista (?) – justificando análise de pcr de micobactérias.

3- MATERIAIS/SERVIÇOS						
Item	CATMAT / CATSER	Descrição	Unidade	Qtde.	Valor Unitário	Valor Total
01	30138	O EXAME DE PROTEÍNA C REATIVA (PCR)	SERV.	01	200,00	200,00
TOTAL:						R\$ 200,00

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): Núcleo Interno de Regulação SAH

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 16/01/2026, às 08:17, conforme Art. 14, do Decreto Municipal 18.101/2023.



Documento assinado eletronicamente por **Monica de Oliveira Marques, Assessora Técnica**, em 16/01/2026, às 10:26, 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 **01357485** e o código CRC **C82935B2**.

Referência: Processo nº VR-02.051-00000440/2026

SEI nº 01357485

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 procedimento do paciente internado, com vistas a atender as necessidades do Hospital São João Batista.

FUNDAMENTAÇÃO:

Justificamos a aquisição do serviço para suprir as necessidades do paciente Luiz Carlos da Silva, internado no Hospital São João Batista, proporcionando uma melhor qualidade de vida.

Paciente idosos, com histórico prévio de tuberculose e pneumonia fúngica, admitido devido a tosse crônica e hemoptise. Tc de tórax evidenciando cavitação com nível hidroaéreo – tuberculose pulmonar ativa (?) infecção oportunista (?) – justificando análise de pcr de micobactérias.

1 - DESCRIÇÃO DO OBJETO E VALOR DA AQUISIÇÃO:

1.1 O objeto do presente procedimento administrativo é a aquisição de serviço para o atendimento ao 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.	PCR PARA MICOBACTÉRIAS	252,77	252,77
VALOR TOTAL				R\$ 252,77	

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. 50.03.10.122.2609.8422</u>			
<u>Função: 10 – Saúde / Programa : 2609– Gestão da Administração Municipal</u>			
Elemento	Dados da despesa	Recurso	Reduzido
3339039000000	Outros Serviços de Terceiros Pessoa Jurídica - PJ	1600	680453

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.



Documento assinado eletronicamente por **Thamyres Andrade de Lima, Recepcionista**, em 19/01/2026, às 09:42, conforme Art. 14, do Decreto Municipal 18.101/2023.



Documento assinado eletronicamente por **Sebastião Faria de Souza, Diretor Geral**, em 19/01/2026, às 15:45, 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 **01362784** e o código CRC **0532EFAE**.

Referência: Processo nº VR-02.051-00000440/2026

SEI nº 01362784

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-02.051-00000440/2026 - EXAMES - LUIZ CARLOS DA SILVA		DATA		16/01/2026		16/01/2026		ATAS		BANCO DE PREÇOS		MENOR PREÇO GLOBAL		MEDIANA		MÉDIA		VALORES VÁLIDOS
		EMPRESA		LABORATÓRIO CIDADE DO AÇO (LABORATÓRIO FÁCIL)		BIOMEGA												
		CNPJ		28.441.084/0001-18		28.966.389/0001-43												
		CONTATO		CAMILA		STEPHANIE												
		PAGAMENTO		30 DIAS		30 DIAS												
		VALIDADE		30 DIAS		10 DIAS												
		DATA DA EMISSÃO: 16/01/2026		E-MAIL		atendimento@laboratoriofacil.com.br												
TELEFONE				(24) 99864-6000		(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	PCR PARA MICOBACTÉRIAS	1	SERV	242,70	242,70	221,58	221,58	204,35	204,35	342,44	342,44	221,58	221,58	232,14	232,14	252,77	252,77	4
	PREÇO TOTAL				242,70		221,58		204,35		342,44		221,58		232,14		252,77	

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.

PLANILHA REALIZADA APENAS COM 02 (DUAS) PROPOSTAS VÁLIDAS RECEBIDAS, DEVIDO A URGÊNCIA DO CASO, TENDO EM VISTA QUE O PACIENTE ENCONTRA-SE INTERNADO.

FOI UTILIZADA CESTA DE PREÇOS COM FORNECEDORES, ENTES PÚBLICOS E BANCO DE PREÇOS, UTILIZANDO A **MÉDIA** COMO CRITÉRIO PARA FORMAÇÃO DE PREÇO.

Elaborado por: Gabriela de Souza Romanelli
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: 16/01/2026					
Objeto: PROCESSO: VR-02.051-00000440/2026 - EXAMES - LUIZ CARLOS DA SILVA					
ITEM	ESPECIFICAÇÃO	UNIDADE	QTDE.	PREÇO UNITÁRIO	SUBTOTAL
01	PCR PARA MICOBACTÉRIAS	SERV	01	252,77	252,77
PREÇO TOTAL ESTIMADO					R\$ 252,77



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. Entretanto, devido à urgência do caso, tendo em vista que o paciente encontra-se internado, foi realizada planilha com apenas 02 (duas) propostas válidas recebidas, condizente 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 16/01/2026, às 16:15, 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 **01361085** e o código CRC **158C74A7**.

Referência: Processo nº VR-02.051-00000440/2026

SEI nº 01361085

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 inciso III, 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 20/01/2026, às 08:48, 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 **01367242** e o código CRC **2BACFA12**.

Referência: Processo nº VR-02.051-00000440/2026

SEI nº 01367242

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