



000276
130 / 138

CLÍNICA MED CENTER
Avenida Bernardo Sayão Nº 574 Centro CEP 73950-000
Alvorada Do Norte - GO Fone: (62) 3421-1926
E-mail: clinicamedcenter001@gmail.com
CLINICA MED CENTER EIRELI - ME
CNPJ: 23.059.179/0001-58

DA DOCUMENTAÇÃO PARA
CREDENCIAMENTO/DOCUMENTOS COMPLEMENTARES

NOME: CLINICA MED CENTER EIRELI - ME
CNPJ.: 23.059.179/0001-58.
FONEFAX.: (62) 3421 – 1926 CEL.: (62) 9 9657 – 7494.
ENDEREÇO ELETRONICO: clinicamedcenter001@gmail.com

CLINICA MED CENTER EIRELI - ME CNPJ.: 23.059.179/0001-58
Jefferson Paula Guedes CPF.: 941.629.991-04 C.I.º 4326560 DGPC/GO.
Titular Administrador



000277
131 / 138
CLÍNICA MED CENTER
Avenida Bernardo Sayão Nº 574 Centro CEP 73950-000
Alvorada Do Norte - GO Fone: (62) 3421-1926
E-mail: clinicamedcenter001@gmail.com
CLINICA MED CENTER EIRELI - ME
CNPJ: 23.059.179/0001-58

REQUERIMENTO PARA CREDENCIAMENTO

Pium - TO, 15 de junho de 2026.

AO
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
AGENTE DE CONTRATAÇÃO
AVENIDA DIÓGENES DE BRITO, Nº 01, SETOR AUTO DA BOA VISTA
PIUM - TO

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 004/2026
PROCESSO Nº 864/2026

OBJETO: CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA REALIZAÇÃO DE CONSULTA/PROCEDIMENTOS E EXAMES POR IMAGENS NO MUNICÍPIO DE PIUM - TO.

IDENTIFICAÇÃO DA PROPONENTE:

EMPRESA:	CLINICA MED CENTER EIRELI - ME.
CNPJ:	23.059.179/0001-58.
ENDEREÇO:	AV. BERNERDO SAYÃO, Nº 574, SETOR CENTRAL, CEP.: 73.950-000, ALVORADA DO NORTE - GO.
FONE/FAX:	(62) 3481-1550. CEL.: (62) 9 9668 - 4765.
EMAIL:	Clinicamedcenter001@gmail.com
TITULAR ADMINISTRADOR	JEFFERSON PAULA GUEDES.
CPF.:	941.629.991-04.
C.I.Nº:	4326560 DGPC/GO.

A empresa acima qualificada, em cumprimento ao exigido no **EDITAL DE CREDENCIAMENTO nº 004/2026**, vem apresentar pedido de inscrição no processo em epígrafe, visando a contratação com seleção a critérios de terceiros de Empresas Especializadas para Realização de Exames de média Complexidade Por Meio de Unidades Móveis para atender as necessidades do Fundo Municipal de Saúde.

Item solicitado para credenciamento:

TABELA DE EXAMES DE UROLOGIA DA SAÚDE DO HOMEM

Item	Código SUS	Descrição/Exames/Consultas	Quant.	V. Unit.	V. Total
01	03.01.01.007-2	CONSULTA DE UROLOGIA	100,00	R\$ 190,00	R\$ 19.000,00
02	02.05.02.005-4	ULTRASSONOGRRAFIA DE APARELHO URINÁRIO	150,00	R\$ 198,30	R\$ 29.745,00
03	02.05.02.007-0	ULTRASSONOGRRAFIA DE BOLÇA ESCROTAL	10,00	R\$ 198,30	R\$ 1.983,00
04	02.05.02.010-0	ULTRASSONOGRRAFIA PROSTATA VIA ABDOMINAL	150,00	R\$ 198,30	R\$ 29.745,00

TABELA DE EXAMES DE MASTOLOGIA DA SAÚDE DA MULHER

Item	Código SUS	Descrição/Exames/Consultas	Quant.	V. Unit.	V. Total
------	------------	----------------------------	--------	----------	----------



000278
132 / 138

CLÍNICA MED CENTER
Avenida Bernardo Sayão Nº 574 Centro CEP 73950-000
Alvorada Do Norte - GO Fone: (62) 3421-1926
E-mail: clinicamedcenter001@gmail.com
CLINICA MED CENTER EIRELI - ME
CNPJ: 23.059.179/0001-58

01	03.01.01.007-2	CONSULTA GINECOLOGIA	200,00	R\$ 190,00	R\$ 38.000,00
02	02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRRAFIA MAMÁRIA	200,00	R\$ 198,30	R\$ 39.660,00
03	02.05.02.009-7	ULTRASSONOGRRAFIA DE AXILA BILATERAL	150,00	R\$ 198,30	R\$ 29.745,00
04	02.05.02.016-0	ULTRASSONOGRRAFIA PÉLVICA (VIA ABDOMINAL)	100,00	R\$ 198,30	R\$ 19.830,00
05	02.05.02.014-3	ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICAS	15,00	R\$ 198,30	R\$ 2.974,50
06	02.05.02.012-7	ULTRASSONOGRRAFIA DE TIREÓIDE COM DOPPLER	150,00	R\$ 198,30	R\$ 29.745,00
07	02.05.02.015-1	ULTRASSONOGRRAFIA DE OBSTETRICA COM DOPPLER COLORIDO E PULSADO	20,00	R\$ 198,30	R\$ 3.966,00
08	02.05.02.021-6	MAMOGRAFIA BILATERAL PARA RASTREAMENTO	300,00	R\$ 258,80	R\$ 77.640,00
09	02.05.02.018-6	ULTRASSONOGRRAFIA VAGINAL	150,00	R\$ 198,30	R\$ 29.745,00

TABELA DE EXAMES CLÍNICA MÉDICA

Item	Código SUS	Descrição/Exames/Consultas	Quant.	V. Unit.	V. Total
01	03.01.01.007-2	CONSULTA ALERGOLOGISTA	200,00	R\$ 300,00	R\$ 60.000,00
02	02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOME TOTAL	200,00	R\$ 229,30	R\$ 45.860,00
03	02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOME SUPERIOR	150,00	R\$ 198,30	R\$ 29.745,00
04	02.05.02.003-8	ULTRASSONOGRRAFIA DE ABDOME INFERIOR	150,00	R\$ 210,30	R\$ 31.545,00
05	02.05.02.004-6	ULTRASSONOGRRAFIA DE PAREDE ABDOMEM	100,00	R\$ 210,30	R\$ 21.030,00
06	02.05.02.006-2	ULTRASSONOGRRAFIA DE MUSCULO ESQUELÉTICAS	300,00	R\$ 225,40	R\$ 67.620,00
07	02.05.02.902-7	ULTRASSONOGRRAFIA DE PARTES MOLES	50,00	R\$ 198,30	R\$ 9.915,00
08	04140150-0	GRUPO DE TESTE CUTANEO - PRICK TESTE	100,00	R\$ 241,11	R\$ 24.111,00
09	4140144-1	TESTE DE CONTATO ATE 30 SUBSTÂNCIA - PATCH TESTE	100,00	R\$ 262,08	R\$ 26.208,00

TABELA DE EXAMES CLÍNICOS CARDIOLÓGICOS

Item	Código SUS	Descrição/Exames/Consultas	Quant.	V. Unit.	V. Total
01	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (CARDIOLÓGICA)	200,00	R\$ 260,00	R\$ 52.000,00
02	02.05.01.900-4/5	ULTRASSONOGRRAFIA DE DOPPLER VENOSO (POR MEMBRO)	100,00	R\$ 249,80	R\$ 24.980,00
03	02.05.01.900-3	ULTRASSONOGRRAFIA DE DOPPLER ARTERIAL (POR MEMBRO)	100,00	R\$ 249,80	R\$ 24.980,00
04	02.11.02.006-3	ELETROCARDIOGRAMA	200,00	R\$ 88,90	R\$ 17.780,00
05	02.05.01.003-2	ECOCARDIOGRAFIA TRANSTORÁCICO	200,00	R\$ 320,00	R\$ 64.000,00
06	02.05.01.900-8	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTERIAS VERTEBRAIS	100,00	R\$ 212,00	R\$ 21.200,00
07	02.05.01.900-6	ULTRASSONOGRRAFIA DE ARTERIAS CARÓTIDA	100,00	R\$ 212,00	R\$ 21.200,00

TABELA DE EXAMES OFTALMOLÓGICOS

Item	Código SUS	Descrição/Exames/Consultas	Quant.	V. Unit.	V. Total
01	03.01.01.007-2	CONSULTA MEDICA EM ATENÇÃO ESPECIALIZADA (OFTALMOLÓGICOS)	400,00	R\$ 230,00	R\$ 92.000,00

02	02.11.06.025-9	TORNOMETRIA	300,00	R\$ 78,80	R\$ 23.640,00
03	02.11.06.003-8	CAMPIMETRIA COMPUTADORIZADA	300,00	R\$ 78,80	R\$ 23.640,00
04	02.11.06.012-7	MAPEAMENTO DE RETINA	300,00	R\$ 108,00	R\$ 32.400,00
05	02.11.06.023-2	TESTE ORTOPTICO	300,00	R\$ 78,80	R\$ 23.640,00
06	02.11.06.015-1	FUNDOSCÓPIA	300,00	R\$ 78,80	R\$ 23.640,00
07	02.11.06.005-4	CERATOMETRIA	300,00	R\$ 78,80	R\$ 23.640,00

TOMOGRAFIAS SEM CONTRASTE

Item	Código SUS	Descrição/Exames/Consultas	Quant.	V. Unit.	V. Total
01	02.06.03.003-7	TC ABDOME, INFERIOR/ABDOME SUPERIOR /COLUNA CERVICAL/COLUNA DORSAL /COLUNA LOMBAR /COLUNA LOMBO-SACRA /COLUNA SACRO-COCCÍGEA/ CRÂNIO /TÓRAX /JOELHO /PELVE OU BACIA /RINS...	400,00	R\$ 688,10	R\$ 275.240,00
	02.06.03.001-0				
	02.06.01.001-0				
	02.06.01.003-6				
	02.06.01.002-8				
	02.06.01.002-8				
	02.06.01.002-8				
	02.06.01.007-9				
	02.06.02.003-1				
	02.06.03.002-9				
02.06.03.003-7					
02.05.01.008-0					

TOTAL

6645,00

RS 1.411.792,50

OBSERVAÇÕES:

1 - Nos valores estabelecidos neste edital estão incluídos todos os adicionais, quais sejam, impostos, encargos e outros que incidirem sobre o serviço prestado. declara, sob as penas da lei, que:

- 1) As informações prestadas neste pedido de credenciamento são verdadeiras;
- 2) Qualquer fato superveniente impeditivo de credenciamento ou de contratação será informado;
- 3) Conhece os termos do Edital de Credenciamento, bem assim das informações e condições para o cumprimento das obrigações objeto do credenciamento, com as quais concorda;
- 4) Está de acordo com as normas e tabela de valores definidos no Anexo I – Termo de Referência;
- 5) Não se encontra suspenso, nem declarado inidôneo para participar de licitações ou contratar com órgão ou entidades da Administração Pública;
- 6) Não se enquadra nas situações de impedimentos previstos no edital do credenciamento;
- 7) Os serviços pleiteados para credenciamento são compatíveis com o seu objeto social, com a experiência adequada à prestação dos serviços conforme exigido;
- 8) Realizará todos os serviços a que se propõe. Anexando ao presente requerimento toda a documentação exigida no edital de credenciamento, devidamente assinada e rubricada, pede deferimento.



000280
134 / 138
CLÍNICA MED CENTER
Avenida Bernardo Sayão Nº 574 Centro CEP 73950-000
Alvorada Do Norte - GO Fone: (62) 3421-1926
E-mail: clinicamedcenter001@gmail.com
CLINICA MED CENTER EIRELI - ME
CNPJ: 23.059.179/0001-58

INFORMAÇÕES BANCÁRIAS:

BANCO:	BANCO DO BRASIL - S/A.
Nº	001.
AGENCIA:	3620-X.
CONTA CORRENTE:	20498-6.

INFORMAÇÕES PARA ASSINATURA DE CONTRATO:

TITULAR ADMINISTRADOR PARA ASS. DE CONTRATO	JEFFERSON PAULA GUEDES.
CARGO:	TITULAR ADMINISTRADOR
CPF.:	941.629.991-04.
C.I.Nº:	4326560 DGPC/GO.
PROFISSÃO:	MEDICO/EMPRESARIO.
ESTADO CIVIL:	CASADO.
NACIONALIDADE:	BRASILEIRA.
ENDEREÇO:	AV. BERNERDO SAYÃO, Nº 574, SETOR CENTRAL, CEP.: 73.950-000.
FONE/CEL.:	(62) 9 9668 - 4765.

N. termos,
Pede e espera deferimento.

Jefferson
n Paula
Guedes
4162999
104

Assinado de
forma digital
por Jefferson
Paula
Guedes941629
99104
Dados:
2026.06.15
15:56:59 -03'00'

NOME: CLINICA MED CENTER EIRELI - ME
CNPJ: 23.059.179/0001-58.
FONEFAX: (62) 3421 - 1926 CEL.: (62) 9 9657 - 7494.
ENDEREÇO ELETRONICO: clinicamedcenter001@gmail.com



CLÍNICA MED CENTER 000281
135 / 138
Avenida Bernardo Sayão Nº 574 Centro CEP 73950-000
Alvorada Do Norte - GO Fone: (62) 3421-1926
E-mail: clinicamedcenter001@gmail.com
CLINICA MED CENTER EIRELI - ME
CNPJ: 23.059.179/0001-58

DECLARAÇÃO UNIFICADA DE HABILITAÇÃO

Pium - TO, 15 de junho de 2026.

AO
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
AGENTE DE CONTRATAÇÃO
AVENIDA DIÓGENES DE BRITO, Nº 01, SETOR AUTO DA BOA VISTA
PIUM - TO

EDITAL DE CREDENCIAMENTO Nº 004/2026
PROCESSO Nº 864/2026

OBJETO: CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA REALIZAÇÃO DE CONSULTA/PROCEDIMENTOS E EXAMES POR IMAGENS NO MUNICÍPIO DE PIUM - TO.

IDENTIFICAÇÃO DA PROPONENTE:

EMPRESA:	CLINICA MED CENTER EIRELI - ME.
CNPJ.:	23.059.179/0001-58.
ENDEREÇO:	AV. BERNERDO SAYÃO, Nº 574, SETOR CENTRAL, CEP.: 73.950-000, ALVORADA DO NORTE - GO.
FONE/FAX:	(62) 3481-1550. CEL.: (62) 9 9668 - 4765.
EMAIL:	Clinicamedcenter001@gmail.com
TITULAR ADMINISTRADOR	JEFFERSON PAULA GUEDES.
CPF.:	941.629.991-04.
C.I.Nº:	4326560 DGPC/GO.

DECLARA, sob as penas da Lei que:

1 - Declaramos, para os devidos fins que a Empresa atende todas as condições de habilitação, **conhece, aceita e se submete a todas às condições estabelecidas no Edital e seus anexos**, ressaltando - se o direito recursal, bem como, às disposições técnicas e oficiais, tendo recebido todos os documentos e informações necessárias para o cumprimento integral e pleno das obrigações assumidas, relativas à licitação e o declarante responderá pela veracidade das informações prestadas, na forma da lei (art. 63, I, da Lei nº 14.133/2021).

2 - Declaramos, para todos os fins que **não possui em seu quadro permanente de pessoal, empregados menores de 18 (dezoito) anos, em trabalho noturno**, perigoso ou insalubre, ou ainda, de 16 (dezesseis) anos, em qualquer trabalho, salvo na condição de aprendiz, a partir de 14 (quatorze) anos, nos termos do inciso XXXIII, art. 7º, da Constituição Federal de 1988, relativo à proibição do trabalho do menor. (Lei Federal nº9.854/1999).

3 - Declaramos, para todos os fins que não possui empregados **executando trabalho degradante ou forçado**, observando o disposto nos incisos III e IV do art. 1º e no inciso III do art. 5º da Constituição Federal;

4 - Declaramos que **cumpre as exigências de reserva de cargos para pessoa com deficiência e para reabilitado da Previdência Social**, previstas em lei e em outras normas específicas.



CLÍNICA MED CENTER ⁰⁰⁰²⁸⁵ 1367138
Avenida Bernardo Sayão Nº 574 Centro CEP 73950-000
Alvorada Do Norte - GO Fone: (62) 3421-1926
E-mail: clinicamedcenter001@gmail.com
CLINICA MED CENTER EIRELI - ME
CNPJ: 23.059.179/0001-58

5 - Declaramos que suas propostas econômicas compreendem a integralidade dos custos para atendimento dos direitos trabalhistas assegurados na Constituição Federal, nas leis trabalhistas, nas normas infralegais, nas convenções coletivas de trabalho e nos termos de ajustamento de conduta vigentes na data de entrega das propostas.

6 - Declaramos, para fins que até a presente data **inexistem fatos impeditivos** quanto à nossa participação em licitações ou contratações com a Administração Pública Federal, estadual ou Municipal.

7 - Declaramos, para todos os fins que a empresa **não foi declarada inidônea por nenhum órgão público de qualquer esfera de governo**, estando apta a contratar com o poder público.

8 - Declaramos, para todos os fins que **não possuímos em nosso quadro societário e de empregados, servidor ou dirigente de órgão ou entidade contratante ou responsável pela licitação.**

9 - **Compromete - se**, formalmente, para **satisfazer a execução do objeto licitado**, de acordo com os prazos, planejamentos e especificações que fazem parte integrante e complementar do Edital, pelo preço e condições constantes da proposta ofertada, **assim como disponibilidade técnico-operacional suficiente e satisfatória**, afim de assegurar à Administração o fiel cumprimento das obrigações a serem assumidas, caso venha a ser vencedora no presente certame, salvo por motivo justo decorrente de fato superveniente, caso fortuito ou força maior, sujeitando-se às penalidades cabíveis, na forma da Lei.

10 - Declaramos, para os devidos fins que em caso de qualquer comunicação futura referente a este processo licitatório, bem como em caso de eventual contratação, **concordo que o Contrato** seja encaminhado para o seguinte endereço:

11 - Caso altere o citado e-mail ou telefone comprometo-me em protocolizar pedido de alteração junto ao Departamento de Licitações e Contratos desse Município, sob pena de ser considerado como intimado nos dados anteriormente fornecidos.

12 - **DECLARA**, para fins de direito, sob as penas da Lei, que as informações e documentos prestados que apresento para participação no **CRENCIAMENTO Nº 004/2026**, são verdadeiros e autênticos (fiéis à verdade e condizentes com a realidade).

Fico ciente por meio deste documento, que a falsidade dessa declaração configura crime previsto no art. 298 e 299 do Código Penal Brasileiro, passível de apuração na forma da Lei.

Jefferson

Paula

Guedes94

162999104

Assinado de forma digital por Jefferson Paula
Guedes94162999104
Dados: 2026.06.15 15:56:32 -03'00'

NOME: CLINICA MED CENTER EIRELI - ME

CNPJ.: 23.059.179/0001-58.

FONEFAX.: (62) 3421 - 1926 CEL.: (62) 9 9657 - 7494.

ENDEREÇO ELETRONICO: clinicamedcenter001@gmail.com



000283
137 / 138

CLÍNICA MED CENTER
Avenida Bernardo Sayão Nº 574 Centro CEP 73950-000
Alvorada Do Norte - GO Fone: (62) 3421-1926
E-mail: clinicamedcenter001@gmail.com
CLINICA MED CENTER EIRELI - ME
CNPJ: 23.059.179/0001-58

DA DOCUMENTAÇÃO PARA
CRENCIAMENTO/ENCERRAMENTO

NOME: CLINICA MED CENTER EIRELI - ME
CNPJ.: 23.059.179/0001-58.
FONEFAX.: (62) 3421 – 1926 CEL.: (62) 9 9657 – 7494.
ENDEREÇO ELETRONICO: clinicamedcenter001@gmail.com



000284
138 / 138

CLÍNICA MED CENTER
Avenida Bernardo Sayão N° 574 Centro CEP 73950-000
Alvorada Do Norte - GO Fone: (62) 3421-1926
E-mail: clinicamedcenter001@gmail.com
CLINICA MED CENTER EIRELI - ME
CNPJ: 23.059.179/0001-58

TERMO DE ENCERRAMENTO DA DOCUMENTAÇÃO DO
CRENCIAMENTO/HABILITAÇÃO/QUALIFICAÇÃO

Pium - TO, 15 de junho de 2026.

AO
FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE
AGENTE DE CONTRATAÇÃO
AVENIDA DIÓGENES DE BRITO, N° 01, SETOR AUTO DA BOA VISTA
PIUM - TO

EDITAL DE CRENCIAMENTO N° 004/2026
PROCESSO N° 864/2026

OBJETO: CRENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICA PARA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS DE SAÚDE PARA REALIZAÇÃO DE CONSULTA/PROCEDIMENTOS E EXAMES POR IMAGENS NO MUNICÍPIO DE PIUM - TO.

Encerra-se nesta página a documentação referente ao **CRENCIAMENTO/HABILITAÇÃO/QUALIFICAÇÃO** encaminhada pela Proponente CLINICA MED CENTER EIRELI - ME, completando um total de 138 (CENTO E TRINTA E OITO) páginas, esta incluída.

NOME: CLINICA MED CENTER EIRELI - ME
CNPJ.: 23.059.179/0001-58.
FONEFAX.: (62) 3421 - 1926 CEL.: (62) 9 9657 - 7494.
ENDEREÇO ELETRONICO: clinicamedcenter001@gmail.com

Jefferson Paula Guedes 41629991-04
Assinado de forma digital por Jefferson Paula Guedes9416299104
Dados: 2026.06.15 16:16:57 -03'00'