



Prefeitura Municipal de Roseira

CNPJ. 45.212.008/0001-50
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 11.173.215/0001-20

Ofício Especial – Nº 886

Roseira, 10 de setembro de 2026

Serviço de exame de ressonância magnética em paciente

INTERESSADO: **Secretaria de Saúde**

1) **REQUISITANTE**

Departamento Da Secretaria da Saúde.

2) **OBJETO PARA CONTRATAÇÃO**

<i>Ressonância Magnética (RM) de Crânio;</i>
<i>Angio-Ressonância Magnética (Angio-RM) Arterial.</i>

3) **DESCRIÇÃO DA NECESSIDADE**

Solicita-se a contratação de serviços de ressonância magnética em paciente para atender à Secretaria de Saúde, com o objetivo de suprir as demandas assistenciais da rede municipal e garantir a adequada realização de diagnósticos por imagem.

Os exames de Ressonância Magnética de Crânio e Angio-Ressonância Magnética Arterial são essenciais para o apoio diagnóstico, investigação de condições neurológicas e vasculares, acompanhamento de condições de saúde, monitoramento de doenças, investigação de agravos e demais condutas médicas necessárias.

A prestação desses serviços possibilita maior agilidade, precisão e segurança nos resultados, contribuindo para a definição de tratamentos adequados e para a promoção da saúde da população.

Dessa forma, a contratação dos serviços de Ressonância Magnética de Crânio e Angio-Ressonância Magnética Arterial é fundamental para o adequado funcionamento dos atendimentos de saúde e para a continuidade dos serviços prestados à população, em conformidade com as demandas institucionais e o interesse público.

4) **NORMATIVOS NORTEADORES PARA SEREM UTILIZADOS NA CONTRATAÇÃO:**

Lei nº14.133, de 1º de abril de 2021.



Prefeitura Municipal de Roseira

CNPJ. 45.212.008/0001-50
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
CNPJ: 11.173.215/0001-20

5) FICHA PARA AQUISIÇÃO/CONTRATAÇÃO:

Ficha _____ : **Material de Consumo.**
Ficha 384 : **Outros Serviços de Terceiros Pessoas Jurídicas.**

6) ESTIMATIVA DA CONTRATAÇÃO

Quanto as demais estimativas das quantidades, estas foram consideradas normais e adequadas, considerando em todo o caso, a quantidade necessária para atendimento da demanda.

Exame de Ressonância Magnética de Crânio	R\$ 545,00
Angio-Ressonância Magnética Arterial	R\$ 785,00
TOTAL: R\$ 1.330,00	

JUSTIFICATIVA PARA A CONTRATAÇÃO

Objeto: Serviço de exames de ressonância magnética em paciente – RM de Crânio e Angio-RM Arterial

Unidade Requisitante: Secretaria de Saúde

Prezado Senhor Prefeito:

As necessidades identificadas evidenciam a importância da contratação de serviços de Ressonância Magnética de Crânio e Angio-Ressonância Magnética Arterial para atender à Secretaria de Saúde, destinados ao suporte das atividades assistenciais desenvolvidas nas unidades de atendimento.

A ausência desses serviços pode comprometer a qualidade, a efetividade e a continuidade da assistência à saúde, impactando diretamente a capacidade de diagnóstico por imagem, investigação, acompanhamento e tratamento dos pacientes.

Dessa forma, a contratação configura-se como medida indispensável, alinhada ao interesse público, à responsabilidade administrativa e ao compromisso com a eficiência dos serviços de saúde e o bem-estar da população.

Roseira, 10 de setembro de 2026.


JOÃO BOSCO DE ALMEIDA MAIA
DIRETOR DA SECRETARIA DA SAÚDE