**COMUNICADO DE INTENÇÃO DE REGISTRO DE PREÇOS**

 O Consórcio Intermunicipal da Baixa Mogiana – CIMOG, realizará processo licitatório na modalidade Pregão, na forma eletrônica, do tipo menor preço, para registro de preços objetivando a contratação eventual e futura de serviços de exames de imagens para atender às necessidades dos municípios integrantes do Consórcio Intermunicipal da Baixa Mogiana – CIMOG.

 O processo licitatório será conduzido pelo CIMOG, órgão gerenciador da respectiva Ata de Registro de Preços, e a gestão dos contratos caberá aos Municípios contratantes.

 A estratégia da contratação, execução e gestão do serviço a ser contratado estão especificadas na minuta do Termo de Referência (TR) e Estudo Técnico Preliminar (ETP), anexos a este documento.

 Os documentos descritos acima são preliminares e as estimativas só serão acrescidas às planilhas do ETP e TR após manifestação dos Municípios consorciados.

 Diante do exposto, comunicamos que o CIMOG, no uso de suas atribuições regulamentares, com fulcro no art. 9º da Instrução Normativa nº 008/2023 – CIMOG, disponibiliza a IRP nº 009/2025, consideradas as seguintes condições:

 a) poderão participar desta IRP os municípios consorciados ao Consórcio Intermunicipal da Baixa Mogiana – CIMOG;

 b) o prazo para informar o quantitativo da demanda é de 8 (oito) dias úteis contados da abertura da IRP, ou seja, **o prazo limite para envio do quantitativo será 20/10/2025;**

  **c) como ainda não houve licitação realizada pelo CIMOG com este objeto, não se aplica o disposto no §3º do art. 9º da IN 08/2023 do CIMOG, no entanto, os municípios consorciados que manifestarem interesse em participar do presente Registro de Preços deverão informar, com a máxima responsabilidade e precisão, os quantitativos estimados dos serviços a serem contratados. Ressalta-se que tais estimativas devem ser compatíveis com a realidade local e precedidas de análise técnica realizada por setor ou órgão competente, a fim de assegurar o devido planejamento e evitar a extrapolação indevida do quantitativo global registrado. A correta definição da demanda é essencial para garantir a eficiência da contratação, a legalidade do procedimento e o uso racional dos recursos públicos, sendo de inteira responsabilidade do município a fidedignidade das informações prestadas.**

 d) o lançamento do quantitativo da demanda será recebido por e-mail, através do seguinte endereço: licitacao@cimog.mg.gov.br, através do encaminhamento do Documento de Formalização de Demanda que segue anexo a esta IRP, devidamente preenchido pelo município consorciado;

 e) os documentos da IRP estão disponíveis em <https://www.cimog.mg.gov.br/licitacoes>;

 f) são os documentos da IRP nº 009/2025 disponibilizados: versões preliminares do Estudo Técnico Preliminar Digital e do Termo de Referência e Anexos e Documento de Formalização de Demanda.

 Eventuais solicitações de esclarecimento ou dúvidas devem ser enviadas para o endereço eletrônico: licitacao@cimog.mg.gov.br.

 Guaxupé, 03 de outubro de 2025.

**Jarbas Correa Filho**

**Presidente do CIMOG**

**Camila de Oliveira Lopes**

**Agente de Contratação/Pregoeira do CIMOG**

**ANEXO I – Documento de Formalização de Demanda**

Considerando a determinação insculpida no art. 9º da Instrução Normativa do CIMOG nº 008/2023, **a Intenção de Registro de Preços** tem como finalidade possibilitar aos municípios consorciados a apresentação, no prazo de 8 dias úteis, do quantitativo das suas demandas para fins de participação na futura Ata de Registro de Preços que tem como órgão gerenciador o CIMOG.

|  |
| --- |
| **MUNICÍPIO CONSORCIADO** |
|  |
| **NOME DO RESPONSÁVEL PELAS INFORMAÇÕES** |
|  |
| **OBJETO (DESCRIÇÃO SUCINTA)**  |
| Registro de Preços para contratação de serviços de exames de imagens para atender às necessidades dos municípios integrantes do Consórcio Intermunicipal da Baixa Mogiana – CIMOG. |
| **JUSTIFICATIVA DA NECESSIDADE DE CONTRATAÇÃO** |
|  |
| **EXPECTATIVA DE CONTRATAÇÃO (MÊS)** |
|  |
| **GRAU DE PRIORIDADE DA COMPRA/CONTRATAÇÃO** |
| Baixo ( ) Médio ( ) Alto ( ) |
| **POSSUI DEPENDÊNCIA/VINCULAÇÃO COM OBJETO DE OUTRO DOCUMENTO DE FORMALIZAÇÃO DE DEMANDA** |
| Sim ( ) Não ( ) |
| **QUANTIDADE ESTIMADA (ANUAL)** |
| **LEITURA OBRIGATÓRIA PARA O DEVIDO PREENCHIMENTO:**- Informar o quantitativo na tabela abaixo onde está em amarelo (Quantidade)- Como ainda não houve licitação realizada pelo CIMOG com este objeto, não se aplica o disposto no §3º do art. 9º da IN 08/2023 do CIMOG, no entanto, os municípios consorciados que manifestarem interesse em participar do presente Registro de Preços deverão informar, com a máxima responsabilidade e precisão, os quantitativos estimados dos serviços a serem contratados. Ressalta-se que tais estimativas devem ser compatíveis com a realidade local e precedidas de análise técnica realizada por setor ou órgão competente, a fim de assegurar o devido planejamento e evitar a extrapolação indevida do quantitativo global registrado. A correta definição da demanda é essencial para garantir a eficiência da contratação, a legalidade do procedimento e o uso racional dos recursos públicos, sendo de inteira responsabilidade do município a fidedignidade das informações prestadas  |

|  |
| --- |
| **LOTE 1 - RAIO-X CONTRASTADO** |
| **ITEM** | **ESPECIFICAÇÃO** | **UNIDADE** | **QUANTIDADE** |
| 01 | HISTEROSSALPINGOGRAFIA | Unidade | xx |
| 02 | ESÔFAGO, HIATO, ESTÔMAGO E DUODENO (REED) | Unidade | xx |
| 03 | UROGRAFIA EXCRETORA COM BEXIGA PRÉ E PÓS MICÇÃO | Unidade | xx |
| 04 | UROGRAFIA MINUTADA - 123 | Unidade | xx |
| 05 | URETROCISTOGRAFIA (MICCIONAL OU RETRÓGRADA) | Unidade | xx |
| 06 | ENEMA OPACO | Unidade | xx |
| 07 | RX INTESTINO DELGADO (TRÂNSITO) | Unidade | xx |

|  |
| --- |
| **LOTE 2 - RESSONÂNCIA MAGNÉTICA** |
| **ITEM** | **ESPECIFICAÇÃO** | **UNIDADE** | **QUANTIDADE** |
| 01 | RM BACIA OU PELVE | Unidade | xx |
| 02 | RM ABDOME SUPERIOR | Unidade | xx |
| 03 | RM ABDOME INFERIOR | Unidade | xx |
| 04 | RM BRACO / ANTEBRAÇO | Unidade | xx |
| 05 | RM COLUNA CERVICAL | Unidade | xx |
| 06 | RM COLUNA LOMBO-SACRA | Unidade | xx |
| 07 | RM COLUNA TORÁCICA | Unidade | xx |
| 08 | RM COM ANESTESIA GERAL | Unidade | xx |
| 09 | RM COTOVELO OU PUNHO (UNILATERAL) | Unidade | xx |
| 10 | RM COXA (UNILATERAL) | Unidade | xx |
| 11 | RM COXO-FEMORAL (BILATERAL) | Unidade | xx |
| 12 | RM CRÂNIO | Unidade | xx |
| 13 | RM JOELHO (UNILATERAL) | Unidade | xx |
| 14 | RM JOELHO (BILATERAL) | Unidade | xx |
| 15 | RM FACE (INCLUI SEIOS DA FACE) | Unidade | xx |
| 16 | RM MÃO ( NÃO INCLUI PUNHO) | Unidade | xx |
| 17 | RM MEMBRO INFERIOR (UNILATERAL) | Unidade | xx |
| 18 | RM MEMBRO SUPERIOR (UNILATERAL) | Unidade | xx |
| 19 | RM OMBRO (UNILATERAL) | Unidade | xx |
| 20 | RM ÓRBITAS (BILATERAL) | Unidade | xx |
| 21 | RM OSSOS TEMPORAIS (BILATERAL) | Unidade | xx |
| 22 | RM PERNA (UNILATERAL) | Unidade | xx |
| 23 | RM SELA TÚRCICA (HIPÓFISE) | Unidade | xx |
| 24 | RM TÓRAX | Unidade | xx |
| 25 | RM TORNOZELO OU PÉ | Unidade | xx |
| 26 | RM ABDOME TOTAL C/ PRIMOVIST | Unidade | xx |
| 27 | RM ABDOME TOTAL C/ CONTRASTE | Unidade | xx |
| 28 | RM ABDOME TOTAL S/ CONTRASTE | Unidade | xx |
| 29 | RM CORAÇÃO  | Unidade | xx |
| 30 | ANGIORESSONÂNCIA CRÂNIO | Unidade | xx |
| 31 | ANGIORESSONÂNCIA ARTÉRIAS SUBCLÁVIAS | Unidade | xx |
| 32 | ANGIORESSONÂNCIA AORTA TORÁCICA OU PULMONAR | Unidade | xx |
| 33 | ANGIORESSONÂNCIA AORTA ABDOMINAL | Unidade | xx |

|  |
| --- |
| **LOTE 03 - TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA** |
| **ITEM** | **ESPECIFICAÇÃO** | **UNIDADE** | **QUANTIDADE** |
| 01 | ANGIOTOMOGRAFIA (COM CONTRASTE) | Unidade | xx |
| 02 | TC PELVE/BACIA | Unidade | xx |
| 03 | TC TÓRAX | Unidade | xx |
| 04 | TC MAXILA | Unidade | xx |
| 05 | TC MANDÍBULA | Unidade | xx |
| 06 | TC PARA 2 SEGMENTOS (DENTE) | Unidade | xx |
| 07 | TC ABDOME TOTAL (SEM CONTRASTE) | Unidade | xx |
| 08 | TC ABDOME SUPERIOR (SEM CONTRASTE) | Unidade | xx |
| 09 | TC CRÂNIO SEM CONTRASTE | Unidade | xx |
| 10 | TC COLUNA CERVICAL/DORSAL/LOMBAR | Unidade | xx |
| 11 | TC TÓRAX COM CONTRASTE | Unidade | xx |
| 12 | TC SEIOS DA FACE | Unidade | xx |
| 13 | TC SELA TÚRCICA | Unidade | xx |
| 14 | TC PESCOÇO/TIREOIDE (SEM CONTRASTE) | Unidade | xx |
| 15 | TC OUVIDOS SEM CONTRASTE | Unidade | xx |
| 16 | TC ÓRBITAS | Unidade | xx |
| 17 | TC ARTICULAÇÃO (OMBRO, JOELHO, QUADRIL, …) - UNILATERAL | Unidade | xx |
| 18 | UROTOMOGRAFIA (SEM CONTRASTE) | Unidade | xx |
| 19 | CONTRASTE PARA TOMOGRAFIA (MEDICAMENTO) | Unidade | xx |

|  |
| --- |
| **LOTE 04 - BIÓPSIAS** |
| **ITEM** | **ESPECIFICAÇÃO** | **UNIDADE** | **QUANTIDADE** |
| 01 | BIÓPSIA DE PRÓSTATA (INCLUSO ULTRASSOM E SEDAÇÃO) | Unidade | xx |
| 02 | BIÓPSIA DE MAMA (NÃO INCLUI EXAMES DE BASE) | Unidade | xx |
| 03 | BIÓPSIA DE TIREOIDE (NÃO INCLUI EXAMES DE BASE) | Unidade | xx |

|  |
| --- |
| **LOTE 05 - ULTRASSOM** |
| **ITEM** | **ESPECIFICAÇÃO** | **UNIDADE** | **QUANTIDADE** |
| 01 | US GERAIS (ABD. SUPERIOR, ABD. TOTAL, BOLSA ESCROTAL, MAMA, ARTICULAÇÕES, PARTES MOLES, TÓRAX, PARÓTIDAS, PRÓSTATA ABD. E TRANSRETAL, TIREOIDE, OBSTÉTRICO, PÉLVICO, CERVICAL, RENAL, PÊNIS, TRANSVAGINAL) | Unidade | xx |
| 02 | US CARÓTIDAS | Unidade | xx |
| 03 | US HIPOCÔNDRIO DIREITO | Unidade | xx |
| 04 | US OBSTÉTRICO GEMELAR  | Unidade | xx |
| 05 | US OBSTÉTRICO COM DOPPLER | Unidade | xx |
| 06 | DUPLEX VENOSO MEMBRO INFERIOR OU SUPERIOR (UNILATERAL) | Unidade | xx |
| 07 | DUPLEX ARTERIAL MEMBRO SUPERIOR OU INFERIOR (UNILATERAL) | Unidade | xx |
| 08 | DUPLEX ARTERIAL OU VENOSO / SUPERIOR OU INFERIOR (BILATERAL) | Unidade | xx |
| 09 | DOPPLER DE CARÓTIDAS E VERTEBRAIS | Unidade | xx |

|  |
| --- |
| **LOTE 06 - EXAMES DE GASTROENTEROLOGIA** |
| **ITEM** | **ESPECIFICAÇÃO** | **UNIDADE** | **QUANTIDADE** |
| 01 | COLONOSCOPIA + ANESTESIA  | Unidade | xx |
| 02 | ENDOSCOPIA DIGESTIVA ALTA (INCLUSO: SOLUÇÕES (GLUTARALDEÍDO), TESTE DE UREASE E MEDICAMENTOS (MIDAZOLAM E XYLOCAÍNA) NECESSÁRIOS PARA O PROCEDIMENTO.  | Unidade | xx |
| 03 | TROCA DE SONDA GASTROSTOMIA (INSERÇÃO DA SONDA DE LONGA PERMANÊNCIA).  | Unidade | xx |

|  |
| --- |
| **LOTE 07 - MAMOGRAFIA** |
| **ITEM** | **ESPECIFICAÇÃO** | **UNIDADE** | **QUANTIDADE** |
| 01 | MAMOGRAFIA DIGITAL BILATERAL | Unidade | xx |

|  |
| --- |
| **LOTE 08 - DENSITOMETRIA ÓSSEA** |
| **ITEM** | **ESPECIFICAÇÃO** | **UNIDADE** | **QUANTIDADE** |
| 01 | DENSITOMETRIA ÓSSEA | Unidade | xx |

|  |
| --- |
| **LOTE 09 - CARDIOLÓGICOS** |
| **ITEM** | **ESPECIFICAÇÃO** | **UNIDADE** | **QUANTIDADE** |
| 01 | HOLTER - 24 HRS | Unidade | xx |
| 02 | MAPA - 24 HRS | Unidade | xx |
| 03 | TESTE ESFORÇO/ERGOMÉTRICO | Unidade | xx |
| 04 | ELETROCARDIOGRAMA | Unidade | xx |
| 05 | ECOCARDIOGRAMA COM DOPPLER | Unidade | xx |

|  |
| --- |
| **LOTE 10 - RAIOS-X GERAL** |
| **ITEM** | **ESPECIFICAÇÃO** | **UNIDADE** | **QUANTIDADE** |
| 01 | RX CAVUM (2 INC) | Unidade | xx |
| 02 | RX CRÂNIO (2 INC) | Unidade | xx |
| 03 | RX LARINGE | Unidade | xx |
| 04 | RX OSSOS DA FACE (3 INC) | Unidade | xx |
| 05 | RX SEIOS DA FACE (3 INC) | Unidade | xx |
| 06 | RX COLUNA CERVICAL (3 INC) | Unidade | xx |
| 07 | RX COLUNA LOMBAR (3 INC) | Unidade | xx |
| 08 | RX COLUNA TORÁCICA (2 INC) | Unidade | xx |
| 09 | RX COLUNA TÓRACO-LOMBAR | Unidade | xx |
| 10 | RX SACRO-CÓCCIX | Unidade | xx |
| 11 | RX COSTELAS (HEMITÓRAX) | Unidade | xx |
| 12 | RX ESTERNO | Unidade | xx |
| 13 | RX TÓRAX (2 INC) | Unidade | xx |
| 14 | RX TÓRAX (1 INC) | Unidade | xx |
| 15 | RX ANTEBRAÇO | Unidade | xx |
| 16 | RX ART. ESCÁPULO-UMERAL | Unidade | xx |
| 17 | RX BRAÇO | Unidade | xx |
| 18 | RX CLAVÍCULA | Unidade | xx |
| 19 | RX COTOVELO | Unidade | xx |
| 20 | RX DEDOS DA MÃO | Unidade | xx |
| 21 | RX MÃO | Unidade | xx |
| 22 | RX ESCÁPULA/OMBRO (3 INC) | Unidade | xx |
| 23 | RX PUNHO (2 INC) | Unidade | xx |
| 24 | RX ABDOME AGUDO (3 INC) | Unidade | xx |
| 25 | RX ABDOME SIMPLES (1 INC) | Unidade | xx |
| 26 | RX COXO-FEMORAL | Unidade | xx |
| 27 | RX SACRO-ILÍACAS | Unidade | xx |
| 28 | RX ART. TÍBIO-TÁRSICA | Unidade | xx |
| 29 | RX BACIA | Unidade | xx |
| 30 | RX BACIA (2 inc)  | Unidade | xx |
| 31 | RX CALCÂNEO | Unidade | xx |
| 32 | RX COXA | Unidade | xx |
| 33 | RX JOELHO (2 INC) | Unidade | xx |
| 34 | RX PÉ/DEDOS DO PÉ | Unidade | xx |
| 35 | RX ESCANOMETRIA MMII  | Unidade | xx |
| 36 | RX PERNA | Unidade | xx |

Local e data.

**Assinatura do Prefeito Municipal**