



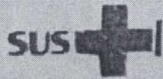
PREFEITURA MUNICIPAL DE PETRÓPOLIS
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE LICITAÇÕES, COMPRAS E CONTRATOS ADMINISTRATIVOS.
RUA TERESA, 1515 – ALTO DA SERRA - PETRÓPOLIS – RJ - TEL.: (24) 22338192 /
2233-8191

AVISO DE INTENÇÃO DE CONTRATAR POR DISPENSA DE LICITAÇÃO
Processo Administrativo n.º 26357/2024

O MUNICÍPIO DE PETRÓPOLIS – RJ, CNPJ nº 29.138.344/0001-43, com sede na Rua Teresa, nº 1515, Alto da Serra, Petrópolis/RJ, CEP: 25635-989, nos termos do art. 75, inciso II, da Lei Federal nº 14.133, de 01 de abril de 2021, torna público que tem intenção em **“CONTRATAÇÃO DE ENTIDADE PÚBLICA, FILANTRÓPICA E/OU PRIVADA, PRESTADORA DE SERVIÇO DE SAÚDE, PARA O PROCEDIMENTO OCTREOSCAN, ATENDENDO DEMANDA JUDICIAL”**, em quantidade e exigências estabelecidas no Laudo Médico em anexo. Considerando o exposto e a intenção de realização de dispensa de licitação para a contratação direta da aquisição acima especificada, a Prefeitura TORNA PÚBLICO o interesse da Administração em obter propostas adicionais de eventuais interessados pelo prazo de 03 (três) dias úteis a contar dessa publicação. A manifestação de interesse e orçamento devem ser enviados através do e-mail: comprasfmsp05@gmail.com até o dia **11/07/24**.

Petrópolis, 08 de julho de 2024.

MARCUS ANTÔNIO CURVELO DA SILVA
SECRETÁRIO ADMINISTRAÇÃO E DE RECURSOS HUMANOS



Hospital de Ensino Alcides Carneiro

LAUDO MÉDICO/TÉCNICO PARA EMISSÃO DE APAC

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)	
NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: SERVIÇO SOCIAL AUTÔNOMO HOSPITAL ALCIDES CARNEIRO	CNPJ: 09.444.759/0001-38
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
NOME DO PACIENTE: <i>Claudio de Souza Botelho</i>	Nº REGISTRO:
CARTÃO NACIONAL DO SUS	CPF:
DATA NASC:	SEXO: Mas ☒ 1 ☐ 2
NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL:	TELEFONES DE CONTATO:
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):	
MUNICÍPIO:	IBGE:
UF:	CEP:
PROCEDIMENTO SOLICITADO	
CÓD. PROCEDIMENTO:	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO: <i>Octreoscan</i>
CÓD. PROCEDIMENTO:	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:
CÓD. PROCEDIMENTO:	DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO:
CPF:	MÉDICO SOLICITANTE:
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)	
HISTÓRIA CLÍNICA/DIAGNÓSTICO:	CID-10:
EXAMES FÍSICOS E COMPLEMENTARES: <i>paciente c/ TNE de ceto e metabólicas hepáticas</i>	
JUSTIFICATIVA DO PROCEDIMENTO:	
<i>Dr. Ugo Sales cirurgia geral / oncologia CRM 52.98013 RQE 18457</i>	
PRIORIDADE DE ATENDIMENTO: * ☐ P1 ☐ P2 ☐ P3 ☐ P4	
HÁ NECESSIDADE DE ACOMPANHANTE NO CASO DE TRATAMENTO FORA DO DOMÍLIO/MUNICÍPIO? ☐ SIM ☐ NÃO	
JUSTIFICATIVA P/O ACOMPANHAMENTO:	
SOLICITAÇÃO	
DATA:	ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO:

Endereço: Rua Vigário Corrêa nº 1345, Correas - Petropolis-RJ - CEP: 25720-322 - Tel.: (24) 2236-6600

PROC. Nº

FLS. Nº

FUNÇÃOÁRIO / MATRÍCULA



Assinado eletronicamente por: defensoria.rj.def.br - 06/05/2024 16:20:30

<https://tjrj.pje.jus.br:443/1g/Processo/ConsultaDocumento/listView.seam?x=24050616220061800000110856657>

Número do documento: 24050616220061800000110856657

Num. 116507757 - Pág.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PETRÓPOLIS
SECRETARIA DE ADMINISTRAÇÃO E DE RECURSOS HUMANOS
DEPARTAMENTO DE LICITAÇÕES, COMPRAS E CONTRATOS ADMINISTRATIVOS
– DELCA.
DIVISÃO DE COMPRAS

PROCESSO: 26357/2024

ÓRGÃO REQUERENTE: SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Em: 08/07/2024

A apresentar proposta para os serviços e (ou) material (s) abaixo relacionado (s):

PESQUISA DE PREÇOS

Nome da Empresa: _____

CNPJ: _____

Endereço: _____

Tel: _____

OBJETO: CONTRATAÇÃO DE ENTIDADE PÚBLICA, FILANTRÓPICA E/OU PRIVADA, PRESTADORA DE SERVIÇO DE SAÚDE, PARA O PROCEDIMENTO OCTREOSCAN, ATENDENDO DEMANDA JUDICIAL.

ITEM	QUANT.	UNID.	ESPECIFICAÇÃO	PREÇO UNIT.	PREÇO TOTAL
01	01	UNID	Contratação de Procedimento - OCTREOSCAN		

- Prazo de pagamento: 30 dias.
- Validade da proposta: 60 dias.

Atenção: A empresa melhor classificada deverá possuir: Certidões Municipal, Federal, Estadual, FGTS; Trabalhista e para fins de pagamento deverá dar entrada com a documentação acima no Protocolo Geral desta Prefeitura.

Obs.: Para maiores informações através dos telefones: 24-2246-9155 / 2246-9156 falar com Gerson ou Flávia ou email : comprasfmsp05@gmail.com

Assinatura do Responsável pela Cotação/ nº identidade